

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt | Sayı | Ocak-Mart | 2019
Volume | Number | January-March

Birinci basamakta yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: Bir kırsal alan örneği

Raziye Şule Gümüştakım, Duygu Ayhan Başer



Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi

Ercan Kulak, Berrin Berber, Hasan Temel, Sena Nur Kutluay,
Murathan Yıldırım, Fatıma Nilay Dedeoğlu, Serap Çifçili, Dilşad Save

Yayın Kuralları | Instructions to Authors

* **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Demegi'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Dergi üç ayda bir çıkar ve dön sayıda bir cilt tamamlanır. Derginin yayın dili Türkçe'dir, Yabancı yazarlardan yelen yazılar İngilizce yayınlanabilir.

* Derilinin içeriğini Aile Hekimliğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konular oluşturmaktadır. Dergi, araştırma makalelerini, olgu sunumlarını, derlemeleri (derlemeler, sadece davet ile kabul edilmektedir), sürekli tıp eğitimiye katkıda bulunacak yazılar, kısa raporları, başmakaleleri, editöre mektupları, önemli uluslararası belgelerin çevirilerini, yayın tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini kabul eder.

* Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha (önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayınlanabilir.

* Dergimiz ve demeginin yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiç bir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden yapılacak her türlü alıntı, derginin kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

* Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurullarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda yayın kurulu incelemesi aşamasının ardından bilimsel danışma kuruluna sunulur.

* Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlarda aynı doğrultudaysa sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıt göre karar verilir.

* Dergimize gönderilecek yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri ile Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda yalnızca standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

* Türkçe karşılığı olan yabancı kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

Yazı Çeşitleri

Özgün araştırmalar: Özet, Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazım Kuralları: <http://www.turkailehkekderg.org/yazarlara-bilgi>. **Giriş** bölümünde; çalışma konusu, konunun niçin seçildiği, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri verilerek araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır. **Gereç ve Yöntem** bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçüklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarından kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

Kısa araştırma raporları: Araştırma konusu, amaçları ve elde edilen bulgular itibarıyla sınırlı kapsamı olan ve tam bir özgün araştırma yazısı gerektirmeyen durumlarda başvurulması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayınlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara geçerlidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'ye geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

Derlemeler: Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazısı sonuçlara varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi zorunluluğu yoktur; konunun özelliğine göre bölümler içerebilir. Derlemeler başlık, özetler, tablolar ve kaynaklar dışında 4000 sözcük ile sınırlanmalıdır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yalnızca davet üzerine hazırlanan derlemeler yayınlanır.

Olgu sunumları: Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirimi ve tartışmalarıdır. Aile hekimliği

uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Yorum yazıları ve editöre mektuplar: Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini gelişmelerden haberdar etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli konulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Siz olsaydınız ne yapardınız: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

Ulusal ve uluslararası raporlar: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

Dergilerden seçmeler: Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan makalelerden özet bilgiler içeren yazılar Dergide yer alabilir. Bu yazılar 500 sözcüğü geçmemelidir.

Haberler: Aile hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada yaşananları ve kullanılan yenilikleri vb. ele alan yazılardır. Yazım biçimi serbesttir; 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Tanıtmı yazılar: Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurul çalışmalarını ve önemli projeleri tanıtmak amaçlı yazılardır. TAHUD çalışma gruplarının etkinliklerini tanıtmak amacıyla da yazılabilir. Bu yazılar gerektiğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

Başmakale (Editöryal): Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Dergide yayınlanmış başlık makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu konular tartışmak amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlar dışında başmakalenin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilirler.

Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

Başlık: Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlar dışında en çok 10 sözcükten oluşmalıdır. Başlık bölümünde ayrıca varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre vb. bilimsel etkinlikler açıklanır. Yazarların ad ve soyadları, akademik unvanları, bağlı oldukları kurumlar ve uzmanlık alanları ile yazışma yapılacak yazarın adı-soyadı, posta adresi, telefon ve faks numaraları, e-posta adresi makale kabul sistemine ayrıca yüklenir; bu bilgiler başlık sayfasında yer almaz.

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıklarla izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150 en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç (Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere Türkçe ve İngilizce en az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimlerine (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

Metin: Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için farklı yapılandırılır. Makale metni Dergi elektronik makale kabul sistemine yazılır ve kurum adları olmadan Türkçe ve İngilizce makale başlığı, Türkçe ve İngilizce özetler, Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler, kaynaklar ve tablo/şekil/resim/grafikler ile birlikte yüklenmelidir.

Kaynaklar: Kaynak numaraları metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir. Kaynaklar makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullandığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile HekDerg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Örnekler: Örneklerle ilgili tüm detaylara web sitemizdeki "Yazarlara Bilgi" bölümünden ulaşılabilir. <http://www.turkailehkekderg.org/yazarlara-bilgi>

Yazıların Gönderilmesi: Değerlendirilmek üzere dergiye gönderilecek yazıların gönderim ve eş değerlendirme süreci (peer review) izlemi sadece derginin www.turkailehkekderg.org adresinde yer alan çevrim içi (online) sürümü aracılığıyla yapılabilmektedir. Dergi elektronik ya da geleneksel posta yoluyla yazı kabul etmemektedir.



Baş Editör | Editor-in-Chief
Prof. Dr. Esra Saatçı

Editörler | Editors

Prof. Dr. Serdar Öztora, Edirne
Prof. Dr. Dilek Toprak, İstanbul
Doç. Dr. Ümit Aydoğan, Ankara
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural, İstanbul
Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin, Samsun

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board

Doç. Dr. Erdiñç Yavuz, Samsun
Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer, Edirne
Uzm. Dr. Birgül Coşkun, İstanbul
Uzm. Dr. Işık Gönenç, İstanbul

Sahibi | Owner

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Esra Saatçı

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor

Prof. Dr. Serdar Öztora, droztora@yahoo.com

Yönetim Yeri | Administration Office

TAHUD Genel Merkezi
Ziaur Rahman Cad. No: 7/10 Çankaya 06650 Ankara

Yazışma Adresi | Business Correspondence

e-posta: tahud@tahud.org.tr

Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator

Hüseyin Kandemir, huseyin@medikalakademi.com.tr

Grafik Tasarım | Graphic Design

Perihan Demirbaş

Yayınevi | Publisher

Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Sti.
Halaskargazi Cad. No: 172, D: 134 - Şişli / İstanbul
Tel: (0537) - 309 29 55, Faks: (0212) 233 90 61
www.medikalakademi.com.tr

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren (Aile Hekimliği)
Trakya Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Edirne
Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu (Aile Hekimliği)
Dışkapı Eğitim ve Araş. Hast. / Ankara
Prof. Dr. Cahit Özer (Aile Hekimliği)
Mustafa Kemal Üniv. Tıp Fak., Aile Hek. ABD. / Hatay
Prof. Dr. Mehmet Uğurlu (Aile Hekimliği)
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara
Prof. Dr. Mehmet Urgan (Aile Hekimliği)
Ankara Üniv. Tıp Fak. / Ankara
Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu (Aile Hekimliği)
Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak. / Eskişehir

Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board

Prof. Dr. Thomas Freeman (Family Medicine)
The Schulich School of Medicine and Dentistry,
The University of Ontario / Ontario, Canada
Prof. Dr. Michael Kidd (Family Medicine)
Faculty of Health Sciences, Flinders University /
Adelaide, Australia
Prof. Dr. Jan De Maeseneer (Family Medicine)
Faculty of Medicine and Health Sciences,
University of Ghent / Ghent, Belgium
Prof. Dr. Waris Qidwai (Family Medicine)
Aga Khan University / Karachi, Pakistan
Prof. Dr. Richard G. Roberts (Family Medicine)
School of Medicine and Public Health,
University of Wisconsin / Madison, WI, USA
Prof. Dr. Moira Stewart (Epidemiology & Biostatistics)
The Schulich School of Medicine and Dentistry,
The University of Ontario / Ontario, Canada
Assoc. Prof. Nabil D. Sulaiman (Family Medicine)
College of Medicine, University of Sharjah / UEA
Prof. Dr. Chris van Weel (Family Medicine)
Nijmegen Medical Centre, Radboud University /
Nijmegen, The Netherlands



Başmakale | Editorial

Dergimizin yeni cildi ve ilk sayısı | 1

The new volume of our magazine and first issue

Esra Saatçı

Araştırmalar | Research Articles

Birinci basamakta yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: Bir kırsal alan örneği | 2

Multiple drug use in elderly in primary care: An example of rural field

Raziye Şule Gümüştakım, Duygu Ayhan Başer

Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi | 9

Postpartum evaluation of the mothers' knowledge

about breastfeeding and the importance of breast milk

Selin Çakmak, Ayşe Seda Demirel Dengi

Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi | 20

Determination of type 2 diabetes risk levels in individuals applying to family medicine

Ercan Kulak, Berrin Berber, Hasan Temel, Sena Nur Kutluay, Murathan Yıldırım,

Fatıma Nilay Dedeoğlu, Serap Çiğçili, Dilşad Save

Derleme | Invited Review

Güncel kılavuzlar ışığında dislipidemi yönetiminin ilk basamağı: Yaşam tarzı değişiklikleri | 31

First step in dyslipidemia management: Lifestyle modifications according to up-to-date guidelines

Mehmet Göktaş Kılınçarslan, Erkan Melih Şahin

Olgu Sunumu | Case Report

Aile hekimliği polikliniğine başvuran bir B12 eksikliği vakası | 42

A Case of B12 Deficiency Diagnosed at a Primary Care Outpatient Clinic

Tuğba Yazan Şahan, Berna Erdoğan Mergen, Kurtuluş Öngel

Çocukta atipik klinik görünümlü herpes zoster enfeksiyonu: Bir olgu sunumu | 46

Atypical clinical manifestation of herpes zoster infection of a child: A case report

Bade Ertürk Arık, Selçuk Mıstık, Nurten Özmen, Ferhat Arık

Dergimizin yeni cildi ve ilk sayısı

The new volume of our magazine and first issue

Esra Saatçı¹

Değerli okurlarımız,

Bilimsel dergilerin yayın hayatına başlaması kadar, bu hayatı devam ettirebilmesi de çok önemlidir. Bu devamlılık, ancak, siz değerli okur, hakem ve yazarların katkıları ile sağlanabilir. 1997 yılından beri kesintisiz bir şekilde yayın hayatına devam eden Dergimiz teknik bir sorun nedeniyle çıkmış olduğu ULAKBİM TR Dizin’de 25/02/2019 itibarı ile hiçbir kesinti olmadan yeniden yer almıştır. Bu güzel haberi sizlere duyurmaktan mutluluk duyuyoruz.

Bir diğer haberimiz dergimizin güncellenen kurulları ile ilgili; Editörler Kurulu’nda Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin, Teknik Kurul’da ise Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer aramıza katıldılar, kendilerine “hoşgeldiniz” diyor, verimli çalışmaları için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Dergimizin 2019 yılının ilk sayısında bir derleme (“Güncel kılavuzlar ışığında dislipidemi yönetiminin ilk basamağı”), üç araştırma

makalesi (“Birinci basamakta yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı”; “Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi” ve “Aile Hekimliğine başvuran bireylerde Tıp 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi”) ve iki olgu sunumu (“Aile hekimliği polikliniğine başvuran bir B12 eksikliği vakası” ve “Çocukta atipik klinik görünümlü herpes zoster enfeksiyonu”) sizlerle buluşuyor. Keyifle okumanızı diliyor, yeni yazılarınızı bekliyoruz.

Her zaman olduğu gibi bu sayının hazırlanmasında emeği geçen yazarlar, editörler, Teknik Kurul, Danışma Kurulu üyeleri ve hakemlerimize teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Sevgi ve saygılarımızla.

Prof. Dr. Esra Saatçı

Baş Editör

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

1) Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Baş Editörü ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Adana

Birinci basamakta yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: Bir kırsal alan örneği

Multiple drug use in elderly in primary care: An example of rural field

Raziye Şule Gümüştakım¹, Duygu Ayhan Başer²

Özet

Amaç: Birinci basamakta çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi) ve uygunsuz ilaç kullanımı riskinin yüksek olduğu; ve bu durumun, çoğunlukla yaşlı hastalarda görüldüğü söylenebilir. Bu çalışmadaki amacımız da, birinci basamakta yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının incelenmesi ve çalışma sonucuna göre alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte olup, araştırma evreni 15.11.2013-15.02.2014 tarihleri arasında Karaman Sarıveliler İlçe Entegre Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri hastaları kapsamaktadır. Araştırma grubuna, polikliniğe reçete yazdırma ya da herhangi bir hastalık yakınması ile başvuran, sözlü onamları alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üstü 310 hasta alınmış; ancak anket formunda bilgileri eksik kalan 10 hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 169 kadın (%56,3) ve 131 erkek (%43,7) olmak üzere toplamda 300 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 73,05±6,20'dir. Hastaların %58,3'ü (n=174) dört ve üzeri ilaç kullanmaktadır. En fazla kullanılan ilaç grubu %72,7'lik (n=218) bir oran ile kardiyovasküler sistem ilaçlarıdır. Sosyodemografik özelliklerle ilaç sayıları karşılaştırılmış olup arada sadece cinsiyetle anlamlı fark bulunabilmiştir (p=0,040). Kadınların erkeklere nazaran daha fazla ilaç kullandığı gözlenmiştir.

Sonuç: Birincil bakımdan sorumlu aile hekimlerinin hastalarını değerlendirirken çoklu ilaç kullanımı ve özellikle etkileşime girebilecek ilaçlar konusunda dikkatli olması gerekmektedir.

Anahtar kelime: birinci basamak, polifarmasi, yaşlı

Summary

Objective: It can be said that the risk of polypharmacy and inappropriate drug use is high in primary care and this situation is often seen in elderly patients. Our aim is determining multiple drug use in elderly and determination of the prevention to be taken according to the results of the study.

Methods: The study is a cross-sectional descriptive type and the research population covers patients aged 65 years and older who applied to the Family Medicine Polyclinic of Karaman Sarıveliler District Integrated Hospital between 15 November 2013 and 15 February 2014. A total of 310 patients aged 65 years and over included in the study. They have received oral informed consent and. 10 patients who had missing information in the survey form were excluded from the study.

Results: A total of 300 patients, 169 female (56.3%) and 131 male (43.7%) were included in the study. The mean age of the patients was 73.05±6.20. 58.3% (n=174) patients were using four or over drugs. The most commonly used medication group is the cardiovascular system drugs with 72.7% (n=218). Sociodemographic characteristics were compared with the number of drugs and there was a significant difference between the sexes (p=0.040). It is observed that women use more drugs than men.

Conclusion: Family physicians responsible for primary care need to be careful about the use of multiple drugs and especially those the drugs that may interact each other while evaluating their patients.

Key words: primary care, polypharmacy, elderly

¹Sütçi İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Giriş

Dünya nüfusu, günümüz şartlarının getirdiği çeşitli durumlar sonucu olarak geçen senelere göre daha hızlı yaşlanmıştır. Nüfus yaşlanması, sayısal ve oransal olarak, 21. yüzyılda ön plana çıkan en önemli demografik olgulardandır. Tüm dünyada olduğu üzere ülkemizde de yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 nüfus sayımı sonuçlarına göre, 65 yaş ve üzeri kişi sayısı 2013 yılında 5 milyon 891 bin 694 kişi iken, son beş yılda %17 artarak 2017 yılında 6 milyon 895 bin 385 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2013 yılında %7,7 iken, 2017 yılında %8,5'e yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2; 2030 yılında %12,9; 2040 yılında %16,3 olacağı öngörülmektedir.⁽¹⁾

Yaşlanma ile beraber kronik hastalık sayısında artış meydana gelmekte ve bu durum da bireylerin ilaç kullanma sayısını ve oranını artırmaktadır. 65 yaş üstündeki bireylerin ülkemizde %90'nında genellikle bir kronik hastalık, %35'inde iki, %23'ünde üç ve %14'ünde dört veya daha fazla hastalığın bir arada bulunduğu belirtilmektedir. Bu durum, yaşlılarda çoklu ilaç kullanımına yol açmaktadır.⁽²⁾

İlaçların farmakokinetik özellikleri yaşla birlikte değişmektedir. İlaçların emilimi, vücutta dağılımları, metabolizmaları, atılımları ve reseptör seviyesindeki değişikliklere bağlı olarak ilaçlara verilen yanıt yaşlı bireylerde farklılıklar göstermektedir.⁽³⁾ Yapılan çalışmalar, yaşlanma ile beraber reçete edilen ilaç sayısının da arttığını göstermektedir.^(4,5) Çoklu ilaç kullanımı yan etki ve ilaçlar arası etkileşim riskinde, tedavi maliyetinde, hospitalizasyon gereksiniminde, medikal tedaviye uyumsuzluk oranlarında ve buna bağlı gelişen problemlerde artışa neden olmaktadır.^(5,6)

Polifarmasi, genellikle tedavide en az bir gereksiz ilacın bulunması ya da gerekli olandan daha fazla ilaç kullanılması, ya da beş veya daha fazla ilacın bir arada kullanılması olarak tanımlanmakla

birlikte görülme sıklığı ileri yaş ile artış göstererek ülkeler arasında değişiklik göstermektedir.^(7,8,9) Yapılan çalışmalarda 75 yaşın üzerindeki yaşlılarda polifarmasi oranı yaklaşık %35-40 civarındadır.^(9,10)

Polifarmasi yaşlı insanlarda oldukça önemlidir. Yaşlılık, yaşam sürecinin doğal ve zorunlu bir çağıdır. Yaşla birlikte organ fonksiyonlarında görülen azalma ve görülen diğer fizyolojik değişiklikler, yaşlıların ilaçların yan etkilerine karşı gençlere nazaran daha duyarlı olmalarını sağlamaktadır. Çoklu ilaç kullanımı kilo kaybı, düşme, bilişsel durumda zayıflama gibi durumların riskinde de artışa neden olabilmektedir.⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ Dört veya daha fazla ilaç reçetelenmesi kimi zaman gerekli olabilir, bu nedenle dört ve üzeri ilaç kullanımı her zaman zararlı olarak nitelendirilmemelidir; önemli olan ilaçların toplam sayısından ziyade, kişinin genel sağlık durumuna olan faydasıdır.⁽¹⁵⁾

Aile hekimleri, polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımı nedeni ile oluşabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi için çok önemli bir pozisyonda bulunmaktadırlar. Türkiye'de Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi ile birlikte birinci basamakta çalışan hekim sayısı 2002'den 2010'a kadar %11 artmış, aynı dönemde bu artışa paralel olarak görülen hasta sayısında da artış olmuştur. 2016 yılında kişi başına düşen yıllık poliklinik başvuru sayısı ülkemizde 8,6 olarak saptanmıştır ki, bu oran aynı yılın OECD ülke ortalaması olan 6,4'ün çok üzerindedir. Bu başvuruların 1/3'ü birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılmaktadır.⁽¹⁶⁾

Ülkemizde sevk zincirinin işlememesi hastaların bir semptom için bile birden çok hekime başvurmasına ve böylece hastaların çoklu ilaç kullanımının artmasına yol açmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) hekimlerin yazdığı ilaçların yaklaşık yarısının reçete tekrarı olduğu tahmin edilmektedir. 2014 yılı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) verilerine göre, ASM'lerde yazılmış olan 138.146.054 adet reçetenin 32.071.218 (%23,2)'i 65 yaş üstü bireylere reçete edilmiştir.⁽¹⁷⁾ Tüm bunlar dikkate alındığında birinci basamakta polifarma-

sinin ve uygunsuz ilaç kullanımını riskinin yüksek olduğunu; bu durumun çoğunlukla yaşlı hastalarda uygulandığını ileri sürebiliriz. Bu çalışmadaki amacımız da birinci basamakta yaşlılarda çoklu ilaç kullanımının incelenmesi ve çalışma sonucuna göre alınması gereken önlenmelerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte olup araştırma evreni 15.11.2013-15.02.2014 tarihleri arasında Karaman Sarıveliler İlçe Entegre Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran 65 yaş ve üzeri hastaları kapsamaktadır. Çalışma için Karaman İl Sağlık Müdürlüğü'nden etik kurul onayı alınmıştır.

Hastalara araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyodemografik özellikler, komorbid hastalıklar, ilaç sayısı ve kullanılan ilaçlar ile ilgili 11 soruluk bir anket uygulanmış ve anketin sonunda hastaların kullandığı ilaçlar bilgisayar ortamında kaydedilmiştir. Araştırma grubuna, polikliniğe reçete yazdırma ya da bir hastalık yakınması ile başvuran, sözlü onamları alınan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üstü 310 hasta alınmış ancak anket formunda bilgileri eksik kalan 10 hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde nitel değişkenlerin frekans dağılımları arasındaki ilişki Ki kare analizi ve Exact test ile incelendi. İstatistik parametreleri oran (%) ve frekanslar (n) ile ifade edildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Verilerin değerlendirmesinde IBM SPSS 16 paket programı kullanıldı.

Bulgular

Çalışmamıza 169 kadın (%56,3) ve 131 erkek (%43,7) olmak üzere toplamda 300 hasta katılmıştır. Hastaların yaş ortalaması $73,05 \pm 6,20$ 'dir (65-92 yaş). Hastaların %66,7'si (n=200) 65-74 yaş grubunda yer almakta olup; %68,7'si (n=206) evlidir ve %48'i (n=144) eşiyile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %58'i (n=174) ilkököl mezunuyken, %41,3'ünün (n=124) okuma-yazması yoktur. Sosyal güvence açısından bakıldığında büyük bir çoğunluğun

(%70,3) SGK'sı mevcuttur. Büyük kısmı emekli ve ev hanımıdır. Hastaların %47,3'ünün (n=142) gelir düzeyi, asgari ücret altındadır. Hastaların sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

Hastalarda en fazla bulunan kronik hastalık hipertansiyondur (%63) ve hastaların %26,7'sinde (n=80) 2 adet komorbid hastalık bulunmaktadır. Hastaların komorbid hastalık sayısı ortalama $2,60 \pm 1,40$ olup hastalık

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri ve ilaç sayıları ile ilişkileri

Sosyodemografik özellikler	Yüzde (%)	Sayı (n)
Cinsiyet		
Kadın	56,3	169
Erkek	43,7	131
Yaş aralığı		
65-74 yaş	66,7	200
75-84 yaş	27,7	83
85 yaş ve üstü	5,7	17
Medeni durum		
Evlü	68,7	206
Dul/boşanmış	31,3	94
Yaşam şekli		
Tek başına	15,7	47
Aile bireyleriyle	36	108
Eşiyile	48	144
Huzurevinde	0,3	1
Öğrenim düzeyi		
Okuma-yazma yok	41,3	124
İlkokul	58	174
Ortaokul	0	0
Lise	0,3	1
Yüksekokul ve üzeri	0,3	1
Meslek		
İşçi	0,7	2
Memur	2,3	7
Çiftçi	2,7	8
Diğer	94,3	283
Sosyal güvence		
Yok	1,3	4
SGK	70,3	211
Özel sigorta	0,3	1
Yeşilkart	28	84
Gelir düzeyi		
Asgari ücretin altında	47,3	142
Asgari ücret düzeyinde	49,3	148
Asgari ücretin üzerinde	3,3	10

dağılımı **Tablo 2**'de görülmektedir. En sık görülen komorbid hastalıklar hipertansiyon, gastroözofageal reflü, kas-iskelet sistemi hastalıkları ve diyabettir.

Hastaların kullandıkları ilaç sayısı ortalama $4,24 \pm 2,38$ 'dir. Hastaların %58,3'ü dört ve üzeri i-

laç kullanmaktadır. Hastaların kullandıkları ilaçlar **Tablo 3**'de görülmektedir. En fazla kullanılan ilaç grubu %72,7 ile kardiyovasküler sistem ilaçlarıdır. Bunu sırasıyla analjezik-antiinflamatuvarlar ve gastrointestinal sistem ilaçları takip etmektedir.

Sosyodemografik özelliklerle ilaç sayıları karşılaştırıldığında, sadece cinsiyetle anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,040$). Kadınların erkeklere nazaran çok daha fazla ilaç kullandığı gözlenmiştir. Özellikle kadınlarda, dul/boşanmış olanlarda, aile bireyleriyle birlikte yaşayanlarda, 65-74 yaş grubunda, memurlarda, ilkökul mezunlarında, geliri asgari ücret düzeyinde olanlarda ve sosyal güvencesi SGK olanlarda dört ve üzeri ilaç kullanımı daha yaygın bulunmuştur. Yaş, medeni durum, gelir düzeyi, meslek, öğrenim durumu, sosyal güvence ile ilaç sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yok-

Tablo 2. Hastaların komorbid hastalık dağılımı

Komorbid hastalıklar	Yüzde (%)	Sayı (n)
HT	63	189
GÖR	33,3	100
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	23	69
DM	19,3	58
KAH	18,7	56
Osteoporoz	16,3	49
Astım	13,7	41
HL	9,7	29
BPH	8,7	26
Hipotiroidi	6,7	20
KY	5	15
Anemi	5	15
Anksiyete	5	15
Glokom	3,3	10
Vertigo	3,3	10
İBS	2,3	7
Kabızlık	2	6
Parkinson	1,7	5
Hipertiroidi	1,7	5
Nöropati	1,7	5
SVO	1,3	4
Kanser	1	3
Varis	1	3
İnkontinans	0,7	2
Alzheimer	0,7	2
Allerjik rinit	0,7	2
Tremor	0,3	1
Tinnitus	0,3	1
Pnömoni	0,3	1
Katarakt	0,3	1

Tablo 3. Hastaların kullandıkları ilaçlar

Kullanılan ilaç türleri	Yüzde (%)	Sayı (n)
KVS ilaçları	72,7	218
Analjezik ve antiinflamatuvarlar	54	162
GİS ilaçları	39	117
Endokrin sistem ilaçları	25	75
Respiratuvar sistem ilaçları	17,3	52
Osteoporoz ilaçları	15,3	46
Vitamin ve nutrisyonel ajanlar	15,3	46
Antibiyotikler	14,3	43
Ürogenital sistem ilaçları	12,3	37
SSS ilaçları	11,7	35
Diüretikler	7,3	22
Oftalmik ilaçlar	7,3	22
Hematopoietik ilaçlar	7,3	22
Psikiyatrik ajanlar	6,3	19
Dermatolojik ajanlar	2,3	7
Steroidler	2	6
Antineoplastik ve immünomodülatör ajanlar	1	3
Otik ilaçlar	0,7	2
Gut ilaçları	0,3	1

tur ($p>0,05$). Komorbid hastalık sayısı ile ilaç sayısı ilişkili bulunmuş olup komorbid hastalık sayısı arttıkça ilaç sayısının da arttığı tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tartışma

Ülkeler arasında farklılık izlenmekle birlikte, yapılan çalışmalarda polifarmasi, 75 yaş üzerinde %40 dolaylarında görülmektedir.⁽⁹⁾ Topluluk içinde yaşayan hastalar arasında polifarmasi sıklıkları ise İzlanda, ABD, Avustralya ve İtalya'da sırası ile % 41; %43,4; %35,8; %46,8 olarak bildirilmiştir.⁽¹⁸⁻²¹⁾

Önder ve arkadaşlarının 8 farklı Avrupa ülkesindeki bakım evlerinde yaptıkları Shelter çalışmasının bir raporu olarak polifarmasi görülme sıklığı %49,7 olarak tespit edilmiştir.⁽²²⁾ Walker ve arkadaşları ise Almanya'da birinci basamakta polifarmasi prevalansının 70 yaş ve üzeri hastalarda %26,7 olduğunu bildirmişlerdir.⁽²³⁾ Şayir ve arkadaşlarının hastanelerinin aile hekimliği polikliniğinde yaptıkları çalışmalarında ise bu oran %69 olarak belirtilmiştir.⁽²⁴⁾ Çalışmamızda yaşlılarda polifarmasi sıklığı %58,3 olarak bulunmuş olup, birinci basamağa başvuran hastalar üzerinde yapılmış çalışmalar ile benzer sıklıkta olduğu saptanmıştır.

Genel olarak bakıldığında yapılan çalışmalarda birinci basamağa başvuran hastalarda polifarmasi oranlarının daha yüksek olduğu gözden kaçmamaktadır. Birinci basamakta reçetelerin sıklıkla ikinci ve üçüncü basamakta başlanan ilaçların tekrarı olmasının bu duruma neden açmış olabileceği söylenebilir. Ayrıca çalışmamızda polifarmasi oranının yüksek bulunmasında etkileyici başka birçok faktör olabilir. Bunlardan ilki çalışmanın kırsal kesimde gerçekleştirilmiş olmasıdır.

Çalışmamızda hastaların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında eğitim düzeylerinin ve gelir düzeylerinin düşük olduğu ve çok büyük bir kısmının emekli ya da ev hanımı olduğu söylenebilir. Özellikle eğitim düzeyinin düşüklüğü, hastaların bilinçsiz ilaç kullanımına etken olmuş olabilir. Ayrıca ülkemizde sağlık sisteminde sevk zinciri işlememektedir ve bu durum hastaların bir semptom için bile birden

çok hekime başvurmasına ve böylece çoklu ilaç kullanımının artmasına neden olmaktadır.

Çalışmamızda hastaların kullandıkları ilaç sayısı ortalama $4,24\pm 2,38$ 'dir. Çoklu ilaç kullanımına yönelik 2007 yılında yapılmış olan bir çalışmada 65 yaş ve üstü erkeklerde ortalama günlük ilaç alımının erkeklerde 5,6; kadın hastalarda ise günlük 6,2 ilaç alımı olduğu bildirilmiştir.⁽¹⁷⁾ Dişçiğil ve arkadaşlarının toplum içinde ve bakımevinde kalan toplam 127 yaşlıda çoklu ilaç kullanımını araştırdığı bir çalışmada ise, günlük ortalama ilaç kullanımı 4,5 olarak bulunmuştur.⁽⁸⁾ Bu doğrultuda çalışmamızdaki ilaç sayısı ortalaması diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda en fazla kullanılan ilaç grubu %72,7'lik bir oran ile kardiyovasküler sistem ilaçları olarak belirlenmiştir. Bunu sırasıyla analjezik-antiinflatuarlar ve gastrointestinal sistem ilaçları takip etmektedir. Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında da en fazla kullanılan ilaç grubu olarak kardiyovasküler sistem ilaçları (%30,6) belirtilmiştir.⁽²⁵⁾ Dişçiğil ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşlıların en fazla kullandığı ilaç grubunun %64,5 ile antihipertansifler olduğu saptanmıştır.⁽⁸⁾ Çalışmamızda antihipertansif ilaçlar kardiyovasküler sistem ilaçları kategorisinin altında değerlendirilmiş olup çalışmamızın bu sonucu diğer çalışmalarla uyum göstermektedir.

Çalışmamızın önemli bir yanını yaşlıların so-

Tablo 4. Hastaların özellikleri ve ilaç sayıları ile ilişkileri

Sosyodemografik özellikler	p
Cinsiyet	0,040
Yaş	0,256
Medeni durum	0,897
Yaşam şekli	0,568
Öğrenim düzeyi	0,876
Meslek	0,253
Sosyal güvence	0,092
Gelir düzeyi	0,106
Komorbid hastalık sayısı	0,000

syodemografik özellikleri ile kullandıkları ilaç sayılarının karşılaştırılması ve polifarmasiye etki edebilecek özelliklerin tanımlanması oluşturmuştur. Çalışmamızda, çoklu ilaç kullanımı ile yaş, medeni durum, gelir düzeyi, meslek, öğrenim durumu, sosyal güvence arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamış olup sadece cinsiyetle anlamlı fark bulunabilmiştir.

Çakmur ve arkadaşlarının çalışmasında ise polifarmasinin, yaşanan kent, yaş, öğrenim durumu, ekonomik algı, ilaç kullanım süresi, hekime başvuru sıklığı, fizik aktivite, kilo durumu ve yaşam hoşnutluğu ile ilişkili olduğu ancak cinsiyet ve yaşam ortamı ile ilişkili olmadığı saptanmıştır. Rieckert ve arkadaşlarının kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde polifarmasi kullanımını değerlendirdikleri çalışmada ise cinsiyet, eğitim durumu ve yaş ile polifarmasi kullanımını arasında istatistiki olarak ilişki olmadığı saptanmıştır ve bu durumun literatürle farklı olduğu belirtilmiştir.⁽²⁶⁾

Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda polifarmasi kullanımını etkileyen faktörler arasında birçok farklılık bulunmaktadır; bu durum çalışmanın yapıldığı coğrafya ve özelliklerinden etkilenmiş olabilir ya da değerlendirilmeyen başka etkenlerden kaynaklanmış olabileceği fikrini akla getirmektedir. Bu nedenle tüm illeri ve yaş gruplarını kapsayan, polifarmasiye etki eden etmenler üzerine yapılacak daha geniş araştırmalar ile ülkemizin polifarmasi dağılımları ve etkileyen faktörler belirlenebilir.

Çalışmamızda kadınların erkeklere göre çok daha fazla ilaç kullandığı gözlenmiştir. Özellikle kadınlarda, dul/boşanmış olanlarda, aile bireyleriyle birlikte yaşayanlarda, 65-74 yaş grubunda, memurlarda, ilkokul mezunlarında, geliri asgari ücret düzeyinde olanlarda ve sosyal güvencesi SGK olanlarda dört ve üzeri ilaç kullanımı daha yaygın bulunmuştur. Çakmur ve arkadaşlarının çalışmasında polifarmasi kadınlarda daha yüksek oranda görülmesine karşın, cinsiyet ve polifarma-

si arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kutsal ve arkadaşlarının çalışmalarında da polifarmasi, kadınlarda anlamlı olarak yüksek oranda bildirilmiştir.⁽²⁷⁾ Şayir ve arkadaşlarının çalışmasında ise tezat olarak polifarmasi erkeklerde daha sık olarak saptanmış ancak cinsiyet anlamında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu durumun diğer çalışmalarla farklı olduğu açıklanmış ve çalışmaya katılan erkek oranının fazla olmasının yanında, erkeklerde kardiyovasküler hastalık oranının daha çok olmasının bu sonucu etkilemiş olabileceği belirtilmiştir.⁽²⁴⁾ Dünyada yapılan çalışmalarda da polifarmasi kadınlarda daha yaygın olarak bildirilmiştir.^(28,29) Kadınlarda polifarmasi oranının yüksek oluşu yaşam sürelerinin uzun olması, sorunları hakkında konuşmaları, hekime daha sıklıkla başvurmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızdaki diğer bir önemli sonuç da komorbid hastalık sayısı ile ilaç sayısı arasında ilişki bulunmuş olmasıdır; komorbid hastalık sayısı arttıkça ilaç sayısının da arttığı tespit edilmiştir. Yaşam süresinin uzamasıyla multimorbidite ve bunlara bağlı gelişen komorbiditelerin ilaç kullanım sayısını arttırması beklenen bir sonuçtur. Bu durumda farklı hekimlere başvurunun da etkili olabileceği düşünülmüş olup ileri yaştaki bireylerin, yaşlılığı iyi bilen tek bir hekim tarafından izlenmesinin polifarmasi kullanımının en etkin ve en az yan etki ile yönetilebileceği fikrini akla getirmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak polifarmasinin önlenmesinde birinci basamak sağlık çalışanlarının stratejik bir önemi vardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesinin arttırılması, sevk zinciri uygulamasının aşamalı olarak hayata geçirilmesi bu bağlamda çok önemlidir. Birincil bakımdan sorumlu aile hekimlerinin hastalarını değerlendirirken çoklu ilaç kullanımı konusunda dikkatli olması gerekmektedir. Aile hekimliğinde hedefimiz hastaların yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesini de yükseltecek tedavileri seçmek olmalıdır.

Kaynaklar

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Temel İstatistikler. <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> adresinden 03/03/2018 tarihinde erişilmiştir.
2. Arslan GG, Eşer İ. Self-medication compliance in elderly and nurses role. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21(2):147-57.
3. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. Turk J Geriatr 2000;3:56-60.
4. Azad N, Tierney M, Victor G, Kumar P. Adverse drug events in the elderly population admitted to a tertiary care hospital. J Healthc Manag 2002;47(5):295-305.
5. Hanlon JT, Linblad CI, Hajjar ER, McCarthy TC. Update on drug-related problems in the elderly. Am J Geriatr Pharmacother 2003;1(1):38-43.
6. Yeşil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polifarmasi. Klinik Gelişim Dergisi 2012;25:18-23.
7. Ferner RE, Aronson JK. Communicating information about drug safety. BMJ 2006;333(7559):143-5.
8. Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya AO. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. Turk J Geriatr 2006;9:117-21.
9. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. JAMA 2008;300(24):2867-78.
10. Chrischilles E, Rubenstein L, Van Gilder R, Voelker M, Wright K, Wallace R. Risk factors for adverse drug events in older adults with mobility limitations in the community setting. J Am Geriatr Soc 2007;55(1):29-34.
11. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. J Am Geriatr Soc 2004;52(8):1349-54.
12. Agostini JV, Han L, Tinetti ME. The relationship between number of medications and weight loss or impaired balance in older adults. J Am Geriatr Soc 2004;52(10):1719-23.
13. Magaziner J, Cadigan DA, Fedder DO, Hebel JR. Medication use and functional decline among community dwelling older women. J Aging Health 1989;1(4):470-84.
14. Larson EB, Kukull WA, Buchner D, Reifler BV. Adverse drug reactions associated with global cognitive impairment in elderly persons. Ann Intern Med 1987;107:169-73.
15. Bahat G, Tufan F, Bahat Z, et al. Comorbidities, polypharmacy, functionality and nutritional status in Turkish community-dwelling female elderly. Aging Clin Exp Res 2014;26(3):255-9.
16. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni. http://sbu.saglik.gov.tr/Downloads/sb-2016_saglik-istatistikleri-yilligi.pdf adresinden 06/07/2018 tarihinde indirilmiştir.
17. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Yaşlılarda İlaç Kullanımında Güncel Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Çalıştayı. www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2015/12/Geriatri-Rapor-Son.pdf adresinden 06/07/2018 tarihinde indirilmiştir.
18. Sigurdardottir AK, Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED. Medication use among community-dwelling older Icelanders. Laeknabladid 2011;97(12):675-80.
19. Heuberger RA, Caudell K. Polypharmacy and nutritional status in older adults: a cross-sectional study. Drugs Aging 2011;28(4):315-23.
20. Beer C, Hyde Z, Almeida OP, et al. Quality use of medicines and health outcomes among a cohort of community dwelling older men: an observational study. Br J Clin Pharmacol 2011;71(4):592-9.
21. Nobili A, Franchi C, Pasina L, et al. Drug utilization and polypharmacy in an Italian elderly population: EPIFARM-elderly project. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2011;20(5):488-96.
22. Onder G, Liperoti R, Fialova D, et al. Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2012;67(6):698-704.
23. Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. Fam Pract 2007;24(1):14-9.
24. Şayır ÇD, Karaoğlu SA, Toprak D. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü hastalarda polifarmasi ve tamamlayıcı tedavi kullanımlarının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2014;18(1):35-41.
25. Öztürk Z, Uğraş KG. Yaşlı hastalarda ilaç kullanımı ve polifarmasi. Tepecik Eğit Hast Derg 2017;27(2):103-8.
26. Rieckert A, Trampisch US, Klaaßen-Mielke R, et al. Polypharmacy in older patients with chronic diseases: a cross-sectional analysis of factors associated with excessive polypharmacy. BMC Family Practice 2018;19(1):113.
27. Gokce Kutsal Y, Barak A, Atalay A, et al. Polypharmacy in the elderly: a multicenter study. J Am Med Dir Assoc 2009;10(7):486-90.
28. Venturini CD, Engroff P, Ely LS, et al. Gender differences, polypharmacy, and potential pharmacological interactions in the elderly. Clinics (Sao Paulo) 2011;66(11):1867-72.
29. Hofer-Dückelmann C. Gender and polypharmacotherapy in the elderly: a clinical challenge. Handb Exp Pharmacol 2012;(214):169-82.

Geliş tarihi: 17/10/2018

Kabul tarihi: 13/02/2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 25/03/2019

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur

İletişim adresi;

Duygu Ayhan Başer,

e-posta: duyguayhan@outlook.com

Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi

Postpartum evaluation of the mothers' knowledge about breastfeeding and the importance of breast milk

Selin Çakmak¹, Ayşe Seda Demirel Dengi²

¹Küçükmustafapaşa Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, Uzm. Dr., İstanbul

²Ihlamurkuyu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, Uzm. Dr., İstanbul

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, anne sütü ve emzirmeye ilişkin annelerin bilgi düzeyinin saptanması, yetersiz anne sütü verilmesinin nedenlerinin araştırılması ve buna etki eden sosyodemografik faktörlerin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Avrupa yakasında bir aile hekimliği birimi ve İstanbul Anadolu yakasında başka bir aile hekimliği birimine Mayıs 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran 17-43 yaş arası postpartum dönemdeki 201 kadın gönüllü çalışmaya alındı. Anket formundaki 20 soru, hastalara bilgi verilip onamları alındıktan sonra tek bir araştırmacı tarafından dolduruldu. Yaş aralığına uymayan ve emzirmeye başlamamış postpartum dönemdeki anneler çalışmaya alınmadı. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Annelerin yaşları 17 ile 43 arasında değişmekte olup, ortalama $27,46 \pm 6,61$ yıldır. Bebeklerin %44,8'i (n=90) hemen, %31,2'si (n=63) 1 saat sonra, %4,5'i (n=9) 2 saat sonra, %4,0'ü (n=8) 3-5 saat sonra, %6,0'ı (n=12) 1 gün sonra, %9,5'i (n=19) 2 gün ve daha uzun süre sonra anne sütü almıştır. Annelerin %56,7'si (n=114) anne sütü konusunda eğitim almış, %92,0'ının (n=185) anne sütünün önemi hakkında bilgisi vardır. Düşünülen emzirme süreleri incelendiğinde; %3,5'i (n=7) emzirmeye başladığı halde devamında hiç düşünmezken, %3,0 (n=6) 0-6 ay, %8,5 (n=17) 6-12 ay, %73,6 (n=148) 12-24 ay ve %11,4 (n=23) 24 ay ve üzeri düşünmektedir. Annelerin %14,9'u (n=30) yetersiz süt olduğundan, %42,8'i (n=86) büyümenin geri kalma endişesinden, %13,9'u (n=28) bebeğin sütü almamasından, %4,0'ü (n=8) sağlık sorunlarından ve %2,0'si (n=4) diğer nedenlerden dolayı bebeğine yetersiz anne sütü vermiş olup ek gıda veya mamaya erken başlamıştır; %22,4'ü (n=45) yetersizlik olmadığını belirtmiştir. Anne yaşı ile anne sütü ve emzirme bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,291$). Eğitim düzeyine göre anne sütü ve emzirme bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,648$). Çalışma durumuna göre anne sütü ve emzirme bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve çalışan annelerin bilgi düzeyi, çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Sonuç: Çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde anne sütünün içeriği, önemi ve yeterliliği, sadece anne sütü ile besleme, emzirmenin devamını sağlama ve ek gıdaya geçme zamanı konusunda annelerin bilgi gereksinimi olduğu aşikardır. Annelere, kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezlerinde gebelik takipleri boyunca her seferinde mucizevi bir besin olan anne sütünün önemi anlatılmalı, doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirmeye başlamanın sağlanması, kolostrumun bebeğe mutlaka verilmesi ve bebeğin ilk 6 ay su dahil hiçbir ek besine ihtiyacı olmadığı sadece anne sütünün yeterli olduğu hususunda anneler ikna edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, anne sütü, sosyodemografik faktörler

Summary

Aim: The aim of this study is to evaluate the sociodemographic factors about breast milk and breastfeeding descriptively. We want the emphasize the importance of breastmilk by evaluating the reasons behind short duration of nursing and the knowledge levels of the mothers about breast milk and breastfeeding.

Material and Methods: The sampling consisted of 201 voluntary postpartum mothers aged 17-43 whom are followed by 2 separate family physician specialist MDs at two different Family Medicine centers in İstanbul during March 2017- July 2017. The data were obtained face to face by one researcher using a questionnaire of 20 questions. Postpartum mothers who have not yet started nursing and are not in between 17-43 years of age were excluded from the study. NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) program was used to analyse the statistics. Value of $p < 0,05$ was accepted as statistically significant.

Results: The mothers ages were between 17 and 43 and the mean age of the mothers was $27,46 \pm 6,61$. Of the babies 44.8% were breastfed immediately after birth while 31.2% were breastfed within the first hour, 4.5% in two hours, 4% in 3-5 hours, 6% a day later, and 9.5% in at least two days later. Of the mothers 56.7% had training about breastfeeding while 92% of the mothers claimed that they know the importance of breast milk. Although they already started breastfeeding, 3.5% of the mothers did not plan to continue breastfeeding, 3% planned to breastfeed for 0-6 months, 8.5% of them 6-12 months, 73.6% of the mothers planned to breastfeed for 12-24 months and 11.4% of them planned to breastfeed more than 24 months. Of the mothers 14.9% started formula or complementary food due to not having enough milk, while 42.8% of them worried about their babies not gaining enough weight, 13.9% of them said their baby refused breastfeeding, 4% had health issues preventing them to breastfeed and 2% had other reasons for starting formula or early complementary food. Only 22.4% of the mothers had no issues and exclusively breastfed their babies. There was no statistically significant difference between the mothers' age and their knowledge level about breastfeeding ($p=0,291$) Also there was again no statistically significant difference about the mothers education status and their knowledge level about breastfeeding and breast milk ($p=0,648$) There was a statistically significant difference between mothers' occupational status and breastfeeding knowledge levels; working mothers had higher levels of knowlegde than the housewives ($p=0,001$).

Conclusion: The results of this study indicates that the mothers need more education about breast milk ingredients, the importance and the efficiency of breast milk, exclusively breastfeeding and when to start complementary food. Mothers should be educated at their family medicine centers about breast milk and breastfeeding everytime they visit during their pregnancy. The importance of starting breastfeeding within the first hour after birth; colostrum and exclusive breastfeeding in first 6 months excluding water or any other complementary foods should be emphasised and mothers should gain confidence about nursing.

Key words: Breastfeeding, breast milk, sociodemographic factors

Giris

Anne sütü, yenidoğanın morbidite ve mortalitesini azaltan, fiziksel, ruhsal ve zihinsel gelişimi için gerekli tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini barındıran, biyoyararlanımı yüksek, sindirimi kolay, doğal bir besindir. Emzirme, anne ve bebek üzerinde biyolojik ve duygusal bir etkiye sahip olup hem anne hem de bebek için immünolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik pek çok yararı söz konusudur.⁽¹⁻⁴⁾ Anne sütünün yerini alacak hiçbir ideal besin yoktur.⁽⁵⁾ İnek sütü ya da mama kullanmaya nazaran anne sütü daha ekonomik olup hazırlanma ve saklanma sorunu yoktur. Her zaman hazır ve temiz olmasının yanı sıra bakteriyostatik özelliği vardır.

Anne sütü ile besleme; biberon, tabak, kaşık, buzdolabı ve ocak gibi araç-gereç, temizleme ve ısıtma koşullarını gerektirmez, pratik ve kolaydır.⁽⁶⁾ Anne sütü ile besleme, anne ile bebek arasındaki iletişimi sağlar. Anne ve çocuk arasındaki psikolojik bağın bir an önce sağlanması için doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde bebek emzirilmeli, bebekle annenin aynı odayı paylaşmaları sağlanmalı ve bebek her ağladıkça emzirilmelidir.⁽³⁾

Doğumdan kısa bir süre sonra oluşabilecek emzirme sorunlarını önlemek için anne ve aileler uyarılmalı ve emzirme eğitimi her anneye mutlaka verilmelidir. Böylelikle birçok laktasyon yetersizliği sorunu önlenir. Doğumdan sonraki ilk birkaç gün yüksek protein, düşük yağ ve laktoz içeren kolostrum üretilir. Kolostrum, besinsel değer taşımalarının yanında daha çok immünolojik ve gelişimsel özelliklere sahiptir. Bu nedenle bebeğe bir damlası bile ziyan edilmeden mutlaka verilmelidir.⁽⁷⁾

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) tüm bebeklerin doğumdan itibaren ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmelerini, 7. ayda ek gıdalara başlanılmasını ve 2 yaşına kadar anne sütünün devamını önermektedir.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Anne sütünün yaygınlaşması için tüm Dünya’da çeşitli sağlık uygulamaları yapılmaktadır. Sanayi devrimi ve kadınların iş yaşamına girmesiyle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erken anne sütüne başlansa bile, anne sütünün de-

vamında ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar hükümet programlarına alınarak anne sütünün teşvikine yönelik yasal değişiklikler ve sivil toplum kampanyaları başlatılmıştır.^(11,12)

Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF uluslararası platformda 1992 yılında “Bebek Dostu Hastane” uygulamasını başlatmış ve anne sütünün artırılması için özellikle gelişmekte olan ülkelerde pratik uygulamalar geliştirmiştir. Ülkemizde de, 1991 yılından bugüne kadar UNICEF işbirliğinde temel amacı emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi olan “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” adı altında sürdürülmektedir. Bu yaklaşım birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de anne sütü ile beslenme oranının artırılmasına yönelik hastane uygulamalarında gözle görünür değişikliklere neden olmuştur.⁽¹³⁻¹⁵⁾ Anne sütü bebek için en ideal besin olduğundan her bebeğin anne sütü ile beslenme hakkı olduğu unutulmamalıdır. Bunu sağlamak için toplumun bütün kesimleri emzirme konusunda bilgilendirilmeli ve bu alandaki eğitim olanaklarına kavuşmaları sağlanmalıdır.⁽¹⁶⁾

Bu çalışmada anne sütü ile besleme uygulamalarına etki eden sosyodemografik faktörleri belirlemek, anne sütü ve emzirmeye ilişkin annelerin bilgi düzeyini saptamak ve yetersiz anne sütü verilmesinin nedenlerini araştırarak, anne sütünün öneme vurgu yapmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmanın etik kurul onayı 31.05.2017 tarihinde Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden (Karar No:496) alındı. İstanbul Avrupa yakasında bir aile hekimliği birimi ve İstanbul Anadolu yakasında başka bir aile hekimliği birimine Mayıs 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında başvuran 17-43 yaş arası postpartum dönemdeki 201 kadın gönüllü çalışmaya alındı. Hasta sosyodemografik özellikleri ve başvuru sayıları benzer olduğu için bu şekilde İstanbul’un her iki yakasından birer aile hekimliği birimi tercih edildi. Çalışma sonuçlarına göre ilerleyen dönemlerde daha fazla aile hekimliği birimi de çalışmaya eklenerek daha geniş içerikli ve kapsamlı yeni bir çalışma düzenlenmesi planlandı. Anket formundaki

20 soru, hastalara bilgi verilip onamları alındıktan sonra tek bir araştırmacı tarafından dolduruldu. Yaş aralığına uymayan ve emzirmeye başlamamış postpartum dönemdeki anneler çalışmaya alınmadı. Katılımcıların sosyodemografik profiline yönelik; anne yaşı, eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, ailenin gelir düzeyi, çocuk sayısı gibi sorular soruldu. Bebeğin cinsiyeti, yaşı, doğum ağırlığı, annenin doğum şekli, bebeğin doğumdan ne kadar süre sonra anne sütü aldığı değerlendirildi.

Annenin emzirmeye ilişkin bilgi durumuna yönelik; “Emzirmeye doğum sonrası ne zaman başlanmalı”, “anne sütü hakkında herhangi bir eğitim aldı mı”, “anne sütünün önemi hakkında bilgisi var mı”, “bebeğe verilmesi gereken ilk besin hangisi”, “su bebeğe ilk 6 ay verilmeli mi”, “kolostrum bebeğe verilmeli mi”, “sadece anne sütü ne kadar süre verilmeli”, “toplam anne sütü ne kadar süre verilmeli” şeklindeki sorulara cevap arandı. Annenin ne kadar süre emzirmeyi düşündüğü ve yetersiz anne sütü verilme nedenleri de sorgulandı. Annelerin anne sütü ve emzirmeye ilişkin sorulara vermiş oldukları cevaplar toplanarak bir bilgi düzeyi puanı hesaplandı. Elde edilen puan doğru cevap sayısı 1 ile 6 cevap arasında değişmekteydi. Bu puanı standart halde elde etmek amacıyla her bir sorunun ağırlığı olan 16,7 ile çarpılarak 100'lük skalaya çevrildi. NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher-Freeman-Halton test kullanıldı. Anlamlılık en az $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

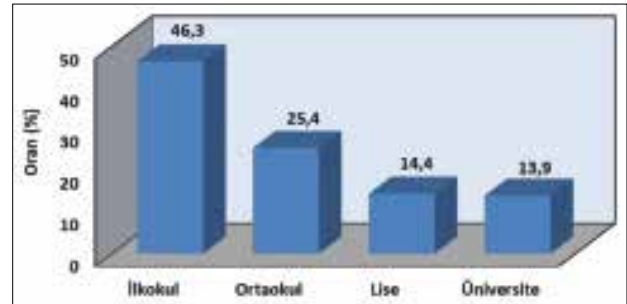
Bulgular

Çalışmaya 201 anne katılmış olup, annelerin yaş ortalaması 27,46 olarak saptanmıştır. Annelerin eğitim düzeyleri incelendiğinde; %46,3'nün (n=93) ilkokul mezunu, %25,4'ünün (n=51) ortaokul mezunu oldukları, yani katılımcıların yaklaşık yarısının eğitim düzeylerinin çok düşük olduğu saptanmıştır. Annelerin %30,8'inin (n=62) 1 çocuğu, %43,3'ünün (n=87) 2 çocuğu ve %25,9'unun (n=52) 3 ve daha çok sayıda çocuğu bulunmaktadır (Şekil 1).

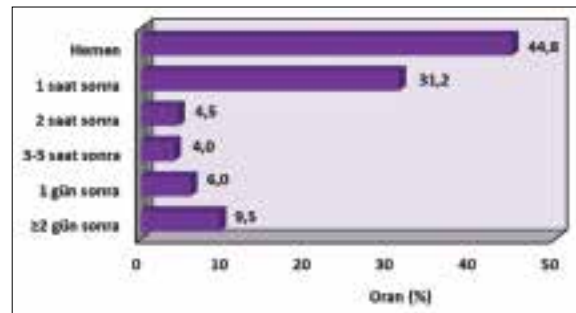
Annelerin %22,4'ünün (n=45) yani yaklaşık her 5 kadından sadece bir tanesinin çalıştığı bulunmuştur. Annelerin %65,6'sının (n=132) ailesi orta düzeyde gelire sahipken, sadece 13 kadının ailesinin yüksek gelir düzeyine sahip olduğu görülmüştür. %27,9'unda (n=56) ise aile gelir düzeyi düşük olarak tanımlanmıştır (Tablo 1).

Bebeklerin %52,2'si kız, %47,8'i erkektir. Anket çalışmasına dahil edilen çocukların tanımlayıcı özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir. Çalışmamıza katılan bebeklerin %76'sı (n:153) gibi büyük bir oranının doğum sonrasında ilk birinci saatte anne sütü almaya başladığı görülmektedir (Şekil 2).

Annelerin, anne sütü eğitimi alma durumlarının,



Şekil 1. Annelerin eğitim düzeyleri.



Şekil 2. Bebeklerin ilk anne sütü alma zamanları.

planladıkları emzirme süreleri ve yetersiz anne sütü verme nedenleri sorgulandığında çalışmamıza katılan annelerin %56,7'sinin (n=114) anne sütü konusunda eğitim aldığı, %92,0'sinin (n=185) anne sütünün önemi hakkında bilgisinin olduğu görülmektedir.

Düşünülen emzirme süreleri incelendiğinde; annelerin küçük bir kısmının %3,5'inin (n=7) emzirmeye yeni başlamışken devam etmeyi hiç düşünmediği, %3,0'ünün (n=6) 0-6 ay arasında emzirmeyi planladığı, %8,5'inin (n=17) 6-12 ay arasında emzirmeyi düşündüğü görülmüşken, annelerin büyük bir kısmının %73,6 (n=148) 12-24 ay ve %11,4 (n=23)

24 ay ve üzeri emzirmeyi planladığı görülmektedir.

Annelere yetersiz emzirme süreleri, erken mama veya ek gıdaya başlama nedenleri ile ilgili sorular sorulduğundaysa, %42,8 (n=86) gibi büyük çoğunluğu bebeğin büyümesinde geri kalacağı endişesinden dolayı bebeğine yetersiz anne sütü verdiğini ifade ederken; %22,4'ü (n=45) herhangi bir yetersizlik yaşamadığını belirtmiştir (Tablo 3).

Annelerin, emzirmeye ilişkin bilgi durumuna yönelik yapılan sorgulamada ise; emzirmeye başlama zamanı ilk 1 saat olmalı diyerek doğru cevap veren anne oranı %81,6 (n=164); bebeğe verilmesi gereken ilk besin anne sütü olmalı diyerek doğru cevap veren anne oranı %98,0 (n=197) saptanmıştır. Bilgi düzeyi puanları 0 ile 100 arasında değişmekte olup, ortalama $80,40 \pm 24,08$ bulunmuştur (Tablo 4).

Annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile gelir düzeyi ve çocuk sayısı gibi annenin tanımlayıcı özellikleri ile anne sütü ve emzirme bilgi düzeyleri arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde alınan sonuçlar Tablo 5'de özetlenmiştir. Anne yaşı ve annenin eğitim düzeyi ile anne sütü ve emzirme bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış iken ($p=0,291$; $p=0,648$) annenin çalışma durumu ve ailenin gelir düzeyiyle, anne sütü ve emzirme bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; çalışan ve gelir durumu yüksek olan annelerin bilgi düzeyi, çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Gelir düzeyi konusunda anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; düşük gelirli annelerin bilgi düzeyi, orta düzey ($p=0,001$) ve yüksek gelirli ($p=0,002$) annelerden düşük bulunmuştur. Orta düzey ve yüksek gelirli annelerin bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çocuk sayısına göre de anne sütü ve emzirme bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Anlamlı farklılığa neden olan grubu saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; iki çocuğu olan annelerin bilgi düzeyi, bir çocuğu ($p=0,001$), üç ve daha çok sayıda çocuğu ($p=0,014$) olan annelerden yüksek

Tablo 1. Anne tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları

Anne Tanımlayıcı Özellikleri		n (%)
Yaş (yıl)	MİN-MAK (Medyan)	17-43 (26)
	OrtaS	27,46±6,61
Eğitim düzeyi	İlkokul	93 (46,3)
	Ortaokul	51 (25,4)
	Lise	29 (14,4)
	Üniversite	28 (13,9)
Çalışma durumu	Evet	45 (22,4)
	Hayır	156 (77,6)
Aile gelir düzeyi	Düşük	56 (27,9)
	Orta	132 (65,6)
	Yüksek	13 (6,5)
Çocuk sayısı	1 çocuk	62 (30,8)
	2 çocuk	87 (43,3)
	≥3 çocuk	52 (25,9)

Tablo 2. Bebek tanımlayıcı özelliklerini n dağılımları

Bebek Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımları		n (%)
Cinsiyet	Kız	105 (52,2)
	Erkek	96 (47,8)
Yaş (ay)	MİN-MAK (Medyan)	0-30 (1)
	OrtaS	4,30±6,56
Doğum ağırlığı (gr)	<2500 gr	29 (14,4)
	2500-4000 gr	168 (83,6)
	>4000 gr	4 (2,0)
Doğum şekli	NSD	83 (41,3)
	CX	118 (58,7)
İlk anne sütü alma zamanı	Hemen	90 (44,8)
	1 saat sonra	63 (31,2)
	2 saat sonra	9 (4,5)
	3-5 saat sonra	8 (4,0)
	1 gün sonra	12 (6,0)
	≥2 gün sonra	19 (9,5)

bulunmuştur. Bir çocuğu, üç ve daha çok sayıda çocuğu olan annelerin bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Annenin yaşı, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile gelir düzeyi ve çocuk sayısı gibi annenin ve ailenin tanımlayıcı özellikler ile anne sütü eğitimi alan ve almayan gruplar kıyaslandığında ise çalışan annelerde anne sütü eğitimi alma durumunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup;

Tablo 3. Annelerin, anne sütü eğitimi alma durumlarının, düşündükleri emzirme sürelerinin ve yetersiz anne sütü verme nedenlerini dağılımları

Anne Sütü Özellikleri		n (%)
Anne sütü konusunda eğitim alma durumu	Evet	114 (56,7)
	Hayır	87 (43,3)
Anne sütünün önemi hakkında bilgi durumu	Evet	185 (92,0)
	Hayır	16 (8,0)
Düşünülen emzirme süreleri	Hiç	7 (3,5)
	0-6 ay	6 (3,0)
	6-12 ay	17 (8,5)
	12-24 ay	148 (73,6)
	>24 ay	23 (11,4)
Yetersiz anne sütü verilme nedenleri	Yetersiz süt	30 (14,9)
	Büyümenin geri kalma endişesi	86 (42,8)
	Bebegün almaması	28 (13,9)
	Annenin sağlık sorunu	8 (4,0)
	Diğer	4 (2,0)
	Yetersizlik yok	45 (22,4)

Tablo 4. Annelerin anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerinin dağılımları

Anne Sütü ve Emzirme Bilgi Düzeyi		n (%)
Emzirmeye başlama zamanı?	İlk 1 saat	164 (81,6)
	1 saatten sonra	9 (4,5)
	Fikri yok	28 (13,9)
Bebeye verilmesi gereken ilk besin ne olmalı?	Anne sütü	197 (98,0)
	Su	1 (0,5)
	Şekerli su	2 (1,0)
Su bebeğe ilk 6 ay verilmeli mi?	Evet	41 (20,4)
	Hayır	158 (78,6)
	Fikri yok	2 (1,0)
Kolostrum bebeğe verilmeli mi?	Evet	181 (90,0)
	Hayır	3 (1,5)
	Fikri yok	17 (8,5)
Sadece anne sütü ne kadar süre verilmeli?	Hiç	12 (6,0)
	0-6 ay	178 (88,6)
	6-12 ay	10 (5,0)
	>24 ay	1 (0,5)
Toplam anne sütü vermüresi ne kadar?	0-6 ay	67 (33,3)
	6-12 ay	72 (35,8)
	12-24 ay	59 (29,4)
	>24 ay	3 (1,5)
Bilgi düzeyi	30-100 (Medyan)	0-100 (80)
	Orta-Sa	80,40=24,08

Sorulara ait doğru cevaplar tabloda italik ve kalın olarak belirtilmiştir.

çalışan annelerde eğitim alma oranı, çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Yine aile gelir düzeyine göre; anne sütü eğitimi alma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,012$). Geliri düşük olan annelerde eğitim alma oranı, orta gelirli ve yüksek gelirli annelerden düşük bulunmuştur. Çocuk sayısına göre de yine, anne sütü eğitimi alma durumu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$). İki çocuğu olan annelerde eğitim alma oranı, bir çocuğu olanlardan, üç ve daha fazla çocuğu olanlardan yüksek bulunmuştur.

Emzirmeye başlama zamanı için verilen cevaplarda; eğitim alan grupta doğru cevap verme oranının, eğitim almayan gruptan istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülecek kadar yüksek olduğu ($p=0,001$), eğitim alan ve almayan gruplar arasında bebeğe verilmesi gereken ilk besin konusundaysa verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Eğitim alma durumuna göre bebeğe ilk 6 ay su verilmesi ile ilgili cevaplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Eğitim alan grupta doğru cevap verme oranı, eğitim almayan gruptan yüksek bulunmuştur.

Eğitim alma durumuna göre bebeğe kolostrum verilmesi ile ilgili cevaplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Eğitim alan grupta doğru cevap verme oranı, eğitim almayan gruptan yüksek bulunmuştur. Eğitim alma durumuna göre sadece anne sütü verilme zamanı için verilen cevaplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,003$). Eğitim alan grupta doğru cevap verme oranı, eğitim almayan gruptan yüksek bulunmuştur. Eğitim alma durumuna göre toplam anne sütü verilme zamanı için verilen cevaplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$). Eğitim alan grupta doğru cevap verme oranı, eğitim almayan gruptan yüksek bulunmuştur. Anne sütü eğitimi alma durumuna göre, anne sütü ve emzirme bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış; eğitim alan annelerin bilgi düzeyi eğitim almayanlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Tartışma ve Sonuç

Çalışmamızda anne sütü ile besleme uygulamalarına etki eden sosyodemografik faktörler, anne sütü ve emzirmeye ilişkin annelerin bilgi düzeyi ve yetersiz anne sütü verilmesinin nedenleri araştırılmış ve bulgularımız ile literatürler karşılaştırılmıştır.

Çalışmaya katılan 201 bebeğin ilk bir saat içinde anne sütü alma oranı %75 olarak saptanırken, iki saat %4,5, üç ila beş saat içinde %4, bir gün sonra %6 ve 2 gün ve daha sonra anne sütü almıyorsa %9,5 olarak saptanmıştır. Gün ve ark⁽¹⁷⁾'nin Kayseri ilinde yapmış oldukları çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak ilk bir saat içinde anne sütü alma oranı %80 olarak saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre Türkiye'de bebeklerin %50'sinin ilk 1 saat içinde emzirildiği söylenmektedir.⁽¹⁸⁾ Bizim araştırmamızın

sonuçlarının Türkiye ortalamasından çok daha yüksek bulunması coğrafi bölgeler ve şehirler arası olduğu kadar kır-kent arası farklar ile de ilişkili olabilir. Literatürde annenin eğitim düzeyi ile emzirmeye başlama süresi arasında pozitif bir korelasyon olduğu gösterilmiştir.^(19,20) Bizim çalışmamızda bu ilişkinin gösterilememiş olması çalışmamıza katılan annelerin eğitim düzeylerinin yaklaşık yarısının düşük eğitim düzeyine sahip olması ve çalışmaya katılan annelerin eğitim düzeyleri arasında dengeli bir dağılımın olmaması olabilir.

Çalışmaya alınan bebeklerin %100'ü bir süre anne sütü almıştı, Telatar ve ark.⁽²¹⁾'nin çalışmasında bu oran %98 iken, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerinde Türkiye geneli olan %96 ile uyumludur. Türkiye'de de aynı dünyada olduğu gibi bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütüyle

Tablo 5. Anne tanımlayıcı özelliklerine göre anne sütü ve emzirme bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi

	n	Anne Sütü ve Emzirme Bilgi Düzeyi		p
		Ort±Ss		
Yaş (yıl)				
r	201		0,075	
p			0,291	
Eğitim düzeyi				
İlkokul	93		80,86±25,52	^a 0,648
Ortaokul	51		78,04±25,06	
Lise	29		84,83±19,02	
Üniversite	28		78,57±22,40	
Çalışma durumu				
Evet	45		90,22±17,38	^a 0,001**
Hayır	156		77,56±25,03	
Aile gelir düzeyi				
Düşük	56		68,93±27,74	^a 0,001**
Orta	132		84,24±21,41	
Yüksek	13		90,77±15,53	
Çocuk sayısı				
1 çocuk	62		71,94±26,97	^a 0,001**
2 çocuk	87		88,51±19,44	
≥3 çocuk	52		76,92±23,56	

r: Pearson Korelasyon Katsayısı, ^aStudent t Test, ^aOneway ANOVA Test, **p<0,01

beslenmesi hakkında pek çok teşvik edici yeni hukuki düzenlemeler ve anneleri özendirici çalışmalar yapılmasına rağmen yine TNSA 2013 verilerinde (18) ilk iki ay sadece anne sütü alan bebek oranının %57,9 olduğunu göstermektedir. Bu oran progresif olarak azalmakta, 4-5 aylık bebeklerde %9,5'e, 6-9 aylık bebeklerde ise %2,4'e kadar düşmektedir.

Bu sorunların temel nedenleri olarak, annenin düşük eğitim düzeyi, iş hayatına dönmesi, emzirmeye geç ek gıdaya erken başlaması, emzirme konusunda eğitimsizlik, emzirme eğitiminde anneye sağlık personeli tarafından destek olunamaması ya da yetersiz destek olunması, aile içi desteğin olmayışı, ilk besin olarak su veya şekerli su verilmesi, biberon ve emzik kullanılması gibi faktörler gösterilmiştir.⁽²²⁾ Bizim çalışmamızda annelerin planladığı emzirme süreleri incelendiğinde; %3,5'i (n=7) emzirmeye henüz yeni başlamış olduğu halde devam etmeyi hiç düşünmezken, %85'i (n=171) en az 1 yıl ve üzeri sürelerde emzirmeyi planladıklarını ifade etmiştir. İlk 6 ay sadece anne sütü vermeme, erken dönemde ek gıda veya mamaya başlama nedenlerine bakıldığında; annelerin %14,9'u yetersiz sütü olduğu ve %42,8'i bebeğinin büyümesinin geri kalmasından endişe duyduğu için, %13,9'u bebeğinin sütü almamasından, %4'ü sağlık sorunlarından ve %2'si ise diğer nedenlerden dolayı idi.

Annelerin sadece %22,4'ü yani yaklaşık her 5 anneden sadece bir tanesi herhangi bir yetersizlik yaşamadığını ve bebeğine sadece anne sütü verdiğini belirtmiştir. Bu oranın anne sütünün yeterliliği konusunda annelere gerekli bilgilendirmenin ya yapılmadığı ya da eksik yapıldığının bir göstergesi olduğunu düşünmekteyiz. Ünsal ve ark.'nın⁽²³⁾ yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde doğum sonrası annelerin emzirmeye başlama oranı çok yüksek iken %97, 6. ayda sadece anne sütü verme oranı %8,7 düzeyine inmiş.

Çalışmaya katılan annelerin %56,7'sinin anne sütü konusunda eğitim aldığını ifade ettiği halde, %92,0'ının (n=185) anne sütünün önemi hakkında bilgisinin olduğunu ifade etmesi de dikkat çekicidir.

Ülkemizde Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) gebeliğin 24. haftası sonrasında anne sütü eğitimi ve emzirme eğitimi verilmeye başlanmaktadır. Gebelik döneminde ve postpartum her ziyaret ve muayenede anne sütü ve emzirme danışmanlığı verilmeye devam edildiği halde annelerin sadece %56,7'sinin bu eğitimi aldığını ifade etmesi birinci basamakta verilen eğitimlerin annelerde tam olarak bir özgüven oluşturmadığını da düşündürmektedir. Anneler belirli davranışların onları istendik sonuca götürebileceğine inanabilirler, fakat bu davranışı yürütebilme ile ilgili hissettikleri özyeterlilik düşük olabilmektedir. Örneğin, anne bebeğine mama vermektan kaçınması gerektiğine inanmaktadır.

Fakat aynı zamanda süt üretiminin yeterliliğini sağlama ve sütünün bebeğine yetip yetmediği konusunda karar veremiyorsa bebeğine mama vermemesi olanaksızdır. Bu nedenle annenin emzirmeyi başarılı bir şekilde yerine getirebilmesi için hem belirli bir davranışın onları istendik sonuca götüreceğine inanmalı (örneğin emzirmeyi sürdürmek) hem de bu davranışı gerçekleştirme konusunda özgüvene sahip olmalıdır.⁽²⁴⁾

Çalışan ve gelir durumu yüksek olan annelerin anne sütü bilgi düzeyi, çalışmayanlardan yüksek bulunmuştur. Annelerin anne sütü konusunda eğitim alma durumlarına göre, anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; "emzirmeye başlama zamanı", "ilk 6 ayda bebeğe su verilir mi", "kolostrum bebeğe verilmeli midir", "bebeğe sadece anne sütü verilmesi gereken süre ve toplam anne sütü verilmesi gereken süreler" konusundaki sorulara eğitim alanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla doğru yanıt verdiği görülmektedir.

Annelerin çalışmadığı durumlarda annenin bilgi edinebileceği ve deneyim paylaşabileceği kişiler anne babası, kardeşleri, yakın akrabaları, komşuları gibi küçük, birbirine benzer kültür ve sosyal çevreden gelen kapalı bir ortam söz konusuysen, çalışan annelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek

olması farklı kültürel ve sosyal ortamlarda bulunan pek çok farklı kişi ile iletişim halinde olmalarından kaynaklanıyor olması oldukça mümkün gözükmektedir. Eğitim düzeyi ne olursa olsun evinden dışarıda çalışan kadınların anne sütü ve emzirme konusunda bilgi düzeylerinin çalışmayan kadınlara oranla daha yüksek olmasının yanı sıra, ironik olarak çalışan kadınların doğum sonrası işe dönmeleri pek çok çalışmada yetersiz anne sütü alımının sebepleri arasında da geçmektedir.⁽²⁵⁾

Literatürde Türkiye’de kadınların çoğunun ailede yaşanan geçim sıkıntısı ve ekonomik koşulların zorlaması nedeniyle çalışma hayatına atıldığını gösteren yayınlar mevcuttur. İş hayatındaki anneler özellikle ailedeki baba, koca veya ağabeylerin çalışmalarına izin vermekten başka çareleri olmadığı için çalışmalarına izin verildiğini ifade etmektedirler.⁽²⁶⁾

Sonuç olarak; çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde anne sütünün içeriği, önemi ve yeterliliği, sadece anne sütü ile besleme, emzirmenin devamını sağlama ve ek gıdaya geçme zamanı konusunda annelerin bilgi gereksinimi olduğu aşıkardır. Bu konuda gebelik boyunca takiplerin yapıldığı birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile sağlığı merkezlerindeki hekim, ebe ve hemşirelere büyük rol düşmekte-

dir. Halihazırda sağlık bakanlığının “bebek dostu” uygulamasıyla zaten aile sağlığı merkezlerindeki hekim, ebe ve hemşireler annelere emzirme ve anne sütünün önemi konusunda gerekli eğitimi verecek donanıma sahiptirler. Annelere, kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezlerinde gebelik takipleri boyunca her seferinde mucizevi bir besin olan anne sütünün önemi anlatılmalı, doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirmeye başlanmanın sağlanması, kolostrumun bebeğe mutlaka verilmesi ve bebeğin ilk 6 ay su dahil hiçbir ek besine ihtiyacı olmadığı, sadece anne sütünün yeterli olduğu hususunda anneler ikna edilmelidir.

Doğum sonrası dönemde de annelere doğum yaptıkları hastanede uygulamalı olarak ebe/hemşireler tarafından gerekli bilgiler verilmelidir. Böylelikle doğum öncesi aile sağlığı merkezlerinde başlayan ve doğum sonrası dönemde hastanede pekiştirilen eğitimlerin emzirmeyi destekleyeceği son derece açıktır. Anne sütünü verme devamlılığının sağlanması için anne psikolojik açıdan desteklenmeli ve çevreden gelecek negatif sosyal etkilerin engellenmesi hususunda da toplumun genelini kapsayacak eğitimler verilip, kamu spotları ve bilgi içerikli yayınlar hazırlanmalıdır.

Postpartum Dönemdeki Annelerin Emzirme Ve Anne Sütünün Önemi Hakkındaki Bilgilerinin Değerlendirilmesi

1. Anne yaşı
 - 1. Evet
 - 2. Hayır
2. Anne eğitim düzeyi
 - 1. Okur-yazar değil
 - 2. İlkokul
 - 3. Ortaokul
 - 4. Lise
 - 5. Üniversite
 - 6. Yüksek lisans ve üzeri
3. Anne çalışıyor mu?
 - 1. Evet
 - 2. Hayır
4. Ailenin gelir düzeyi
 - 1. Düşük
 - 2. Orta
 - 3. Yüksek
5. Kaçınıcı çocuk
 - 1. 1
 - 2. 2
 - 3. 3 ve üzeri
6. Çocuğun cinsiyeti
 - 1. K
 - 2. E
7. Çocuğun ay/yaş durumu
8. Çocuğun doğum ağırlığı
 - 1. <2500
 - 2. 2500-4000
 - 3. >4000
9. Doğum şekli
 - 1. NSD
 - 2. CX
10. Bebek doğumdan ne kadar süre sonra anne sütü aldı?
 - 1. Hemen
 - 2. 1 saat sonra
 - 3. 2 saat sonra
 - 4. 3-24 saat
 - 5. 1 gün sonra
 - 6. ≥ 2 gün sonra
11. Emzirmeye doğumdan ne kadar süre sonra başlanmalı?
 - 1. İlk 1 saat
 - 2. 1 saatten sonra
 - 3. Fikri yok
12. Anne sütü konusunda herhangi bir eğitim aldı mı?
 - 1. Evet
 - 2. Hayır
13. Anne sütünün önemi hakkında bilgisi var mı?
 - 1. Evet
 - 2. Hayır
14. Bebeğe verilmesi gereken ilk besin hangisi?
 - 1. Anne sütü
 - 2. Su
 - 3. Şekerli su vs.
 - 4. Fikri yok
15. Su bebeğe ilk 6 ay verilmeli mi?
 - 1. Evet
 - 2. Hayır
 - 3. Fikri yok
16. Kolostrum bebeğe verilmeli mi?
 - 1. Evet
 - 2. Hayır
 - 3. Fikri yok
17. Sadece anne sütü ne kadar süre verilmeli?
 - 1. Hiç
 - 2. 0-6 ay
 - 3. 6-12 ay
 - 4. 12-24 ay
 - 5. >24 ay
18. Toplam anne sütü ne kadar süre verilmeli?
 - 1. Hiç
 - 2. 0-6 ay
 - 3. 6-12 ay
 - 4. 12-24 ay
 - 5. >24 ay
19. Düşünülen emzirme süresi nedir?
 - 1. Hiç
 - 2. 0-6 ay
 - 3. 6-12 ay
 - 4. 12-24 ay
 - 5. >24 ay
20. Yetersiz anne sütü verilme nedenleri nelerdir?
 - 1. Sütün yetersizliği
 - 2. Büyümenin geri kalma endişesi
 - 3. Bebeğin almaması
 - 4. Annenin sağlık sorunu
 - 5. Diğer
 - 6. Yetersizlik yok

Kaynaklar

- American Academy of Pediatrics, Work Group on breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100:1035-9.
- Samur G. Gebelik ve Emziklik Döneminde Beslenme. 1. Baskı. Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Yayını No:726, 2008.
- Coşkun T. Anne sütü ile beslenme. *Katki Pediatri Dergisi* 2003;2:163-83.
- Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:253-62.
- Baysal A. Beslenme. 10. Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 2004:442-6.
- Coutsoudis A, Bentley J. Infant feeding. *Public Health Nutrition*'da. Eds. Gibney MJ, Margetts BM, Kearney JM, Arab L. UK, Blackwell Science, 2004; 264-82.
- Bosi Bağcı T. Bebek beslenmesi, anne sütü. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*'de. Ed. Güler Ç, Akın L. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006; 795-803.
- Zetterstrom R. Breastfeeding and infant-mother interaction. *Acta Paediatr Suppl* 1999;88:1-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.1999.tb01293.x> sayfasından 02.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
- Innocenti declaration. World Health Organization and United Nations Children's Fund, Geneva, 1990.
- Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a systematic review. Geneva, World Health Organization, Department of Nutrition for Health and Development and Department of Child and Adolescent Health and Development, 2001.
- Agboado G, Michel E, Jackson E, Verma A. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. *BMC Pediatr* 2010;10:3-7. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-10-3> PMID:20105284 PMCID:2828426
- Qiu L, Zhao Y, Binns CW, Lee AH, Xie X. Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban and rural areas of Zhejiang China. *Int Breastfeed J* 2009;4:1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1746-4358-4-1> PMID:19175909 PMCID:2637253.
- Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth* 2002;29:124-31. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00172.x> PMID:12000413.
- Orun E, Yalcin SS, Madendag Y, Ustunyurt-Eras Z, Kutluk S, Yurdakok K. Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *Turk J Pediatr* 2010;52:10-6. PMID:20402061.
- Sağlık Bakanlığı. Ana ve çocuk sağlığı beslenme programı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10965/ana-ve-cocuk-beslenmesiprogrami.html?vurgu=bebek+dostu> sayfasından 20.06.2010 tarihinde erişilmiştir.
- Bağcı T. Gebe, emzikli ve bebek beslenmesi. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*'de. Eds. Bertan M, Güler Ç. İkinci baskı. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd.Şti, 1997;299-300.
- Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O ve ark. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009;52:176-82.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ulusal Toplantı TNSA 2013 Sonuçları. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonuc_sunum_2122014.pdf. sayfasından 20.06.2010 tarihinde erişilmiştir.
- İnanç BB. 15-49 yaş arası annelerin anne sütü ile ilgili uygulamaları ve etki eden faktörler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2013;17:51-5.
- Van Rossem L, Oenema A, Steegers EA, Moll HA, Jaddoe VW, Hofman A, et al. Are starting and continuing breastfeeding related to educational background? The generation R study. *Pediatrics* 2009;123(6):e1017-27.
- Telatar B, Vitrinel A, Akın Y, Cömert S. Hastanemiz sağlam çocuk polikliniğinden izlenen bebeklerde anne sütü ile beslenme durumu. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2008;4:144-7.
- Toryiama ATM, Fujimon E, Palombo CNT, Duarte LS, Borges ALV, Chofakian CBN. Breastfeeding: what changed after a decade? *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2017;25:e2941 DOI: 10.1590/1518-8345.1858.2941 www.eerp.usp.br/rlae sayfasından 20.06.2010 tarihinde erişilmiştir.
- Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005; 48: 226-33.
- Tokat MA, Okumuş H. Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal Eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10 (1):21-9.
- Lakati A, Binns C, Stevenson M. Breastfeeding and the working mother in Nairobi. *Public Health Nutr* 2002; 5:715-718.
- Özçatal E Ö. Ataerkillik, toplumsal cinsiyet ve kadının çalışma yaşamına katılımı. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2011;1(1):21-29.

Geliş tarihi: 17/10/2018

Kabul tarihi: 25/01/2019

Çevrimiçi yayın tarihi: 25/03/2019

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Selin Çakmak,

e-posta: duyguayhan@outlook.com

Aile hekimliğine başvuran bireylerde tip 2 diyabet risk düzeyinin belirlenmesi

Determination of type 2 diabetes risk levels in individuals applying to family medicine

Ercan Kulak¹, Berrin Berber², Hasan Temel³, Sena Nur Kutluay⁴, Murathan Yıldırım⁵,
Fatıma Nilay Dedeoğlu⁶, Serap Çifçili⁷, Dilşad Save⁸

¹ Ercan Kulak; Araştırma Görevlisi Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

² Berrin Berber; 3. sınıf öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

³ Hasan Temel; 3. sınıf öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

⁴ Sena Nur Kutluay; 3. sınıf öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

⁵ Murathan Yıldırım; 3. sınıf öğrencisi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

⁶ Fatıma Nilay Dedeoğlu; 2. sınıf öğrencisi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

⁷ Serap Çifçili; Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

⁸ Dilşad Save; Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Amaç: Tip 2 Diyabetes Mellitus (T2DM), dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olan kronik metabolik bir hastalıktır. Uzun yıllar boyunca asemptomatik olabilir ve ilerleyicidir. Buna bağlı olarak kronik komplikasyonların görülme riski ve hastalık yükü artmaktadır. Bu çalışma aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin diyabet risk düzeyini belirlemek, yüksek riskli olanları tanı ve müdahale için yönlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma herhangi bir nedenle aile hekimliği polikliniklerine başvuran 171 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan anket formu yüz yüze uygulanmış; boy, kilo ve bel çevresi ölçümü yapılmıştır. Anket formu katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve sağlık alışkanlıkları ile ilgili sorular yanı sıra Finlandiya Diyabet Risk Anketi'ni (FINDRISK) içermektedir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %61.4'ü kadın, yaş ortancası (25.p-75.p); 41 (33-52) olup; beden kütle indeksi (BKİ) ortancası 26,42 (23,83-31,14) kg/m^2 'dir. Kadınların bel çevresi ortalaması $90,63\pm 14,69$ (ort \pm ss) cm olup; erkeklerin ise $99,53\pm 12,81$ cm'dir. Tüm katılımcıların FINDRISK puan ortancası 10 (6-13) iken kadınların 11 (6-13) olup erkeklerin ise 8 (5-13)'dir. FINDRISK'e göre katılımcıların %19.3'ü yüksek-çok yüksek, %22.2'si orta, %58.5'i hafif-düşük diyabet risk düzeyinde yer almaktadır. FINDRISK puanı ile yaş, BKİ ve bel çevresi arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Aile hekimleri başta olmak üzere erişkin nüfusa hizmet veren klinisyenlerin günlük pratiklerinde kendilerine herhangi bir nedenle başvuran hastaları diyabet açısından taramaları önem arz etmektedir. FINDRISK bu amaçla kullanılabilir; hızlı ve kolay uygulanabilir olması yanı sıra basit, ucuz ve anlaşılır bir tarama yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Diabetes mellitus, risk, aile hekimliği

Summary

Objective: Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) is a chronic metabolic disease and an important public health problem worldwide. T2DM is a progressive disease and can exist without symptoms for many years. Therefore, the risk of chronic complications and the burden of disease increase. The aim of this study was to determine the diabetes risk level of the individuals who applied to the family medicine outpatient clinic and to guide the high-risk patients for diagnosis and intervention.

Methods: This descriptive study was carried out with the participation of 171 people who applied to family medicine outpatient clinics. The questionnaire form developed by the researchers was applied face to face; height, weight and waist circumferences were measured. The questionnaire included questions about the socio-demographic characteristics, disease and health habits of the participants, as well as The Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISK). The statistical significance level was accepted as $p<0.05$.

Results: The median (25.p-75.p) age of participants is 41 (33-52) and 61.4% (n:105) of the subjects were female; the median body mass index (BMI) is 26,42 (23,83-31,14) kg/m^2 . The mean waist circumference of the women is $90,63\pm 14,69$ cm (mean \pm sd); and $99,53\pm 12,81$ cm for males. The median FINDRISK scores of all participants were 10 (6-13), 11 (6-13) in women and 8 (5-13) in men. According to the FINDRISK, %19.3 of the individuals had a high to very high, %22.2 had a moderate and %58.5 had a slightly elevated-low risk for diabetes. There were positive and statistically significant correlations between FINDRISK scores and age, BMI and waist circumference.

Conclusion: It is important that clinicians especially family physicians, who serve the adult population should screen patients who apply for any reason for diabetes in their daily practices. FINDRISK which can be implemented quickly and easily is a simple, inexpensive and clear scanning method.

Key words: Diabetes mellitus, risk, family practice

Giriş

Diyabetes Mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisindeki defektlerden kaynaklanan, sürekli tıbbi bakım gerektiren ve hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır. Genetik, çevresel faktörler ve yaşam tarzı değişikliği başta olmak üzere multifaktöriyel sebepler sonucu ortaya çıkar. Tip 1, Tip 2 ve gestasyonel olmak üzere üç primer tipi olmakla birlikte diğer bazı spesifik tipleri de mevcuttur.⁽¹⁾

Tip 2 Diyabetes Mellitus (T2DM), dünya çapında milyonlarca insanı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur ve prevalansı beklenenden daha hızlı bir şekilde artmaktadır.⁽²⁾ Uluslararası Diyabet Federasyonu'na (IDF) göre 2017 yılı sonunda yaklaşık 425 milyon kişinin diyabet hastası olduğu ve 2045 yılında bu sayının %48 oranında artarak yaklaşık 630 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Diyabeti olan kişilerin yaklaşık %50'sinin hastalıklarının farkında olmadıkları ve bunların da dörtte üçünün düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı bilinmektedir.⁽³⁾ 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-2) çalışmasına göre Türkiye'de diyabet prevalansı 12 yılda (1998-2010) %7.2'den %13.7'ye ulaşmış; farkındalık düzeyi ise %45 olarak belirlenmiştir.⁽⁴⁾

Hastalığın erken evrelerinin genellikle asemptomatik seyretmesi geç tanı konulmasına neden olmaktadır. Bu asemptomatik süreçte, hastaların yaşam kalitesini ve beklenen yaşam süresini olumsuz yönde etkileyen major kardiyovasküler komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Geç tanı alan T2DM'li bireylerde bu komplikasyonların görülme riski belirgin şekilde artmaktadır.⁽⁵⁾ Dolayısıyla tüm sağlık çalışanlarının diyabet konusunda farkındalıklarının yüksek olması, kendilerine farklı nedenlerle başvuran bireyleri tarayarak T2DM açısından yüksek risklileri belirlemeleri oldukça önemlidir.⁽⁶⁾

Bu çalışma Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MÜPEAH) Aile Hekimliği

polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran daha önce diyabet tanısı almamış bireylerin diyabet risk düzeyini belirlemek ve yüksek riskli olanları tanı ve müdahale için yönlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, Şubat-Mart 2018 tarihleri arasında MÜPEAH Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran hastaların katılımı ile yapılmıştır. Çalışma iki aylık dönemde araştırmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 171 kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil olma kriterleri; 20-64 yaşları arasında olmak, T2DM tanısı almamış olmak, kognitif bozukluğu bulunmamak, duyma, anlama ve konuşma problemi olmamak, ayakta boy, kilo ve bel çevresi ölçümleri ile çalışmaya katılmaya gönüllü olmaydı. Araştırma hakkında bilgilendirilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan onam alınmıştır.

Araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan anket formu yüz yüze uygulanmış; boy, kilo ve bel çevresi ölçümü yapılmıştır. Anket formu katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, hastalık ve sağlık alışkanlıkları ile ilgili sorular yanı sıra Finlandiya Diyabet Risk Anketi'ni (FINDRISK) içermektedir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni, FINDRISK ile ölçülen gelecek on yılda diyabet olma risk düzeyidir. Bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı, beden kütle indeksi (BKİ), bel çevresi, egzersiz yapma durumu, sebze ve meyve tüketme sıklığı, tansiyon ilacı kullanma öyküsü, kan şekeri düzeyi yüksekliği öyküsü ve ailede diyabet öyküsüdür.

Katılımcıların boyları ayakkabıları çıkarılarak, ağırlıkları ise üstteki fazla giysiler çıktıktan sonra standart baskül ve boy ölçer aracılığıyla ölçülmüştür. $BKİ = \frac{\text{Ağırlık (kg)}}{\text{Boy (m)}^2}$ formülü ile hesaplanmıştır. Bel çevresi, arcus costarum ile processus spina iliaca anterior superior arasındaki en dar çap alınarak ölçülmüştür.

Finlandiya Diyabet Risk Anketi (FINDRISK)

Günümüzde erişkinlerde diyabet riskini değerlendiren araçlardan bir tanesi olan FINDRISK, Finlandiya’da 2003 yılında toplum tabanlı bir kohort çalışması sonucunda geliştirilmiştir. Katılımcılar başlangıçta anti-diyabetik ilaç kullanmayanlardan seçilmiş olup on yıl boyunca takip edilmişlerdir.⁽⁷⁾ IDF tarafından toplum tabanlı diyabet taramalarında kullanılan FINDRISK, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) tarafından Türkçeye çevrilmiştir ve ülkemiz için diyabet taramalarında önerilmektedir.⁽¹⁾ FINDRISK’ın Türkçe geçerliliğini ve güvenilirliğini değerlendiren metodolojik tipteki tez çalışmasında ölçeğin duyarlılığı %100, özgüllüğü %60.3, pozitif prediktif değeri %7.2 ve negatif prediktif değeri %100 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada FINDRISK skorunun yeni tanı konan T2DM’u öngörme gücü için çizilen ROC eğrisi altında kalan 0,802 olarak hesaplanmıştır.⁽⁸⁾

FINDRISK bireyin gelecek on yıl içinde diyabet olma riskini belirlemekte böylece yüksek riskli bireyleri ortaya koymakta ve tanı için bir ileri aşamaya geçilmesine imkân sunmaktadır. FINDRISK basit, kolay ve anlaşılır olup sekiz sorudan oluşmaktadır ve her bir sorunun ağırlığı farklıdır. FINDRISK’te yaş (0, 1, 2, 3 ve 4 puan), beden kütle indeksi (0, 1 ve 3 puan), bel çevresi (kadınlarda ve erkeklerde farklı değerlendirilmekte olup 0, 3 ve 4 puan), egzersiz yapma durumu (0 ve 2 puan), sebzemeyve tüketme sıklığı (0 ve 1 puan), antihipertansif tedavi öyküsü (0 ve 2 puan), hiperglisemi öyküsü (0 ve 5 puan) ve ailede diyabet öyküsü (0, 3 ve 5 puan) değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 26’dır. 15 puan ve üzerinde risk artmakta olup, bireylerin diyabet açısından laboratuvar yöntemleriyle taranması ve koruma programına alınması önerilmektedir.⁽⁷⁾

Tanımlayıcı verilerin sunulmasında sayı ve yüzde ile birlikte normal dağılım gösteren verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyen verilerde ortanca (medyan) ve 25.p ile 75.p kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunlu-

ğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbirleri ile olan ilişkisine non-parametrik Spearman Korelasyon Testi ile bakılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 08.12.2017 tarihinde 09.2017.721 protokol kodu ile etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan 171 kişinin %61.4’ü (n=105) kadın ve %80.7’si (n=138) evlidir. Araştırma grubunun %50.3’ü (n=86) ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %42.1’i (n=72) sigara, %19.3’ü (n=33) alkol kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların yaş ortancası (25.p-75.p); 41 (33-52) olup; BKİ ortancası 26, 42 (23, 83-31, 14) kg/m^2 ’dir. Kadınların bel çevresi ortalaması 90, $63 \pm 14,69$ (ort \pm ss) cm olup; erkeklerin ise 99, $53 \pm 12,81$ cm’dir. Tüm katılımcıların FINDRISK puan ortancası 10 (6-13) iken kadınların 11 (6-13) olup erkeklerin ise 8 (5-13)’dir. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin ayrıntı bilgileri **Tablo 1**’de verilmiştir.

FINDRISK ölçeğinden alınan toplam puana göre araştırmaya katılanların %19.3’ü (n=33) yüksek-çok yüksek riskli, %22.2’si (n=38) orta riskli, %58.5’i (n=100) hafif-düşük riskli kategoride yer almaktadır (**Tablo 2**). FINDRISK ölçeğini oluşturan değişkenlerin alt grupları ve katılımcılara ait puan dağılımları sayı ve yüzde olarak **Tablo 2**’de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Gelecek on yıl içinde diyabet olma riskini gösteren FINDRISK ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendiren analiz sonuçları **Tablo 3**’te sunulmuştur. Katılımcıların diyabet risk düzeyleri ile cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim düzeyi, sigara-alkol kullanma durumu arasında ilişki bulunmamıştır. Kronik hastalığı olanların %21.3’ü (n=13) yüksek riskli, %44.3’ü (n=27) düşük riskli;

kronik hastalığı olmayanların %17.3'ü (n=19) yüksek riskli, %66.4'ü (n=73) düşük risklidir. Kronik hastalık varlığı ile diyabet risk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde (p=0,01) ilişki bulunmuştur. Sebze ve meyve tüketme sıklığı ile diyabet risk düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Diyabet risk düzeyi ile yaş, BKİ, bel çevresi, günlük 30 dk egzersiz yapma durumu, tansiyon ilacı kullanma öyküsü, kan şekeri düzeyi yüksekliği öyküsü ve ailede diyabet öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (p<0,05) (Tablo 3).

Sürekli değişkenler arasındaki ilişki spearman korelasyon testi ile incelenmiştir. FINDRISK puanı;

yaş ile orta düzeyde pozitif yönde ileri derecede anlamlı (rho:0,419; p<0,001), BKİ ile ileri düzeyde pozitif yönde ileri derecede anlamlı (rho:0,668; p<0,001) ve bel çevresi ile orta düzeyde pozitif yönde ileri derecede anlamlı (rho:0,580; p<0,001) bir ilişkiye sahiptir (Tablo 4).

Tartışma

T2DM, uzun yıllar boyunca belirgin bir semptom vermeden varlığını sürdürebilen kronik metabolik bir hastalık olmakla birlikte günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Semptom olmayan dönemde hastalığı tespit etmek ve risk faktörlerine müdahale etmek suretiyle hastalığı önlemek ya da geciktirmek mümkündür.⁽⁵⁾ IDF, riskli kişilerin

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	105	61,4
	Erkek	66	38,6
Medeni durum	Evli	138	80,7
	Evli değil	33	19,3
Gelir durumu	Gelir giderden fazla	30	17,5
	Gelir gidere denk	120	70,2
	Gelir giderden az	21	12,3
Eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	86	50,3
	Lise	44	25,7
	Üniversite ve üstü	41	24,0
Sigara kullanma durumu	Kullanıyor	72	42,1
	Kullanmıyor	99	57,9
Alkol kullanma durumu	Kullanıyor	33	19,3
	Kullanmıyor	138	80,7
Kronik hastalık durumu	Var	61	35,7
	Yok	110	64,3
Toplam		171	100
	Kadın		Erkek
Yaş*	42 (35-51)		40,5 (32-53)
Beden kütle indeksi (kg/m ²)*	26,42 (23,58-31,61)		26,46 (24,33-29,38)
Bel çevresi (cm)**	90,63±14,69		99,53±12,81
FINDRISK puanı*	11 (6-13)		8 (5-13)

* Medyan (25.p.-75.p.) **Ortalama±Standart sapma

öncelikle geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış soru formları ile taranarak belirlenmesini ve ardından kan şekeri düzeyinin ölçülmesini önermektedir.⁽⁶⁾ Diyabet riski yüksek olan kişileri belirlemek için öneriler olmasına rağmen klinik pratikte henüz yerleşik uygulamalar bulunmamaktadır. Bu çalışmada FINDRISK kullanılarak katılımcıların diyabet risk dü-

zeyi ve ilişkili faktörler değerlendirilmiş olup yüksek riskli bireyler tanı ve gerekli müdahaleler için yönlendirilmiştir.

Araştırmaya katılanların %19.3'ü yüksek-çok yüksek risk, %22.2'si orta risk, %58.5'i ise hafif-düşük risk düzeyinde yer almaktadır. Diyabet risk düzeyi ve on yılda diyabet gelişme riski ilişkisi göz

Tablo 2. Katılımcıların FINDRISK puanlarının dağılımı

Özellikler	Gruplar (Puan)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (yıl)	18-44 (0)	100	58,5
	45-54 (2)	40	23,4
	55-64 (3)	31	18,1
Beden kütle indeksi (kg/m ²)	<25 (0)	65	38,0
	25-30 (1)	58	33,9
	>30 (3)	48	28,1
Bel çevresi erkek (cm)	<94 (0)	21	31,8
	94-102 (3)	19	28,8
	>102 (4)	26	39,4
Bel çevresi kadın (cm)	<80 (0)	29	27,6
	80-88 (3)	23	21,9
	>88 (4)	53	50,5
Günlük 30 dk egzersiz yapma	Evet (0)	70	40,9
	Hayır (2)	101	59,1
Sebze ve meyve tüketme sıklığı	Her gün (0)	103	60,2
	Her gün değil (1)	68	39,8
Tansiyon ilacı kullanma öyküsü	Hayır (0)	136	79,5
	Evet (2)	35	20,5
Kan şekeri düzeyi yüksekliği öyküsü	Hayır (0)	148	86,5
	Evet (5)	23	13,5
Ailede diyabet öyküsü	Hayır (0)	76	44,4
	İkinci dereceden akraba (3)	38	22,2
	Birinci dereceden akraba (5)	57	33,3
Diyabet risk düzeyi (Toplam puan, 10 yılda diyabet gelişme riski)	Düşük (<7, 1/100)	51	29,8
	Hafif (7-11, 1/25)	49	28,7
	Orta (12-14, 1/6)	38	22,2
	Yüksek (15-20, 1/3)	30	17,5
	Çok yüksek (>20, 1/2)	3	1,8

önüne alındığında, herhangi bir önlem alınmadığı takdirde 20 katılımcı (%11.7) on yıl içinde diyabet tanısı ile karşı karşıya kalabilir. Ülkemizde FINDRISK kullanılarak yapılmış başka çalışmalar da bulunmaktadır. Coşansu ve ark'nın toplum tabanlı yapmış oldukları çalışmada katılımcıların %7.9'u yüksek-çok yüksek risk, %11.5'i orta risk, %80.5'i

ise hafif-düşük risk düzeyinde olduğu görülmüştür.⁽⁹⁾ Bu çalışmada yüksek risk düzeyindeki oranın daha düşük olması, örneklem seçiminde yanlılığa daha az sebep olma ihtimali olan toplum tabanlı bir çalışma olmasından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı katılımcıların aile hekimliği polikliniğine başvuran kişilerden oluşmasıdır.

Tablo 3. Katılımcıların diyabet risk düzeyleri ile bazı özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler	Gruplar	Düşük-Hafif Riskli (≤11 puan) n (%)	Orta Riskli (12-14 puan) n (%)	Yüksek-Çok Yüksek Riskli (≥15 puan) n (%)	Toplam n (%)	p değeri
Yaş (yıl)	18-44	74 (74,0)	18 (18,0)	8 (8,0)	100 (100,0)	<0,001
	45-54	15 (37,5)	13 (32,5)	12 (30,0)	40 (100,0)	
	55-64	11 (35,5)	8 (25,8)	12 (38,7)	31 (100,0)	
Beden kütle indeksi	Normal	58 (90,6)	6 (9,4)	0 (0,0)	64 (100,0)	<0,001
	Kilolu	31 (52,5)	13 (22,0)	15 (25,4)	59 (100,0)	
	Obez	11 (22,9)	20 (41,7)	17 (35,4)	48 (100,0)	
Bel çevresi	Normalin Altında	45 (90,0)	3 (6,0)	2 (4,0)	50 (100,0)	<0,001
	Normal	30 (71,4)	7 (16,7)	5 (11,9)	42 (100,0)	
	Normalin üstünde	25 (31,6)	29 (36,7)	25 (31,6)	79 (100,0)	
Günlük 30 dk egzersiz yapma	Evet	52 (74,3)	13 (18,6)	5 (7,1)	70 (100,0)	0,001
	Hayır	48 (47,5)	26 (25,7)	27 (26,7)	101 (100,0)	
Sebze ve meyve tüketme sıklığı	Her gün	60 (58,3)	26 (25,2)	17 (16,5)	103 (100,0)	0,509
	Her gün değil	40 (58,8)	13 (19,1)	15 (22,1)	68 (100,0)	
Tansiyon ilacı kullanma öyküsü	Hayır	91 (66,9)	26 (19,1)	19 (14,0)	136 (100,0)	<0,001
	Evet	9 (25,7)	13 (37,1)	13 (37,1)	35 (100,0)	
Kan şekeri düzeyi yüksekliği öyküsü	Hayır	97 (65,5)	35 (23,6)	16 (10,8)	148 (100,0)	<0,001
	Evet	3 (13,0)	4 (17,4)	16 (69,6)	23 (100,0)	
Ailede diyabet öyküsü	Hayır	63 (82,9)	10 (13,2)	3 (3,9)	76 (100,0)	<0,001
	İkinci dereceden akraba	26 (68,4)	5 (13,2)	7 (18,4)	38 (100,0)	
	Birinci dereceden akraba	11 (19,3)	24 (42,1)	22 (38,6)	57 (100,0)	

Çevik ve ark.nın Rize’de yaptıkları toplum tabanlı çalışmada ise katılımcıların %16.4’ü çok yüksek risk, %21.1’i ise yüksek risk düzeyinde olmak üzere %37.5’i için artmış risk konusudur.⁽¹⁰⁾ Bu çalışmadakadınların ve erkeklerin yaş ortalamaları sırasıyla yaklaşık 45 ve 48 olarak bulunmuştur ancak bizim çalışmamızda tüm katılımcıların yaş ortancası 41’dir. Sonuçlar arasındaki farklılığı etkileyen faktörlerden birisi bu durum olabilir. Kutlu ve ark.nın tanı almamış T2DM için FINDRISK’in tarama metodu olarak uygulanabilirliğini inceledikleri metodolojik çalışmada katılımcıların %15.5’i yüksek-çok yüksek risk düzeyinde olup FINDRISK’in basit ve non-invaziv bir tarama aracı olarak kullanılabilceği sonucuna varılmıştır.⁽¹¹⁾ Koçak ve ark.nın sınıf öğretmenlerinde yaptığı kesitsel bir araştırmada ise katılımcıların neredeyse tamamına yakını 45 yaş altında olmakla birlikte %5.7’si artmış risk düzeyine sahiptir.⁽¹²⁾

Çalışmamızda FINDRISK puan ortancası 10 (6-13) iken kadınların 11 (6-13) olup erkeklerin ise 8 (5-13) şeklindedir. Coşansu ve ark.’nın çalışmasında tüm katılımcıların FINDRISK puan ortalaması $7,46 \pm 4,62$ iken kadınların $8,38 \pm 4,77$ ve erkeklerin $7,14 \pm 4,52$ bulunmuş olup kadınların risk skoru daha yüksektir.⁽⁹⁾ Çevik ve ark.nın çalışmasında da benzer şekilde kadınların risk skoru $12,67 \pm 7,01$ iken erkeklerin $11,99 \pm 6,21$ olup kadınların risk skoru daha yüksektir.⁽¹⁰⁾

Coşansu ve ark. ile Çevik ve ark.’nın çalışmaları toplum tabanlı olup cinsiyetler arasındaki fark

anlamlıdır. Kutlu ve ark.’nın çalışmasında da sonuçlarımıza benzer şekilde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.⁽¹¹⁾ Yunanistan’da Makrilakis ve ark.nın FINDRISK kullanılarak yaptıkları çalışmada ortalama risk skoru $13,1 \pm 4,9$ olarak bulunmuştur.⁽¹³⁾ Bizim çalışmamıza kıyasla risk skorunun yüksek olmasının bir sebebi katılımcıların ortalama yaşının yaklaşık 56 olması olabilir. Ortala risk skorunun daha düşük bulunduğu çalışmalar da bulunmaktadır. Zhang ve ark. 20.000 den fazla erkeğin katılımı ile gerçekleştirdikleri çalışmada ortalama skoru $9,49 \pm 5,37$ ⁽¹⁴⁾; Awad ve Alsaleh 1610 erişkinde yaptıkları çalışmada ise 9 ± 5 olarak bulmuşlardır.⁽¹⁵⁾

Diyabetin bir diğer değiştirilebilir risk faktörü de fiziksel inaktivitedir. Haftada toplam 150 dk düzenli olarak yapılan orta dereceli fiziksel aktivitenin; kilo kontrolünün sağlanması, kardiyovasküler risk faktörlerinin azalması, kan şekeri regülasyonunda başarının artması ve sağlığın geliştirilmesi gibi birçok faydası bulunmaktadır.⁽⁶⁾ Katılımcılarımızın yaklaşık %60’ı fiziksel olarak inaktif olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye’de yapılan bir başka çalışmada bu oranın yaklaşık %78 olduğu belirtilmektedir.⁽¹⁰⁾ Bu çalışmada, yüksek-çok yüksek risk düzeyine sahip bireylerin büyük bir kısmı fiziksel olarak inaktif olanlardır.

Çalışmamızda diyabetin değiştirilemeyen risk faktörlerinden biri olan yaş ile FINDRISK arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş arttıkça risk skoru da artmaktadır. Kutlu ve ark. da benzer bir

Tablo 4. Katılımcıların FINDRISK puanları ile yaş, beden kütle indeksi ve bel çevresi arasındaki ilişki

	FINDRISK	Yaş	Beden kütle indeksi	Bel çevresi
FINDRISK		rho: 0,419 p: <0,001	rho: 0,668 p: <0,001	rho: 0,580 p: <0,001
Yaş	rho: 0,419 p: <0,001		rho: 0,231 p: 0,002	rho: 0,286 p: <0,001
Beden kütle indeksi	rho: 0,668 p: <0,001	rho: 0,231 p: 0,002		rho: 0,809 p: <0,001
Bel çevresi	rho: 0,580 p: <0,001	rho: 0,286 p: <0,001	rho: 0,809 p: <0,001	

sonuca ulaşmışlardır.⁽¹¹⁾ Obezite, diyabetin en önemli önlenbilir sebeplerinden biridir. Önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen obezite T2DM gelişimini hızlandırmaktadır. Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de obez insanların sayısı her geçen gün artmaktadır. Yapılan çalışmalarda kilo verme ile diyabetin önlenileceği veya geciktirilebileceği ortaya konmuştur.⁽¹⁶⁾ Çalışmamızda obez olanlarda olmayanlara göre diyabet risk düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bel çevresinin artmasıyla diyabet risk skorunun da anlamlı bir şekilde artması bir diğer önemli bulgumuzdur. Coşansu ve ark.⁽⁹⁾, Çevik ve ark.⁽¹⁰⁾ Kutlu ve ark.⁽¹¹⁾ da çalışmamıza benzer sonuçlar bulmuşlardır.

Yaş gibi bir diğer değiştirilemeyen risk faktörü aile öyküsüdür. Katılımcılarımızın %33.3’ünün birinci derece, %22.2’sinin ikinci derece akrabalarında olmak üzere toplam %55.5’inin ailesi öyküsü bulunmaktadır. Birinci derece akrabalarında diyabet öyküsü olanların önemli bir kısmı yüksek-çok yüksek risk düzeyinde bulunmaktadır. Bu sonuç Demirağ’ın⁽⁸⁾, Coşansu ve ark.⁽⁹⁾ ve Çevik ve ark.⁽¹⁰⁾ bulguları ile uyumludur.

Tartışıldığı üzere ülkemizde FINDRISK kullanılarak yapılmış olan benzer diğer çalışmalar bulunmaktadır ve hemen hepsi toplum tabanlıdır. Daha önce aile hekimliği polikliniklerine başvuranlarda benzer bir çalışma yapılmamıştır. Herhangi bir şikâyeti olmadan da aile hekimlerine başvuranların olduğu ve diyabetin prevalansının her geçen gün arttığı göz önünde bulundurulduğunda, diyabetin birinci basamakta taranması önem arz etmektedir. Dolayısıyla bu çalışma, aile hekimliği polikliniğine başvuranlarda yapılması ve %20’ye yakın katılımcının diyabet riskine sahip olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmamızda herhangi bir önlem alınmadığı takdirde katılımcıların %11.7’sinin gelecek on yılda diyabet olma riskinin olduğu sonucuna varılmıştır. Toplum tabanlı yapılan çalışmaların büyük bir kısmında artmış diyabet riskine sahip kişilerin oranının

daha yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu risk ölçeğindeki puanlar çalışmamızda daha düşük bulunmuş olabilir. Bu sonuç katılımcılara bağlı farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi, birinci basamağın iyi çalıştığı bir göstergesi de olabilir.

Araştırmamızda olasılıklı örneklem seçilmemiş olması ve katılımcıların sadece aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerden oluşması dolayısıyla sonuçların genellenememesi en önemli kısıtlılığımızı oluşturmaktadır. Ayrıca boy, kilo ve bel çevresi dışında kalan bilgilerin katılımcıların beyanına dayalı olması sosyal istenirlik biasına yol açmış olabilir. Kişiler gerçek durum yerine istedikleri durumu bildirmiş olabilirler.

Sonuç

Güçlü birinci basamak sağlık hizmet sunumuna sahip ülkelerin; daha iyi sağlık çıktılarına ve daha maliyet-etkin sağlık harcamalarına sahip olduğu bilinmektedir. Birinci basamak, hastaları ile sürekli ilişki kurması ve toplum yönelimli olması sebebi ile koruyucu ve geliştirici hizmet sunumu açısından ön plana çıkmaktadır. Kronik hastalıkların prevalansının giderek artmasına bağlı olarak ülkemizde birinci basamak hekimleri günümüzde geçmişe göre kronik hastalık yönetimi ile daha fazla ilişkilendirilmektedir.

Avrupa’da birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi projesinin Türkiye sonuçlarına bakıldığında; komplike olmayan T2DM hastalarının yaklaşık %40’ı neredeyse her zaman, %42’si ise çoğunlukla aile hekiminin de müdahil olduğu tedavi ve izlem sürecine sahiptir. Birinci basamağa başvuran hastaların ise yaklaşık beşte birinin herhangi bir sağlık problemi olmadan yalnızca sağlık kontrolü için geldiğini ifade etmiştir⁽¹⁷⁾. Bu eksende aile hekimleri başta olmak üzere erişkin nüfusa hizmet veren klinisyenlerin günlük pratiklerinde kendilerine herhangi bir nedenle başvuran hastaları diyabet açısından taramaları önem arz etmektedir.

Diyabetin bilinen risk faktörleri göz önüne a-

lınığında fiziksel inaktivite, kötü beslenme alışkanlıkları, obezite ve sigara-alkol kullanımı müdahale edilebilen ve değiştirilebilen risk faktörlerini oluşturmaktadır. Riskli grupların belirlenmesi ve erken müdahale edilmesi ile hem hastalık yükünün hem de sağlık harcamalarının azaldığı bil-

dirilmiştir. Bunun için hızlı ve kolay uygulanabilir olması yanı sıra basit, ucuz ve anlaşılır tarama yöntemlerine başvurulması önemlidir. Tüm bu açılardan FINDRISK, T2DM için IDF ve TEMD tarafından önerilen ve bu özellikleri karşılayan bir tarama yöntemidir.

Kaynaklar

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu-2017. http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/DIYABET2017_web.pdf adresinden 23/11/2018 tarihinde indirilmiştir.
2. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract* 2014;103(2):137-49.
3. International Diabetes Federation, Diabetes Atlas, 8th edition, 2017. <http://www.diabetesatlas.org> adresinden 23/11/2018 tarihinde erişilmiştir.
4. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013;28(2):169-80.
5. Centers for Disease Control and Prevention, National Diabetes Prevention Program, 2016. <https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/index.html> adresinden 23/11/2018 tarihinde erişilmiştir.
6. International Diabetes Federation, IDF Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care 2017. <https://www.idf.org/e-library/guidelines/128-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html> adresinden 23/11/2018 tarihinde erişilmiştir.
7. Lindström J, Tuomilehto J. A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* 2003;26(3):725-31.
8. Demirağ HE. Tip-2 Diabetes Mellituslu Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Diyabet Risk Değerlendirmesi. Aydın, Adnan Menderes Üniversitesi, 2016.
9. Cosansu G, Celik S, Özcan S, Olgun N, Yıldırım N, Demir HG. Determining type 2 diabetes risk factors for the adults: A community based study from Turkey. *Prim Care Diabetes* 2018;12(5):409-15.
10. Çevik AB, Karaaslan MM, Koçan S, et al. Prevalence and screening for risk factors of type 2 diabetes in Rize, Northeast Turkey: findings from a population-based study. *Prim Care Diabetes* 2016;10(1):10-8.
11. Kutlu R, Sayın S, Koçak A. Tanı Almamış Tip 2 Diyabet İçin Bir Tarama Metodu Olarak Fin Diyabet Risk Anketi (FINDRISK) Uygulanabilir mi? *Konuralp Tıp Dergisi* 2016;8(3):158-66.
12. Koçak HS, Selma Ö, Handan Z, Emine ÜS. Sınıf öğretmenlerinde tip 2 diyabet riski ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Turk J Public Health* 2017;15(2):70-83.
13. Makrilakis K, Liatis S, Grammatikou S, et al. Validation of the Finnish diabetes risk score (FINDRISC) questionnaire for screening for undiagnosed type 2 diabetes, dysglycaemia and the metabolic syndrome in Greece. *Diabetes Metab* 2011;37(2):144-51.
14. Zhang L, Zhang Z, Zhang Y, Hu G, Chen L. Evaluation of Finnish Diabetes Risk Score in screening undiagnosed diabetes and prediabetes among U.S. adults by gender and race: NHANES 1999-2010. *PLoS One* 2014;9(5):e97865.
15. Awad A, Alsaleh FM. 10-year risk estimation for type 2 diabetes mellitus and coronary heart disease in Kuwait: a cross-sectional population-based study. *PLoS One* 2015;10(1):e0116742.
16. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2018. http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144108.pdf adresinden 23/11/2018 tarihinde indirilmiştir.
17. Akman M, Sakarya S. Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: QUALICOPC Projesi Türkiye Sonuçları. İstanbul, TAHEV Yayınları, 2017.

Geliş tarihi: 24/12/2018

Kabul tarihi: 03/01/2019

Çevrimiçi yayın tarihi: 25/03/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Ercan Kulak,

e-posta: ercan.kulak@marmara.edu.tr

Güncel kılavuzlar ışığında dislipidemi yönetiminin ilk basamağı: Yaşam tarzı değişiklikleri

First step in dyslipidemia management: Lifestyle modifications according to up-to-date guidelines

Mehmet Göktuğ Kılınçarslan, Erkan Melih Şahin

Özet

Kardiyovasküler hastalıklar, dünyada ölümün başlıca sebebi olup, dislipideminin bu hastalıklar için neredeyse bir önkoşul olması dislipidemi yönetimini oldukça önemli hale getirmektedir. Yaşam tarzı değişiklikleri, dislipidemi yönetiminin en önemli basamağıdır. Yaşam tarzı değişikliklerini; diyet, alkol tüketimi, sigara bırakma, egzersiz ve fiziksel aktivite ve kilo verme alt başlıkları altında değerlendirmek uygun bir yaklaşım olacaktır. Yaşam tarzı değişiklikleri, bir dislipidemi olgusunda ilk uygulanması gereken eylemdir. Dislipidemi yönetimi hakkında farklı ülkelerde ve farklı kuruluşlarca birçok kılavuz yayımlanmıştır. Kılavuzlarda yer alan birçok konuda ortak nokta bulunsa da önerilerin kaynağının bilimsel çalışmalar olmasına rağmen yorumlamadaki farklılıklardan dolayı ihtilafli konular da mevcuttur. İhtilafli konuların özellikle yaşam tarzı değişikliklerinde yoğunlaştığı görülür, çünkü bu alanda güçlü ve kesin sonuçlar veren çalışmalar yapmak oldukça zordur. Özellikle günümüzde bu ihtilafli konulardan çıkarılabilecek sonuçların sağlamaya çalışanlar olması daha fazla kafa karışıklığına neden olmaktadır. Bu derlemenin amacı, dislipidemi yönetimindeki bazı önemli hususlar hakkında kısa bilgiler verdikten sonra güncel kılavuzların yaşam tarzı değişiklikleri hakkındaki önerilerini değerlendirmektir.

Anahtar Kelimeler: dislipidemi, yaşam tarzı değişikliği, kılavuzlar

Summary

Dyslipidemia is almost a prerequisite for cardiovascular diseases that is main cause of death in the world. So, management of dyslipidemia become an important situation. Life style changes are the most important step in dyslipidemia management. It would be appropriate to intervene the lifestyle modification under the sub-headings of diet, alcohol consumption, smoking cessation, exercise and physical activity and weight reduction. Lifestyle modification is the first action to be taken in the case of dyslipidemia. Many guidelines have been published about dyslipidemia management in different countries by different organizations. For many suggestions, there are consensus in these different guidelines but there are also controversial issues. Although all suggestions based on scientific evidence, these controversies arise from differences in interpretation of evidences. Controversies are particularly concentrated in lifestyle modifications because it is quite difficult to conduct studies that give strong and precise results in this area. Nowadays, especially those who are trying to make profit from these controversial issues cause more confusion. The purpose of this review is to evaluate lifestyle modification suggestions of current guidelines after giving brief information on some important points in the management of dyslipidemia.

Key words: dyslipidemias, lifestyle modification, guidelines

¹⁾ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.D., Çanakkale

Geliş tarihi: 15.08.2018 / **Kabul tarihi:** 13.03.2019 / **Yayın tarihi:** 25.03.2019
İletişim adresi: Dr. Mehmet Göktuğ Kılınçarslan / **e-posta:** goktugmk@gmail.com

Dislipidemi ve kardiyovasküler risk

Kolesterol ve trigliseritler suda çözünmezler ve bu nedenle bu lipitler proteinler ile birlikte taşınmalıdır. Bu kompleks yapılara lipoprotein denilmekte olup, plazmada yedi farklı çeşidi bulunmaktadır:

- 1) Şilomikronlar,
- 2) Şilomikron kalıntıları,
- 3) Çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL),
- 4) Orta yoğunluklu lipoprotein (IDL),
- 5) Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL),
- 6) Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) ve
- 7) Lipoprotein a (Lpa). Bunlardan Apolipoprotein B (ApoB) içermeyen HDL antiaterojenik iken, geri kalan tamamı ApoB içermekte ve aterosklerotik kabul edilmektedir.^[1]

Ateroskleroz kronik inflamasyonu tetikleyen, lipit retansiyonu, oksidasyonu ve modifikasyonu sonucunda tromboz veya stenoza neden olan arter duvarlarının hastalığıdır.^[2] Ateroskleroz koroner kalp hastalıklarının büyük çoğunluğunun sebebidir.^[3] Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), küresel çapta ölümün başlıca sebebi olup Avrupa'da yıllık 4 milyondan fazla kişinin hayatını kaybetmesine neden olmaktadır.^[4]

Dislipidemi, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-K)>130 mg/dL, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (HDL-K)<40 mg/dL veya trigliserit (TG)>200 mg/dL parametrelerinin bir veya daha fazlasının bulunması olarak tanımlanır.^[5] Kardiyovasküler hastalıklar için birçok risk faktörü tanımlanmış olsa da dislipidemi, sigara, hipertansiyon ve obezite gözlemlenen riskin %80'ini oluşturmaktadır.^[6] Dislipidemisinin ise kardiyovasküler hastalıklar için majör risk faktörü olmaktan da öte bir önkoşul olabileceği^[6] düşünülmektedir, çünkü ortamda ApoB içeren lipoproteinler yoksa aterosklerozun gelişmeyeceği kesindir.^[7] Dislipidemi kılavuzları da dahil KVH'lardan korunma konusundaki tüm kılavuzlar bireylerin KVH riskinin hesaplanmasını önermektedir, çünkü risk ne kadar yüksek ise yapılması gerekenler de o kadar yoğunlaşacaktır.^[8]

Framingham, Systemic Coronary Risk Estimation (SCORE), ASSIGN (CV risk estimation model from the Scottish Intercollegiate Guidelines Network), Q-Risk, Prospective Cardiovascular Munster Study (PROCAM), Reynolds, CUORE, the Pooled Cohort equations ve Globorisk gibi birçok KVH risk tahmin sistemi olup her kılavuz genelde bir tane-sini kullanmaktadır.^[8] Türkiye'den elde edilen veriler ile kalibre edildiği için ülkemiz açısından en uygun KVH risk hesaplayıcısının SCORE olduğu belirtilmiştir.^[7] SCORE sistemi 10 yıllık ilk ölümcül aterosklerotik olay riskini hesaplamaktadır.^[8] Kardiyovasküler olay için tüm risk hesaplanmak isteniyorsa SCORE'dan elde edilen sonuç erkeklerde 3, kadınlarda ise 4 ile çarpılmalıdır.^[8]

SCORE sistemi kullanılırken 40 yaş altı ve 65 yaş üzeri için dikkat edilmesi gereken durumlar söz konusudur. 40 yaş altı hastalar için SCORE ile mutlak risk düşük olarak hesaplanırsa da, göreceli risk artmış olup bu grup hastada göreceli risk tablolarının kullanılması önerilmektedir. 65 yaş üzeri hastalarda ise tam tersi durum söz konusu olup mutlak risk yüksek iken göreceli risk düşük saptandığı için bu grup hastalarda tedavi bireyselleştirilmeye çalışılmalıdır.^[7]

Tarama: Kimi? Ne zaman? Ne ile?

Avrupa Kalp Cemiyeti/Avrupa Ateroskleroz Cemiyeti (ESC/EAS) 2016 kılavuzu^[8] 40 yaş ve üzeri erkekler ile 50 yaş ve üzeri kadınların dislipidemi açısından taranması gerektiğini belirtirken, Amerikan Endokrinologlar Birliği (AACE) 2017 kılavuzu^[6] ise 20 yaş üzeri yetişkinler için 5 yılda bir, orta yaşlı yetişkinler için (45 yaş ve üzeri erkekler ile 55 yaş ve üzeri kadınlar) 1-2 yılda bir, 65 yaş ve üzeri yetişkinler için ise yıllık taramayı uygun görmektedir. Her iki kılavuzda da dislipidemi taraması için kullanılması önerilen testler total kolesterol, LDL-K, HDL-K ve TG olup eğer TG seviyesi 400 mg/dL üzerinde ise LDL-K yanlış hesaplanacağı için TG düzeyi yüksek hastalar da non-HDL-K ve ApoB ölçümünün daha iyi sonuç vereceği belirtilmiştir.^[6,8]

Tedavi

Ne zaman hangi müdahale?

Her kılavuz, tedavi gerekip gerekmediğine ve ya hangi durumda hangi tedavinin seçileceğine karar vermek için kendi risk hesaplayıcılarını kullanarak oluşturdukları algoritmalarını önermektedir. Daha önce de belirttiğimiz üzere ülkemiz için SCORE risk sisteminin kullanılması daha uygundur. Dolayısıyla sonraki adımlara karar verebilmek için SCORE risk hesaplayıcısına göre düzenlenmiş 2016 ESC/EAS kılavuzunu kullanmak mantıklı bir seçenek olacaktır. 2016 ESC/EAS kılavuzunda müdahale gereken tüm durumlarda yaşam tarzı değişikliği önerilmiş olup SCORE risk hesaplayıcısı ile birlikte LDL-K değerinin nasıl yorumlanacağı **Tablo 1**'de verilmiştir.^[8]

Tedavi hedefi

Tedavi hedefi belirlerken ilk kullanılacak parametre LDL-K olmalıdır.^[6-8] Tedavi hedefi olarak non-HDL-K veya ApoB de kullanılabilir olması rağmen bu parametreler hakkındaki randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) daha az olduğu için ikincil hedefler olarak seçilmeleri daha uygundur.^[7,8] Ayrıca 2017 AACE kılavuzu TG için tedavi hedefi olarak <200 mg/dL olmalı derken, 2016 ESC/EAS

kılavuzu böyle bir sınırın olmadığını söylemektedir. Ulusal Lipit Birliği (NLA) 2015 kılavuzunda^[9] TG>500 mg/dL olduğu durumlarda TG'nin birincil tedavi hedefi olarak ele alınması gerektiğini belirtmiştir, çünkü TG bu seviyelere ulaştığında pankreatit gibi ciddi komorbiditelere neden olabilmektedir.^[6,8,10]

Tedavi hedefleri belirlemek için yeterli RKÇ olmadığını ileri süren Amerikan Kardiyoloji Cemiyeti/Amerikan Kalp Birliği (ACC/AHA) 2013 Erişkinlerde Aterosklerotik Kardiyovasküler Riskin Azaltılması İçin Kan Kolesterolünün Tedavisi kılavuzunda^[11] tedavi hedefleri belirtilmemiş olup, daha güncel olan 2016 ESC/EAS kılavuzunda bu tutum eleştirilmiştir. Tedavi hedefi önerilerinde bulunan 2017 AACE ve 2016 ESC/EAS kılavuzlarının bu konulardaki önerileri **Tablo 2**'de sunulmuştur.

İlaç tedavileri

Dislipidemide kullanılan ilaç grupları statinler, safra asidi bağlayıcılar, niacin, fibratlar, kolesterol emilim inhibitörleri, uzun zincirli omega-3 yağ asidi ilaçları ve yeni kullanıma giren Proprotein konvertaz subtilisin/keksin tip 9 (PCSK9) inhibitörleridir. İlaç tedavisine karar verildiyse kontrendikasyon olmadıkça statinler ilk seçilmesi gereken ilaç grubu-

Tablo 1. SCORE ve LDL-K seviyesine dayalı müdahale stratejileri^[8]

KVH riski (SCORE) %	LDL-K (mg/dL)				
	<70	70 - <100	100 - <155	155 - <190	≥190
<1	Yaşam tarzı önerisi	Yaşam tarzı önerisi	Yaşam tarzı önerisi	Yaşam tarzı önerisi	Yaşam tarzı değişikliği > Yetmiyorsa ilaç düşün
≥1 - <5 (ORTA RİSK)	Yaşam tarzı önerisi	Yaşam tarzı önerisi	Yaşam tarzı değişikliği > Yetmiyorsa ilaç düşün	Yaşam tarzı değişikliği > Yetmiyorsa ilaç düşün	Yaşam tarzı değişikliği > Yetmiyorsa ilaç düşün
≥5 - <10 (YÜKSEK RİSK)	Yaşam tarzı önerisi	Yaşam tarzı değişikliği > Yetmiyorsa ilaç düşün	Yaşam tarzı değişikliği + İlaç tedavisi	Yaşam tarzı değişikliği + İlaç tedavisi	Yaşam tarzı değişikliği + İlaç tedavisi
≥10 (ÇOK YÜKSEK RİSK)	Yaşam tarzı değişikliği > Yetmiyorsa ilaç düşün	Yaşam tarzı değişikliği + İlaç tedavisi	Yaşam tarzı değişikliği + İlaç tedavisi	Yaşam tarzı değişikliği + İlaç tedavisi	Yaşam tarzı değişikliği + İlaç tedavisi

LDL-K: Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol **SCORE:** Sistematik Koroner Risk Değerlendirmesi

dur.^[10] İlaçların lipidler/lipoproteinler üzerine etkileri **Tablo 3**'te özet olarak verilmiştir.^[10]

Yaşam tarzı değişiklikleri

Dislipidemi yönetiminde ilk yapılması gereken yaşam tarzı değişikliğidir^[6] ve ilaç kullanımı kullanmasın tüm hastalara önerilmelidir.^[9,11] Yaşam tarzı değişikliklerinin doğrudan KVH riski üzerine etkilerini inceleyen araştırma yapmanın kendine has zorlukları bulunmaktadır ve halihazırda bu tarz araştırmaların sayısı oldukça azdır. Fakat yaşam tarzı değişikliklerinin LDL-K, non-HDL-K gibi KVH riski ile ilişkisi kanıtlanmış parametreler üzerindeki etkileri incelenerek KVH riski üz-

erindeki etkileri tahmin edilebilir.^[8,9] Yaşam tarzı değişikliklerinin lipid düzeylerine etkisi 2016 ESC/EAS kılavuzundan alınan **Tablo 4**'te kanıt düzeyleri ile birlikte özet olarak verilmiştir.

Genetik çalışmalar, LDL-K seviyelerindeki ufak değişimlerin bile KVH riskinde beklenenden fazla düşüşler yapabileceğini göstermiştir. Gözlem süresi yaklaşık 5 yıl olan müdahale çalışmalarının LDL-K düşüşü ile sağlanan yararı olduğundan az şekilde tahmin ettiği, dolayısıyla gerçek yararın çalışmalarda gösterilenlerden daha yüksek olduğu düşünülmektedir.^[9] Yaşam tarzı değişiklikleri diyet, alkol kullanımı, sigara bırakma, egzersiz ve fiziksel

Tablo 2. AACE^[6] ve ESC/EAS^[8] kılavuzlarının tedavi hedefi önerileri karşılaştırması

Risk Sınıfı	2017 AACE		2016 ESC/EAS	
	Tanım	LDL tedavi hedefi	Tanım	LDL tedavi hedefi
Düşük risk	• 0 risk faktörü	<130	• SCORE<%1	<115
Orta risk	• ≤2 risk faktörü ve 10 yıllık risk<%10	<100	• SCORE: %1-%5	<115
Yüksek risk	• ≥2 risk faktörü ve 10 yıllık risk: %10-%20 • Diğer risk faktörleri olmaksızın DM veya Evre 3/4 KBH	<100	• SCORE: %5-%10 • Orta şiddetle KBH (GFR 30–59 mL/min/1.73 m ²) • DM • Aşırı yüksek tek risk faktörü (TG>310 veya KB>180/110 mmHg)	<100
Çok yüksek risk	• Tanı konulmuş AKS, koroner, karotid veya periferik vasküler hastalık, 10 yıllık risk:>%20 • 1 veya daha fazla risk faktörü varlığında DM veya Evre 3/4 KBH • HeAH	<70	• SCORE≥%10 • Şiddetli KBH (GFR<30 mL/min/1.73 m ²) • Hedef organ hasarı ve majör bir risk faktörü ile birlikte DM • Tanı almış AKH	<70
Aşırı yüksek risk	• LDL-K<70 mg/dL olmasına rağmen ilerleyen AKH • Tanı konulmuş AKH varlığında DM, Evre 3/4 KBH veya HeAH • Erkek<55 yaş, Kadın<65 yaş AKH öyküsü	<55	Tanımlı değil	

AACE: Amerikan Endokrinologlar Birliği, **AKH:** Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık, **AKS:** Akut Koroner Sendrom, **DM:** Diyabetes Mellitus, **ESC/EAS:** Avrupa Kalp Cemiyeti/Avrupa Ateroskleroz Cemiyeti, **GFR:** Glomerüler Filtrasyon Hızı, **HeAH:** Heterozigot Ailesel Hiperkolesterolemi, **KB:** Kan Basıncı, **KBH:** Kronik Böbrek Hastalığı, **LDL:** Düşük yoğunluklu lipoprotein, **TG:** Trigliserit
NOT: 2017 AACE kılavuzunda risk hesaplamasında Framingham modeli kullanılmaktayken 2016 ESC/EAS kılavuzunda SCORE modeli kullanılmaktadır

aktivite ve kilo verme başlıkları altında toplanabilir.

Diyet

Diyet değişiklikleri LDL-K düzeyini düşürmekle kalmaz, TG ve HDL-K seviyelerini de olumlu yönde etkiler.^[8] Diyet değişiklikleri kilo, kan basıncı, inflamasyon ve insülin direnci gibi diğer KVH risk faktörlerini de olumlu yönde etkileyerek KVH riskinde düşmeye neden olmaktadır.^[8,9]

Her ne kadar diyet bileşenleri uzun zamandır araştırmaların odağını oluştursa da, artık insanların

Tablo 3. İlaç gruplarının lipid düzeyleri üzerine etkileri^[10]

İLAÇ GRUBU	LİPİD/LİPOPROTEİN ETKİSİ
Statinler	LDL-K %18-55↓
	Non-HDL-K %15-51↓
	HDL-K %5-15↑
	TG %7-30↓
Safra asidi bağlayıcılar	LDL-K %15-30↓
	Non-HDL-K %4-16↓
	HDL-K %3-5↑
	TG %0-10↑
Niasin	LDL-K %5-25↓
	Non-HDL-K %8-23↓
	HDL-K %15-35↑
	TG %20-50↓
Fibratlar	LDL-K %5↓-%20↑
	Non-HDL-K %5-19↓
	HDL-K %10-20↑
	TG %20-50↓
Kolesterol emilim inhibitörleri	LDL-K %13-20↓
	Non-HDL-K %14-19↓
	HDL-K %3-5↑
	TG %5-11↓
Uzun zincirli omega-3 yağ asidi ilaçları	LDL-K %6↓-25↑
	Non-HDL-K %5-14↓
	HDL-K %5↓-%7↑
	TG %19-44↓

Not: PCSK9 inhibitörlerinin LDL-K üzerine etkisi, statinlerin maksimum etkisinin üzerine %50-70 arası fazladan düşmedir.^[7]

besinleri bir bütün olarak tükettiğinin farkına varılmış olup diyet paternleri daha çok çalışılmaya başlanmıştır.^[12] KVH riskinin düşürülmesi için Hipertansiyon Önleyici Diyet (Dietary Approach to Stop Hypertension - DASH), Akdeniz Diyeti ve AHA Diyeti gibi birçok diyet paterni önerilmiştir. Birbirlerinden farklı gibi görülse de aslında önerilerinin ortak yönü çoktur: Yüksek miktarlarda meyve, sebze ve tam tahıl ürünü tüketimi; sık sık baklagil, fındık, balık, kümes hayvanı ve az yağlı süt ürünü tüketimi ile birlikte sınırlı miktarda şeker, şekerli içecek ve kırmızı et alımı.^[8,9,12]

2013 AHA kılavuzunda DASH diyetinin kan lipid düzeyi düşürücü etkileri saptanmışken Akdeniz diyetinin, biraz da çalışma kısıtlılıklarına bağlı olarak, kan lipid seviyeleri üzerine etkilerinin saptanamadığı belirtilmiştir.^[12] Her ne kadar bu tarz tartışmalı bazı durumlar olsa da bu diyetlerin, dislipideminin anlam ve önem kazandığı konu olan KVH riskinde düşüşe neden oldukları kanıtlanmış bir gerçektir.^[5,8,9,12]

Dislipidemi için diyet düzenlemesinde temel hedef diyetle alınan yağlardır, çünkü doymuş yağ asitleri (DYA) tek başına LDL-K üzerinde en büyük etkiye (DYA'dan gelen her %1 enerji için 0,8 - 1,6 mg/dL LDL-K artışı) sahip olan diyet bileşenidir.^[6,8] Trans yağlar ise LDL-K üzerinde DYA'lara benzer etkisi olsa da HDL-K seviyelerinde DYA'lara tam ters olarak düşmeye neden olur.^[8] Çoğu kılavuzda DYA'lardan gelen kalori miktarının <%7 olması önerilmektedir.^[6,8,9,12]

DYA'ların diyetle çoklu doymamış yağ asitleri (ÇDYA) veya tekli doymamış yağ asitleri (TDYA) ile değişiminin kan lipid parametreleri üzerine etkisi **Tablo 5**'te verilmiştir.^[9] Diyetteki DYA'ların değişimi için karbonhidratlar bir seçenek gibi görünüyor olmasına rağmen, bu değişim TG yükseltici ve HDL-K düşürücü etkisi nedeni ile sakıncalıdır.^[8] Bu etki rafine karbonhidratlarda belirgin olup lif açısından zengin düşük glisemik indeksli karbonhidratlar DYA ikamesinde bir seçenek olarak kullanılabilir.^[8] Diyetteki DYA'ların doymamış yağlar veya proteinler ile değiştirilmesi karbonhi-

Tablo 4. Yaşam tarzı değişikliklerinin lipit düzeyleri üzerine etkileri (2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias'dan^[8] alınmıştır)

	Etki Büyüklüğü	Kanıt Düzeyi
TK ve LDL-K düşürmek için yaşam tarzı müdahaleleri		
Diyetteki trans yağların azaltılması	+++	A
Diyetteki doymuş yağların azaltılması	+++	A
Diyette lif tüketiminin artması	++	A
Fitosteroller ile zenginleştirilmiş işlevsel gıdaların tüketilmesi	++	A
Kırmızı maya pirinci tüketimi	++	A
Fazla kiloların verilmesi	++	A
Diyet ile alınan kolesterolün azaltılması	+	B
Fiziksel aktivitenin artırılması	+	B
Soya proteini tüketilmesi	+/-	B
Trigliseritten zengin lipoproteinleri düşürmek için yaşam tarzı müdahaleleri		
Fazla kiloların verilmesi	+++	A
Alkol alımının azaltılması	+++	A
Fiziksel aktivitenin artırılması	++	A
Diyetteki karbonhidrat miktarının azaltılması	++	A
Omega-3 ÇDYA takviyelerinin kullanılması	++	A
Mono ve Disakkaridlerin tüketiminin azaltılması	++	B
Doymuş yağların TDYA veya ÇDYA ile değiştirilmesi	+	B
HDL-K yükseltmek için yaşam tarzı müdahaleleri		
Diyetteki trans yağların azaltılması	+++	A
Fiziksel aktivitenin artırılması	+++	A
Fazla kiloların verilmesi	++	A
Diyetteki karbonhidratların azaltılması ve doymamış yağlar ile değiştirilmesi	++	A
Alkol içenlerde hafif alkol tüketiminin devam etmesi	++	B
Sigara bırakma	+	B
Karbonhidratlı gıdalar içinden düşük glikemik indeksli ve yüksek lifli olanlarının tercih edilmesi	+/-	C
Mono ve Disakkaridlerin tüketiminin azaltılması	+/-	C

+++ : Belirgin etki, ++ : Daha az belirgin etki + : Küçük etki, - : Etkin değil

A kanıt düzeyi: Birden çok RKÇ veya meta-analizlerden elde edilen veriler

B kanıt düzeyi: Tek RKÇ veya randomize olmayan büyük çalışmalardan elde edilen veriler

C kanıt düzeyi: Uzmanların ortak kararı, küçük çalışmalar veya retrospektik çalışmalardan elde edilen veriler

ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asidi, **HDL-K:** Yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol, **LDL-K:** Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol, **TDYA:** Tekli doymamış yağ asidi, **TK:** Total kolesterol

drat ile değiştirilmesine nazaran aterosjenik kolesterol miktarında daha fazla düşüş sağlar.^[9] Diyetteki yağ oranı açısından, çoğu kişi için tercihlerine göre geniş bir aralık kabul edilebilir olsa da; enerjinin %35'inden fazlasının yağlardan gelmesi önerilmez, çünkü böyle bir durumda DYA ve kalori alımı artar.^[6,8] HDL-K üzerindeki kötü etkisi nedeniyle omega-6 ÇDYA'dan gelen enerji miktarının toplamda <%10 olması önerilmektedir.^[6,8]

Tekli doymamış yağ asitlerinden gelen enerji miktarı ise toplam alınan enerjinin %20'sini aşmamalıdır.^[5,6] Ayrıca yağlardan gelen enerjinin toplamın %25'inin altında olması önerilmez, çünkü bu durum yağların yerine gereğinden fazla alınması durumunda kilo alımı ve insülin direnci gibi istenmeyen etkilere neden olan karbonhidratların aşırı tüketilmesine^[6], esansiyel yağ asitlerinin ve E vitamininin alımında yetersizliğe ve HDL-K üzerinde sakıncalı değişikliklere^[8] neden olabilir.

Diyette kolesterol alımının kısıtlaması son yılların en tartışmalı konularından bir tanesidir.^[7] Günlük kolesterol alımının hala 200 mg veya 300 mg ile sınırlandırılması gerektiğini belirten kılavuzlar,^[6,8] kısıtlamanın KVH riskinde düşüşe neden olmadığı için gereksiz olduğunu belirten kılavuzlar^[7,12] ve kolesterol duyarlı hastalarda kısıtlama gerektiğini belirten kılavuzlar^[9] mevcuttur. Besinlerde DYA'lar genelde kolesterol ile birlikte bulunuyor olması nedeniyle DYA kısıtlamasının bir anlamda kolesterol kısıtlaması anlamına gelebileceği düşünülse de; yumurta gibi DYA açısından fakir, ama kolesterol açısından zengin besinlerin tüketiminin KVH riski ile ilişkisi gösterilememiştir. Bu duruma istisna olarak Diabetes Mellitus (DM) hastalarında yumurta ve benzeri besin tüketiminin KVH riski ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.^[9]

Fitosteroller bitkisel kaynaklı besinlerde doğal olarak bulunan bileşiklerdir. Günlük 2 g fitosterol tüketimi LDL-K düzeyinde %5-10'luk düşüş sağlamaktadır.^[8,9,13] 2018 Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği (TEMED)^[7] ve 2016 ESC/EAS kılavuzlarında fitosterollerin TG üzerine etkisi olmadığı belirtilse de 2015 NLA^[9] kılavuzunda

TG>150 mg/dL olduğu durumlarda fitosterol tüketiminin TG düzeylerinde %11-28 düşüşe neden olduğu belirtilmiştir. Fitosterolemi ve yağda çözünen vitaminler emilim problemleri nedeni ile uzun süreli kullanımda güvenli olduğunun ispatlanması için fitosteroller konusunda uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.^[8,9]

Lif, insan bağırsağında sindirilemeyen, yulaf, arpa, bakliyat, sebze ve meyvelerde oldukça bol bulunan bitkisel ürünlerdir.^[9] Suda çözünen liflerden zengin diyetlerin total kolesterolü %5-19 ve LDL-K'yi %8-24 oranında düşürdüğü gösterilmiştir.^[6] Önerilen günlük doz 30 g/gün ve üzeri total lif tüketimiye^[5,7,13] suda çözünür lif için 2016 ESC/EAS^[8] kılavuzu en az 3 g/gün önermiş olup diğer kılavuzlarda^[6,7,9,13] küçük farklar olsa da >10 g/gün tüketim önerilmiştir.

Bağırsak lümeninde daha çok viskozite oluşturulan lifler, daha yüksek kolesterol düşürücü etkiye sahip olma eğilimindedir. Liflerin işlenmesi veya oluşturulması sırasındaki bazı işlemler liflerin parçalanmasına ve viskozitelerinin düşmesine dolayısıyla hipokolesterolemik etkilerinin zayıflamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle, lif takviyeleri kullanılacaksa bunları su ile karıştırıp oldukça yoğun jel tarzı bir form oluşturup oluşturmadıkları kontrol edilmelidir.^[9]

Her ikisi de deniz kaynaklarından elde edilen omega-3 uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri olan eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) ile bitki kaynaklarından elde edilen esansiyel yağ asidi a-linolenik asit (ALA), onlarca yıldan beri bilimsel olarak ilgi çekmektedir.^[9] Omega-3 uzun zincirli yağ asitlerinin kan lipoprotein düzeyleri üzerine etkisi olmayıp sadece yüksek dozda (>3 g/gün) kullanıldığında TG düşürücü ve LDL-K'yi yükseltici etkisi vardır.^[8] KVH riskini düşürmek için genel popülasyona haftada 2 porsiyon balık tüketilmesini öneren kılavuzlar^[6,8,9] varken 2016 ESC/EAS kılavuzu bunun hem diyetle hem de düşük doz diyet takviyeleri yoluyla alınabileceğini belirtmiştir. Bilinen KVH'sı olanlar için omega-3 uzun zincirli ÇDYA tüke-

tim miktarı olarak, diyet veya yeterli tüketim sağlanamıyorsa diyet takviyeleri ile yaklaşık 1 g/gün önerilmektedir.^[6,9] Yüksek doz (2-4 g/gün) omega-3 uzun zincirli ÇDYA diyet takviyelerinin ise hem birincil hem de ikincil KVH korumasında yeri olmayıp^[5,13] sadece TG>500 mg/dL olduğu durumlarda hipertrigliseridemi tedavisinde kullanılabilir.^[5,8,9,13]

Soya proteininin diyetle DYDA içerme ihtimali bulunan hayvansal protein kaynaklarına alternatif olarak kullanıldığında LDL-K seviyelerini azaltıcı (yaklaşık %5,5) etkisi saptanmıştır.^[8,9] Soya proteini için önerilen tüketim miktarı yaklaşık 30 g/gün'dür.^[9,13] LDL-K düşürücü etkisinin ortaya çıkması için 8 haftalık süre gerekmekte olup hangi formda (soya sütü, soya fasulyesi, vs.) alınırsa alınsın bu etki ortaya çıkmaktadır.^[9]

Probiyotiklerin dislipidemi yönetiminde kullanımı için henüz öneri yapmaya yetecek kanıt olmasa da, dört ayrı probiyotik için LDL-K düşürücü etkinin saptandığı araştırmalar bulunmaktadır. Mekanizma için önerilen bazı fikirler şunlardır: 1) Kolesterolü hücre zarı yapımlarında kullanarak

Tablo 5. DYDA'ların diğer diyet bileşenleri ile değişimi sonucu beklenen etki^[9]

Diyet Bileşeni	Diyet enerjisinin %5'i DYDA'dan geliyorken değiştirilmesi durumunda beklenen etki, mg/dL		
	LDL-K	TG	HDL-K
ÇDYA	-9.0	-2.0	-1.0
TDYA	-6.5	+1.0	-6.0
Karbonhidrat	-6.0	+9.5	-2.0

ÇDYA: Çoklu doymamış yağ asitleri, **DYA:** Doymuş yağ asitleri, **HDL-K:** Yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol, **LDL-K:** Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol, **TDYA:** Tekli doymamış yağ asitleri, **TG:** Trigliserit

Not: Kılavuzlar değişimin yönü ve miktarı konusunda yaklaşık aynı fikirde olsalar da TDYA'nın neden olduğu HDL-K düşüş miktarı tartışmalı görünmektedir. 2015 NLA^[9] ve 2013 AHA/ACC^[12] kılavuzlarının belirttiği düşüş miktarları önemli görünürken, 2017 AACE^[6] according to established AACE/ACE guidelines for guidelines protocols. Results: The Executive Summary of this document contains 87 recommendations of which 45 are Grade A (51.7% ve 2016 ESC/EAS^[6] kılavuzları düşüşteki miktarın önemsiz olduğunu belirtmektedirler.

bağırsak lümeninden uzaklaştırma, 2) Kolesterolü koprostanola çevirerek dışkı ile atılmasını sağlama, 3) Safra asidi hidrolazı üretimi ile safra asidi dekonjugasyonu sayesinde kolesterolün miçellere katılmasını engelleme ve 4) Adenosinetriphosphate [ATP] binding cassette (ABC) sterol pompasını stabilize ederek kolesterolün enterosit dışına atılmasını sağlama.^[9] Güncel kılavuzlardan sadece 2015 NLA^[9] kılavuzunda probiyotiklerin dislipidemide kullanımı incelenmektedir ve bu konu daha çok çalışmaya ihtiyaç duymaktadır.

Kırmızı maya pirinci ve içeriğinde bulunan Monakolin, statin benzeri mekanizma ile LDL-K düşüşü sağlayabilmektedir ve Çin'de kullanılmaktadır. Klinik olarak anlamlı LDL-K düşüşü için yaklaşık 2,5-10 mg Monakolin tüketilmesi gerektiği belirtilmekte olup statin tedavisinin endike olmadığı dislipidemi hastalarında kullanılabilir.^[8] Bu konuda öneri yapabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Hindistan cevizi yağı DYDA kaynağı olmasına rağmen, 2015 NLA kılavuzuna girmiştir. Hindistan cevizi yağının bir RKÇ'de LDL-K'yi düşürürken HDL-K'yi yükselttiği gösterilmiştir. Kılavuzda oldukça ilginç bir şekilde LDL-K düşüşünden fayda göreceklere hariç olmak üzere diyetdeki DYDA kısıtlamasına (<%7) uyularak kullanılabileceği belirtilmiştir.^[9]

Sağlıklı diyetlerden yarar sağlamanın en önemli belirleyicilerinden birisi hasta uyumudur. Yüksek gıda maliyetleri (örneğin, taze meyve ve sebzeler), alerjiler (örneğin, yer fıstığı ve fındık alerjileri), intoleranslar (örneğin, laktoz intoleransı) ve gastrointestinal yan etkiler (örneğin lifli gıdalar nedeni ile gaz ve şişkinlik) hasta uyumu önündeki önemli engeller olabilir. Diğer engeller arasında mutfak ile ilgili durumlar (yiyecek hazırlığı için yeterli zaman ve yiyecek), kültürel (örneğin kültüre özgü gıdalar) ve ekolojik veya çevresel (örneğin diyetlerin sürdürülebilirliği) hususlar sayılabilir. Bireylerin değerlerine ve tercihlerine en uygun diyet modelini seçerek uzun vadede en büyük uyuma ulaşmaları sağlanmalıdır.^[13]

Alkol

Halihazırda hipertrigliseridemi olan bireylerde alkol alımı TG seviyelerini daha da arttırırken, genel popülasyonda alkolün TG üzerindeki bu kötü etkisi aşırı tüketimde ortaya çıkmaktadır.^[8,9] Orta derece alkol tüketiminin HDL-K'yi yükseltici etkisi bulunmaktadır.^[8,9] Halihazırda alkol tüketen ve TG seviyeleri yüksek olmayan bireylerde orta derecede (erkeklerde 2 standart içki/gün, kadınlarda 1 standart içki/gün) kabul edilebilir olduğu belirtilmiştir.^[8,9] 2014 U.S. Department of Veterans Affairs and Department of Defense (VA/DoD) kılavuzuna göre alkol tüketimi için çoğunlukla şarap seçilmelidir.^[5] Güncel kılavuzlarda alkol kullanan bireyler için herhangi bir öneri yoktur.

Sigara bırakma

Sigara bırakma 30 günden sonra HDL-K seviyelerinde yükselmeye neden olabilir.^[6,8] Fakat sigara başka mekanizmalarla da KVH riski artışına neden olmakta ve sigara bırakmanın KVH riski düşürülmesi için en önemli davranış müdahalelerinden birisi olabileceği düşünülmektedir.^[6,13] Sigara bıraktıktan sonraki 1 yıl içerisinde KVH riski %50 oranında azalır.^[7] Güncel kılavuzlar sigara bıraktırılmasını önermektedir.^[5-8,13]

Egzersiz ve fiziksel aktivite

Düzenli fiziksel aktivite, dislipidemi de dahil olmak üzere birçok faktörü etkileyerek KVH riskini düşürmektedir.^[5,6,9,12,13] Bu ilişki, doz bağımlı olup fiziksel aktivite miktarı arttıkça KVH riskinde daha fazla düşüş görülür.^[12] Fiziksel olarak inaktif olmanın önlenmesi durumunda dünya genelinde KVH hastalıkların %6'sının önlenilebileceği ve yaşam süresinin 0,68 yıl uzatılabileceği tahmin edilmektedir.^[12]

Fiziksel aktivitenin LDL-K'yi düşürücü etkisi neredeyse tüm güncel kılavuzlarda^[5,6,8,9,12] kendine yer bulmuştur. Fiziksel aktivitenin diğer lipit parametreleri olan HDL-K'yi yükseltirken TG'yi düşürdüğünü söyleyen kılavuzlar^[8,9,13] olsa da, fiziksel aktivitenin HDL-K ve TG üzerindeki etkiler-

inin belirsiz olduğunu söyleyen kılavuzlar da^[5,12] mevcuttur.

Kılavuzlar genelde haftada 4-6 kez 30'ar dakika (minimum 10 dakikalık süreler halinde güne yayılabilir) olmak üzere toplamda >150 dakika/hafta orta şiddette egzersiz önermektedir.^[6,9,12,13] 2018 TEMD kılavuzunda 75 dakika/hafta yüksek şiddette egzersizin 150 dakika/hafta orta şiddette egzersiz yerine tercih edilebileceği belirtilmiştir.^[7] 2016 ESC/EAS kılavuzunda ise egzersiz şiddeti belirtilmeden haftanın her günü en az 30 dakika egzersiz önerilmektedir.^[8] Egzersiz şiddeti sınıflandırması için birçok farklı yöntem bulunmakla beraber 2018 TEMD^[7] kılavuzunda egzersiz ile ilgili pratikte oldukça kullanışlı bir sınıflandırma yer almaktadır. Bu sınıflandırmaya göre;

- Düşük yoğunluklu egzersiz: Egzersiz sırasında konuşmada herhangi bir değişiklik olmaz, rahat bir şekilde konuşma sürdürülür.
- Orta yoğunluklu egzersiz: Konuşma devam eder, fakat daha sık nefes alıp vermek gerekir.
- Yüksek yoğunluklu egzersiz: Birkaç kelimedden sonra nefes almak için durmak gerekir.

Son zamanlarda egzersiz süresinin 60-90 dakika arasında olmasının^[6] veya başka bir ifade ile >2000 kcal/hafta enerji harcanmasına denk gelecek şekilde 200-300 dakika/hafta orta veya yüksek şiddette egzersiz yapılmasının^[9] kilo vermeye ve egzersizin lipit değerleri üzerindeki olumlu etkisini arttırmaya neden olduğu belirtilmiştir. Fakat süre ve şiddet arttıkça hasta uyumunun azalması tehlikesi nedeni ile minimum öneriler kullanılmalıdır.^[6] Haftada 2000 kcal'den fazla enerji harcanmasını sağlayacak egzersize güzel bir örnek olarak >40000 adım/hafta olacak şekilde yürüyüş verilebilir.^[9]

Önerilen egzersiz çeşidi neredeyse tüm kılavuzlarda aerobik olup, iki güncel kılavuzda direnç egzersizleri de önerilmektedir.^[6,9] 2017 AACE kılavuzu vücut yağından ve aerobik egzersizlerden bağımsız olarak insülin direnci üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle hastalara haftada 2 gün ol-

mak üzere kas güçlendirici egzersiz önermektedir.^[6]

Fiziksel aktiviteye uyumun ve sürekliliğin sağlanması dislipidemi tedavisinin temel taşı olup uyumsuz hastalar fiziksel aktivite için sürekli cesaretlendirilmelidir. Programın kişiselleştirilmesi, uyuma engel olan durumların saptanması, egersiz sınıflarına yönlendirme ve sürekli takip gibi stratejiler ile kişinin fiziksel aktivite önerilerine uyumu artırılmalıdır.^[6]

Kilo verme

Obezite ve abdominal adipozite sıklıkla dislipidemiye katkıda bulunduğundan, aşırı kilolu ve/veya abdominal adipozitesi olanlarda kalori alımı azaltılmalı ve enerji harcaması artırılmalıdır.^[8] Vücut Kitle İndeksinin (VKİ) $\geq 25-30$ kg/m² olması fazla kiloluyu tanımlarken, ≥ 30 kg/m² olması obeziteyi tanımlamaktadır.^[8] Abdomial adipozite KVH için bağımsız risk faktörü olup insülin direnci ile oldukça güçlü oranda korelasyon göstermektedir.^[6] Abdominal adipozite bel çevresi ölçülerek kolayca

saptanabilir. Türkiye popülasyonu için bel çevresinin erkeklerde ≥ 94 cm, kadınlarda ≥ 80 cm olması abdominal obeziteyi tanımlamaktadır ve tüm dislipidemi hastalarında veya artmış KVH riski olan bireylerde ölçülmesi gerektiği belirtilmiştir.^[8]

Kilo verilmesi, KVH riskinde düşüş sağlanabilmesi için tüm kılavuzlar tarafından ^[5-9,12,13] önerilmiştir. Toplam vücut ağırlığının %5-10'unun verilmesinin lipit profili üzerine olumlu etkileri olduğu ve KVH riskinde düşüş sağladığı saptanmıştır.^[8,9] Kilo vermenin kan lipit parametreleri üzerindeki etkisi ise LDL-K ve TG'yi düşürücü yönde olup HDL-K'yi yükseltici yöndedir.^[8,9]

Kilo vermek için 300-500 kcal/gün eksik beslenmek önerilebilir.^[7,8] Fakat uzun dönemde kilo kontrolünün sağlanması için düzenli fiziksel aktivite oldukça önemlidir.^[8] Uzun dönemde sağlıklı kilo kontrolü sağlayabilmek için 2015 NLA kılavuzunda düşük karbonhidratlı, düşük glisemik indeksli ve yüksek proteinli diyet önerilmiştir.^[9]

Kaynaklar

1. Feingold KR, Grunfeld C. Introduction to lipids and lipoproteins. Endotext. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc., 2000. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305896/sayfasından> 09.07.2018 tarihinde erişilmiştir.
2. Insull W. The pathology of atherosclerosis: plaque development and plaque responses to medical treatment. Am J Med 2009;122:3–14.
3. Otsuka F, Yasuda S, Noguchi T, Ishibashi-Ueda H. Pathology of coronary atherosclerosis and thrombosis. Cardiovasc Diagn Ther 2016;6:396–408.
4. Townsend N, Nichols M, Scarborough P, Rayner M. Cardiovascular disease in Europe — epidemiological update 2015. Eur Heart J 2015;36:2696–705.
5. VA/DoD. Clinical practice guideline for the management of dyslipidemia for cardiovascular risk reduction. 2014. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/lipids/VADoDDyslipidemiaCPG2014.pdf> sayfasından 08.07.2018 tarihinde erişilmiştir.
6. Jellinger PS, Handelsman Y, Rosenblit PD, et al. American Association Of Clinical Endocrinologists And American College Of Endocrinology guidelines for management of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. Endocr Pract 2017;23:1–87.
7. TEMD 2018 Dislipidemi tanı ve tedavi kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144111.pdf sayfasından 09.07.2018 tarihinde erişilmiştir.
8. Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J 2016;37:2999–3058.
9. Jacobson TA, Maki KC, Orringer CE, et al. National Lipid Association recommendations for patient-centered management of dyslipidemia: part 2. J Clin Lipidol 2015;9:1–122.
10. Jacobson TA, Ito MK, Maki KC, et al. National Lipid Association recommendations for patient-centered management of dyslipidemia: part 1—fullreport. J Clin Lipidol 2015;9:129–69.
11. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014;63:2889–934.
12. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, et al. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014;129:76–99.
13. Anderson TJ, Gregoire J, Pearson GJ, et al. 2016 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. Can J Cardiol 2016;32:1263–82.

Geliş tarihi: 15/08/2018

Kabul tarihi: 13/03/2019

Çevrimiçi yayın tarihi: 25/03/2019

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Mehmet Göktuğ Kılınçarslan,
e-posta: goktugmk@gmail.com

Aile hekimliği polikliniğine başvuran bir B12 eksikliği vakası

A Case of B12 Deficiency Diagnosed at a Primary Care Outpatient Clinic

Tuğba Yazan Şahan, Berna Erdoğan Mergen, Kurtuluş Öngel

Özet

B12 Vitamini eksikliği önemli bir halk sağlığı problemidir. Bu çalışma ile B12 vitamini eksikliği ve ayırıcı tanısını bir olgu ile değerlendirmek amaçlanmıştır. Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 69 yaşında erkek hastanın, 4-5 aydır aşırı halsizlik, kilo kaybı, gözlerde sararma, denge bozukluğu şikayetleri vardı. Emekli, yalnız yaşayan hasta; alkol ve sigara kullanımı bildirmede. Bilinen kronik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede; hasta kaşektikti. Skleralar ikterik, karaciğer kot altında 2 cm palpabl, akciğerlerde yer yer ronküsler saptandı. Hastanın kan tetkiklerinde pansitopenisi ve ortalama eritrosit hacmi (OEH) yüksekliği vardı. Hastanın batın ultrasonografi ile direk coombs testi normaldi. Hastaya acil kan transfüzyonu yapıldı ve 1000 mcg siyanokobalamin ve 5 mg folik asit tedavisi başlandı. Hastanın 65 yaş üstü olması ve yalnız yaşama öyküsü vermesi, beslenme yönünden değerlendirildiğinde, B12 vitamini eksikliği tanısına götürdü. Olgu sık rastlanılan toplum sağlığı sorunlarından biri olan B12 vitamini eksikliğini tanıttı ve öğretici bir örneği olduğu için sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Anemi, B12 vitamini, pansitopeni

Summary

Vitamin deficiency is an important public health problem. In this study, it was aimed to demonstrate a case with vitamin B12 deficiency and discuss differential diagnosis. A 69-year-old male patient admitted to our primary care outpatient clinic with excessive fatigue, weight loss, jaundice of the eyes, and impaired balance for 4-5 months. Retired, lonely patient did not report alcohol or smoking. There was no known chronic illness. Physical examination revealed that the patient had cachexia and scleral ictericia, the liver was palpabl 2 cm. under the costal margin, and there were wheezes in the lungs. Pancytopenia and MCV elevation were present in the blood tests of the patient. Other blood tests, abdominal ultrasonography and direct coombs test were normal. Blood transfusion was performed and 1000 mcg B12 vitamin (cyanocobalamin) and 5 mg folic acid treatment were started. As the patient was older than 65 years and gave a story of living alone, it was diagnosed as Vitamin B12 deficiency because of the nutritional reasons. This case was presented because it was a demonstrative and instructive example of Vitamin B12 deficiency which is one of the most common community health problems.

Key words: anemia, vitamin B12, pancytopenia

¹⁾ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

Giriş

B12 vitaminine kan hücrelerinin olgunlaşmasında, sinir sisteminin normal fonksiyonlarını gerçekleştirmesinde ihtiyaç duyulur ve DNA sentezinde rol alan kimyasal reaksiyonlarda koenzim olarak görev yapar.⁽¹⁾ İnsan vücudunda B12 sentezi söz konusu değildir. B12 vitamini hayvansal gıdalarda özellikle kırmızı ette bulunur.⁽²⁾ Vücudun günlük minimum vitamin B12 ihtiyacı 2,5 µg'dır.⁽³⁾ Besin maddelerinde vücudun ihtiyacını karşılayacak kadar B12 vitamini bulunmakla beraber, eksikliği toplumumuzda sık görülen bir halk sağlığı problemidir.⁽¹⁾ Vücuttaki B12 depolarının boşalması ile beraber eksiklik, klinik görünümle ortaya çıkar.⁽⁴⁾

Epidemiyolojik çalışmalar artan yaşla beraber anemi sıklığının arttığını göstermektedir. Birleşmiş Milletler Sağlık ve Beslenme Çalışması III'e (NHANES III) göre 65 yaşın üzerindeki Amerikan halkının %10'unda anemi saptanmıştır ve bu oran 85 yaşın üzerine çıkınca kadınlarda %25'e, erkeklerde %20'ye kadar varır.⁽⁵⁾ Asya ülkelerinde anemi oranlarının %8.3-16.3 arasında belirtilmektedir.^(6,7)

B12 vitamini eksikliği yetişkinlerde birinci basamakta sık karşılaşılan makrositer aneminin en önemli nedenidir. Erişkinlerde özellikle yaşlı hastalarda sıktır.⁽¹⁾ B12 vitamini eksikliği hematolojik, nörolojik, gastrointestinal, psikiyatrik, dermatolojik ve kardiyak belirtilerle karşımıza çıkabilmektedir.⁽⁸⁾ Solukluk, hafif ikter, takipne, taşikardi gibi anemi bulguları gözlenebilir. Açıklanamayan parestezi, kol-bacakta hissizlik, kognitif değişiklikler, dengesiz yürüme, ataksi, demans, alt ekstremitede vibrasyon ve pozisyon hissini yokluğu görülür. Nörolojik ve psikiyatrik bulgular hematolojik bulgulardan önce de ortaya çıkabilir. Dilde papillaların atrofi, düz, parlak kırmızı dil tespit edilebilir.⁽⁹⁾

Beslenme düzeni iyi olmayan ve nöropsikiyatrik bulguları olan yaşlılarda, uzun süredir vejetaryen beslenenlerde, gastrik ya da ince barsak cerrahisi geçirenlerde, inflamatuvar barsak hastalıklarında,

uzun süredir H2 reseptör blokeri ve proton pompa inhibitörü kullananlarda, bir bulgu olmasa da, B12 vitamini eksikliğinden şüphelenilmelidir.⁽⁹⁾ Doğru tanı koyulması ve etyolojik faktörün saptanması için gerekli çalışmalar yapılmalı; doğru ilaç ile yeterli sürede tedavi edilmesi gerektiği akıldan çıkarılmamalıdır.⁽¹⁰⁾ Bu çalışmada B12 vitamini eksikliğinin ve ayırıcı tanısının bir olgu ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Altmış dokuz yaşında, erkek hasta İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 4-5 aydır aşırı halsizlik, kilo kaybı, gözlerde sararma ve denge bozukluğu ile başvurdu. Emekli, yalnız yaşayan hasta; sigara ve alkol kullanımı belirtmedi. Bilinen kronik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede; hasta kaşektik, skleraları ikterik olup, karaciğer kot altında 2 cm. palpabl tespit edildi. Akciğerde de yer yer ronkusalı mevcuttu.

Hastanın laboratuvar incelemesinde; beyaz küre: 3.31 K/uL (N: 4-10 K/uL), lenfosit 0.71 K/uL (N:0,8-4K/uL), kırmızı küre: 1.2 M/UL (N:3,5-5 M/uL), hemoglobin: 5.4 gr/dl (N:11-15 gr/dl), trombosit sayısı: 122 K/ul (N:150-400 K/ul), OEH: 110 fl (N:80-100 fl), bilirubin: 2.79 gr/dl (0.3-1.2 gr/dl) olup, pansitopeni bulundu. Gaitada gizli kan negatif, vitamin B12: 85 pg/ml (211-911 pg/ml) ve folat 10.4 ng/ml (N:3-17 ng/ml) idi. Acil polikliniğe yönlendirilen hasta 3 ünite kan replasmanı yapılmasından sonra genel durum bozukluğu ve ileri tetkik tedavi amaçlı iç hastalıkları kliniğine yatırıldı. Transfüzyon sonrası kontrol hemoglobin: 8.7 gr/dl (N:11-15 gr/dl) olarak geldi.

Hastanın, batın ultrasonografisi ile direk coombs testi normaldi. Hastanın kemik iliği yanıtının değerlendirilmesi için siyanokobalamin 1 mg/1 ml ampul gün ve folik asit 5 mg/gün olarak 10 gün verildi. Hastanın 11. gününde beyaz küre: 3.7 k/uL, hemoglobin: 9.1 gr/dl (N:11-15 gr/dl), trombosit sayısı: 237 K/uL (N:150-400 K/ul) olan 1000 mcg

siyanokobalamin ve 5 mg folik asit ve proton pompa inhibitörü ile idame tedavisi reçete edilerek taburcu edildi.

Türk Hematoloji Derneği Vitamin B12 Eksikliği Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre; siyanokobalamin parenteral tedavisi; başlangıç dozu, 100-1000 mcg/gün IM veya SC, 1 hafta süreyle her gün, takiben haftada 2 gün 2 hafta süreyle, sonra haftada 1 defa 1-2 hafta süreyle önerilmektedir. İdame tedavisi de 100-1000 mcg aylık dozda yaşam boyu sürdürülmektedir.⁽⁹⁾ Sunulan hastada da siyanokobalamin tedavisi protokole uygun şekilde düzenlendi.

Tartışma

B12 vitamini eksikliği hematolojik, nörolojik, gastrointestinal, psikiyatrik, dermatolojik ve kardiyak belirtilerle hastaların polikliniklere başvurabildiği sık görülen bir makrositer anemi nedenidir.^(1,8) Aneminin neden olduğu pek çok klinik semptom yanında mortalite üzerine etkisi olduğu da ileri sürülmüştür. Zakai ve ark. Kardiyovasküler Sağlık Çalışması'na (The Cardiovascular Health Study) 3.758 hastayı 3 sene izlemişler sadece anemi değil hemoglobindeki 1 gr/dL düşmenin de hem

erkek hem kadında mortalite ile ilişkili olduğunu saptamışlardır.⁽¹¹⁾

Üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda aile hekimliği polikliniğine denge bozukluğu, ikter, çabuk yorulma, kilo kaybı ile gelen 69 yaşındaki hastada, anamnez ve fizik muayenede ön tanıda nörolojik, hematolojik, gastrointestinal hastalıklar ve malignite düşünülerek yapılan laboratuvar tetkiklerinde ağır anemi ve OEH:110 fl yüksekliği (N:80-100 fl) saptandı. Olgudaki OEH yüksekliği makrositer anemilere işaret edip makrositer anemilerin en önemli nedenlerinden biri olan B12 vitamini eksikliğini akla getirdi. Klinik bulgular, laboratuvarında gözlenen pansitopeni ve OEH yüksekliğinin B12 vitamini eksikliği düşündürmesiyle hastanın tedavisi başlanıp laboratuvar değerleri takip edilerek tedaviye yanıt alındığı gözlemlendi.

Altmış beş yaş üstü olması ve yalnız yaşama ve düzensiz beslenme öyküsü vermesi değerlendirildiğinde; olgunun vitamin B12 eksikliğinin nutrisyonel nedenlere bağlı olması olasıdır.^(12,13) Birinci basamağa başvuran yaşlı ve yalnız yaşayan hastalarda semptom varlığında ayırıcı tanıda B12 vitamini eksikliğine bağlı makrositer aneminin getirilmesi akıllıcadır.

Kaynaklar

1. Tuzcu MS, Benli AR, Kumbasar A. B12 Vitamin Eksikliğinin etyolojisinin araştırılması ve B12 vitamin düzeyi ile, homosistein, folat düzeyleri ve tiroid fonksiyon testleri arasındaki ilişkinin saptanması. *Bozok Tıp Derg* 2018;8(1):25-30.
2. Küçük H, Dilsiz G, Demircan N, Aktunç E, Demir Akça AS, Köktürk F. B12 Vitamin Düzeyi Eksikliği Olan Hastalarla Normal Olan Hastaların Kardiyovasküler Risk Faktörleri Açısından Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi. *Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015;2(1):1-11.
3. Bay A, Öner AF, Nalbantoğlu Ö, Demirtaş M, Açıkgöz M. Megaloblastik Anemili 45 Olgunun Hematolojik Yönden Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 2006;13(2):46-8.
4. Dankı D, Telci Ş, Okay İT. B12 Vitamin Eksikliğinin Bağlı Psikotik Bozukluk. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006;16:109-13.
5. Gunter EW, Lewis BG, Koncickowski SM. Laboratory procedures used for the third national health and nutrition examination survey (NHANES III) 1988-1994. Atlanta: GA 30341-3724; National Centers of Disease Control and Prevention:1996.
6. Bang SM, Lee OJ, Kim YJ, et al. Anemia and activities of daily living in the Korean urban elderly population: Results from the Korean Longitudinal Study on Health and Aging (KLoSHA). *Ann Hematol* 2013;92(1):59-65.
7. Choi CW, Lee J, Park KH, et al. Prevalence and characteristics of anemia in the elderly: Cross-sectional study of three urban Korean population samples. *Am J Hematol* 2004;77(1):26-30.
8. Maralcan M, Ellidokuz E. Vitamin B12 Eksikliği. *Güncel Gastroenteroloji* 2004;8(3):199-204.
9. Türk Hematoloji Derneği. B12 Vitamini Eksikliği Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/94/bolum-i-b12-vitamini-eksikligi-tani-ve-tedavi-kilavuzu.pdf>. Erişim tarihi: 24.04.2018.
10. Ocakçı S. Birinci basamakta demir ve B12 eksikliği anemilerine yaklaşım. *Smyrna Tıp Dergisi* 2012;2(Ek-1):51-3.
11. Zakai NA, French B, Arnold AM, et al. Hemoglobin decline, function, and mortality in the elderly: The cardiovascular health study. *Am J Hematol* 2013;88(1):5-9.
12. Hvas AM, Nexø E. Diagnosis and treatment of vitamin B12 deficiency. An update. *Haematologica* 2006;91:1506-12.
13. Green R, Allen LH, Björke-Monsen AL, Brito A, Guéant JL, Miller JW, et al. Vitamin B12 deficiency. *Nat Rev Dis Primers* 2017;29(3):17040.

Geliş tarihi: 31/07/2018

Kabul tarihi: 18/02/2019

Çevrimiçi yayın tarihi: 25/03/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Tuğba Yazan Şahan,

e-posta: tugbanzyy@gmail.com

Çocukta atipik klinik görünümü herpes zoster enfeksiyonu: Bir olgu sunumu

Atypical clinical manifestation of herpes zoster infection of a child: A case report

Bade Ertürk Arık¹, Selçuk Mısıık², Nurten Özmen³, Ferhat Arık⁴

Özet

Herpes zoster, arka kök ganglionlarında sessiz kalan varisella zoster virüsünün tekrar aktivasyonu ile oluşur. Herpes zoster dermatomlara yerleşen akut, veziküler döküntü ile seyreden bir hastalıktır. Herpes zoster, sıklıkla ileri yaşta ve immunsuprese kişilerde görülürken, sağlıklı çocuklarda nadir görülür. Günümüzde herpes zosterin sağlıklı çocuklarda görülme sıklığı gittikçe artmaktadır. Bu artış, immunitenin tam gelişmediği erken çocukluk döneminde ya da intrauterin dönemde varisella enfeksiyonuna maruz kalma ile açıklanmaktadır. Herpes zoster %75 ile en sık torakal bölgeyi tutmakta iken olgumuzda olduğu gibi sakral tutulum %2 ile oldukça nadir görülmekte ve bu tutulum atipik prezentasyon olarak ifade edilmektedir. Herpes zoster çok nadir de olsa sağlıklı çocuklarda görülebilmekte ve daha iyi seyredip komplikasyonsuz iyileşmektedir. Sağlıklı çocukta herpes zoster gelişimini yoğun stres, kilo verme, bakteriyel, viral ve paraziter enfeksiyonlar kolaylaştırmaktadır Aile hekimliği polikliniğine Ekim 2018 tarihinde sağ bacak popliteal bölgede veziküler döküntülerle başvuran kız çocuğu değerlendirildi. Hastanın suçiçeği geçirme öyküsü, suçiçeği aşısı, kronik hastalık mevcudiyeti, emosyonel stres, operasyon, travma, immun baskılayıcı ilaç kullanımı, radyasyon öyküsü sorgulandı. Olgumuzda 8 yaşında, daha önce suçiçeği geçirdiği bilinen, immunsupresif bir hastalığı olmayan ve atipik prezentasyon ile gelen herpes zoster enfeksiyonlu hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: çocuk, herpes zoster, deri Bulguları

Summary

Herpes zoster is formed by reactivation of the varicella zoster virus which is silent in the posterior root ganglia. Herpes zoster is an acute, vesicular rash which is located in dermatomes. Herpes zoster is frequently seen in elderly and immunocompromised people and is rare in healthy children. The prevalence of herpes zoster in healthy children is increasing nowadays. This increase can be explained as exposure to varicella infection in the early childhood or in the intrauterine period where immunity is not fully developed. Herpes zoster is most common on thoracic region by 75%, where as sacral involvement is very rare with 2% as in our case; and this involvement is expressed as atypical presentation. Herpes zoster is rarely seen in healthy children and it heals better and without any complications. Intensive stress, weight loss, bacterial, viral and parasitic infections facilitates the development of herpes zoster in healthy children. A girl was admitted to the family medicine outpatient clinic in October 2018 with vesicular rashes on the popliteal region of the right leg. A history of varicella infection, varicella vaccine, chronic disease, emotional stress, operation, trauma, immunosuppressive drug use, radiation history were questioned. In this case, an 8-year-old patient with an atypical presentation of herpes zoster infection who was known to had chickenpox and who had no immunosuppressive disease was presented.

Key words: child, herpes zoster, skin manifestations

¹Tomarza Yaşar Karayel İlçe Devlet Hastanesi Aile Hekimliği / Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Melikgazi / Kayseri

³Tomarza Yaşar Karayel İlçe Devlet Hastanesi / Kayseri

⁴Tomarza Yaşar Karayel İlçe Devlet Hastanesi İç Hastalıkları / Kayseri

Giriş

Varisella zoster virüs (VZV), çift sarmallı Herpes virüs grubundan olan bir DNA virüsüdür. Herpes zoster (HZ), zona olarak da bilinmekte ve sıklıkla varicella-zoster virüsü (yani su çiçeği) ile birincil enfeksiyondan sonra latent olarak bir duyu arka kök ganglionunda veya kranial sinir ganglionlarında kalabilmektedir. Daha sonra endojen latent varisella zoster virüsünün reaktivasyonu ile HZ meydana gelir.⁽¹⁾ Bir ya da daha fazla duyu siniri (dermatom) boyunca lokalize tek taraflı papüloveziküler döküntü ile karakterizedir⁽²⁾.

HZ, daha çok ileri yaşta görülür. Çocukluk çağında nadir görülen bir hastalıktır. HZ ile çocukluk çağında malignite, immünyetmezlik, immun-supresif ilaç kullanımı gibi durumlarında karşılaşılabılır. Sağlıklı çocuklarda çok nadir görülmektedir^(1,3).

Olgu Sunumu

8 yaşında kız çocuğu polikliniğimize sağ bacak popliteal bölgede 3 gün önce hafif bir ağrı, kaşıntı ve kızarıklık ile başlayan ve devamında gelişen kabarcıklı döküntüler nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinden immün yetmezliğe yol açacak hastalığı olmadığı, ilaç kullanmadığı, 6 yaşında suçiçeği geçirdiği ve annesinin hamilelik döneminde varisella enfeksiyonu geçirmediği öğrenildi.



Ailesinden 1 hafta önce evcil hayvanı olan kusunun öldüğünü ve buna çok üzüldüğü öğrenildi. Vakanın diğer sistem muayeneleri doğal olarak değerlendirilirken, dermatolojik muayenesinde sağ bacak popliteal bölge üst kısımdan başlayan (S1-S2), eritemli zeminde yer yer birleşme eğiliminde olan veziküler erupsiyonlar izlendi (**Resim 1a-1b**). Tam kan ve rutin biyokimya incelemeleri normal sınırlardaydı. Olgumuzun tüm çocukluk çağı aşıları tamdı.

Olguya asiklovir süspansiyon 20 mg/kg/gün ve lokal tedavi verildi. 7 gün sonra lezyonlar gerileyip yakınmaları kayboldu (**Resim 2a-2b**). Herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Tartışma

Herpes zoster sıklıkla ileri yaşlarda görülen bir hastalık olup 10 yaşından önce nadir görülür.⁽¹⁾ HZ çocukluk çağında daha çok immün sistemin tam gelişmediği dönemlerde, ilk bir yaşında primer enfeksiyon (suçiçeği) geçirenler, intrauterin dönemde transplental olarak virüsü alanlar, VZV'ye yoğun olarak maruz kalanlar veya immünyetmezlik bir hastalığı olanlarda görülür^(1,3,4). Sağlıklı çocuklarda nadiren görülür ve genellikle hafif seyirlidir^(5,6).

Literatürde çocukluk çağında HZ geçiren olgu-



ların büyük kısmının öyküsünde geçirilmiş varisella enfeksiyonu bulunmaktadır. Hastaların çoğunluğu 5 yaş üzerindedir.^(1,3,4) Bizim olgumuz literatürle uyumlu olarak, 5 yaş üzerinde (8 yaş) idi ve daha önce suçiçeği geçirme öyküsü vardı. HZ klinik özelliği döküntü gelişmeden önce ve döküntü sırasında tutulan dermatom alanında ağrının olmasıdır.^(1,4) Erişkinde lezyonlar sıklıkla ağrı ile başlar, çocukluk çağında ise lezyonlar ağrı yerine kaşıntı ile başlayabilir.⁽⁵⁾ Bizim olgumuzda da kaşıntı ön planda olup ağrının hafif olduğu tariflendi.

Literatürde HZ'nin en sık torakal (%75), lomber (%11), servikal (%9), trigeminal (%3), sakral (%2) dermatomları tuttuğu bildirilmiştir.^(3,5) Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise en sık trigeminal dermatom tutulumu saptanmıştır ve bunun nedeni olarak da çalışmanın sadece yatan hastalarda yapılmış olması sonucuna varılmıştır.⁽⁷⁾ Bizim olgumuzda ise literatürde en az sıklıkla görülen sakral dermatom alanında, nadir görülen popliteal bölgede lezyonlar tespit edilmiştir.

Kronik stresin, sağlıklı çocuklarda görülen HZ için etken olabileceği bildirilmiştir.⁽⁸⁾ Olgumuzda da hastanın bir hafta önce evcil hayvanının öldüğü ve buna çok üzüldüğü öğrenildi.

HZ sağlıklı çocuklarda komplikasyonsuz olarak ve genellikle 1-3 haftada iyileşir. HZ'de lezyon alanında sekonder enfeksiyon nedeniyle oluşan skatris, ekskoriyasyon ve depigmentasyon sık görülen komplikasyonlardır.⁽¹⁾ Diğer nadir görülen komplikasyonlar ise ensefalit, aseptik menenjit, dissemine HZ, pnömoni, Ramsay Hunt sendromu ve anterior üveittir. Özellikle immunsupresyonu olan hastalarda gözlenen bu komplikasyonlar sağlıklı çocuklarda da bildirilmiştir.^(1,3,9,10) Bizim hastamızda herhangi bir komplikasyon gözlemlenmedi.

HZ'de akut zoster ağrısı, kraniyal sinir tutulumu, immün yetmezlik, atopik dermatit ve dissemine zoster varlığında antiviral tedavi önerilmekten, bunlar dışında HZ kendiliğinden iyileşme eğiliminde olduğu için antiviral tedavinin gerekli olmadığı kabul görmüştür.^(5,9,11) Bazı araştırmacılar immunitesi normal olan hastalarda iyileşmeyi hızlandırmak ve komplikasyonu azaltmak için antiviral tedavinin yararlı olabileceğini düşünmektedir.^(12,13) Ülkemizde pediatrik yaş grubunda asiklovir ve valasiklovirin kullanımı onaylanmıştır. Antiviral tedavi semptomların ortaya çıkmasından sonraki 72 saat içerisinde tedaviye başlanması ve 7 gün veya yeni lezyonların ortaya çıkması durduktan iki gün sonrasına kadar önerilmektedir.^(14,15)



Hastamızın semptomları 72 saat içinde ortaya çıktığı için oral asiklovir tedavisi 7 gün uygulanmıştır. Hastada tedaviye bağlı bir komplikasyon gözlemlenmedi.

Sonuç

Sonuç olarak sağlıklı çocuklarda da bazı tetikleyici faktörlerle nadiren herpes zoster hastalığı ile karşılaşılabilir; sıklıkla torakal ve lomber tutulum görülmekte; daha az sıklıkla servikal ve en az sakral dermatomların tutulduğu görülmektedir.

Klasik tutulumun yanı sıra atipik prezentasyonlar şeklinde de karşımıza çıkabilmekte ve genellikle tek dermatomda sekel bırakmadan iyileşmektedir.

Yoğun stres, kilo verme, bakteriyel, viral ve paraziter enfeksiyonların erişkinlerde olduğu gibi çocukta da herpes zoster reaktivasyonunu kolaylaştırıcı etkisi bulunmaktadır. Sağlıklı çocuklarda herpes zoster genellikle iyi seyirlidir ve komplikasyon gelişmez. Uygun hastalarda verilen antiviral tedavi ile etkin tedavi sağlanmaktadır.

Kaynaklar

1. Leung AK, Robson WL, Leong AG. Herpes zoster in childhood. J Pediatr Health Care 2006;20(5):300-3.
2. Yalaki Z, Ayça Ö, Taşar M, Yıldız D. Varisella zoster virüs enfeksiyonları. Clin Science&Doctor J 2005;11:176-86.
3. Petursson G, Helgason S, Gudmundsson S, Sigurdsson JA. Herpes zoster in children and adolescents. Pediatr Infect Dis J 1998;17(10):905-8.
4. Erdal E, Tüzün YKA, Serdaroğlu S. Viral Hastalıklar. Pediatrik Dermatoloji'de. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2005;607-44.
5. Kakourou T, Theodoridou M, Mostrou G, Syriopoulou V, Papadogeorgaki H, Constantopoulos A. Herpes zoster in children. J Am Acad Dermatol 1998;39(2 Pt 1):207-10.
6. Bale JF Jr. Human herpesviruses and neurological disorders of childhood. Semin Pediatr Neurol 1999;6(4):278-87.
7. Rahşan M, Ersoy Evans S, Şahin S. Çocukluk çağı herpes zoster enfeksiyonu: 15 vakalık retrospektif bir çalışma. Türkiye Klinikleri J Dermatol 2005;15(3):121-4.
8. Gupta MA, Gupta AK. Herpes zoster in the medically healthy child and covert severe child abuse. Cutis 2000;66(3):221-3.
9. Takayama N, Yamada H, Kaku H, Minamitani M. Herpes zoster in immunocompetent and immunocompromised Japanese children. Pediatr Int 2000;42(3):275-9.
10. Pena JA, Pirics ML, DiCaprio HS, et al. Varicella reactivation presenting as shingles and aseptic meningitis in an immunocompetent 11-year-old boy. Clin Pediatr (Phila) 2009;48(4):435-7.
11. Nikkels AF, Nikkels-Tassoudji N, Pierard GE. Revisiting childhood herpes zoster. Pediatr Dermatol 2004;21(1):18-23.
12. Semenovitch I, Lupi O. A seroepidemiologic survey of the prevalence of varicella-zoster virus in the pediatric population in two university hospitals in Brazil. Int J Dermatol 2003;42(3):193-6.
13. Smith CG, Glaser DA. Herpes zoster in childhood: case report and review of the literature. Pediatr Dermatol 1996;13(3):226-9.
14. Kurlan JG, Connelly BL, Lucky AW. Herpes zoster in the first year of life following postnatal exposure to varicella-zoster virus: four case reports and a review of infantile herpes zoster. Arch Dermatol 2004;140(10):1268-72.
15. Feder HM Jr, Hoss DM. Herpes zoster in otherwise healthy children. Pediatr Infect Dis J 2004;23(5):451-7.

Geliş tarihi: 17/12/2018

Kabul tarihi: 11/03/2019

Çevrimiçi yayın tarihi: 25/03/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Bade Ertürk Arık,

e-posta: badeerturk@gmail.com