

ISSN 1308 - 531X

Turkish Journal of Family Practice

# Türkiye

# Aile Hekimliği



Cilt  
Volume **25** | Sayı  
Number **2** | Haziran  
June **2021**

Dergisi



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır  
[www.turkailehekderg.org](http://www.turkailehekderg.org)

**Sahibi / Owner**

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

**Baş Editör / Editor in Chief**

Prof. Dr. Esra Saatçı  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile  
Hekimliği, Adana, Türkiye  
esra.saatci@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-4881-5906

**Editörler / Editors**

Doç. Dr. Ümit Aydoğan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
uaydogan06@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-4114-3473

Doç. Dr. Umut Gök Balcı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi  
Tepecik SUAM, İzmir, Türkiye  
dr\_ugb@yahoo.com  
ORCID: 0000-0002-5048-204x

Prof. Dr. Serdar Öztora  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye  
droztora@yahoo.com  
ORCID: 0000-0001-9336-6009

Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile  
Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye  
m.kursatsahin@yahoo.com  
ORCID: 0000-0002-3490-6009

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural  
Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye  
zeynepvural@mynet.com  
ORCID: 0000-0001-6131-7085

**Dizgi-Grafik / Graphics**

Arzu Deniz ÖLMEZ - Ayfer ERYEŞİL

**Yayın Koordinatörü / Publication Coordinator**

Hira Gizem FİDAN

**Yayın Sekreteri / Publication Secretary**

Hilal KARAKAYA

**Yayın Türü:** Yaygın Süreli

**Yayınevi / Publisher**

LOGOS YAYINCILIK TİC. A.Ş.  
Yıldız Posta Cad. Sinan Apt. No. 36 D. 63/64  
34349 Gayrettepe-İstanbul



**Tel** : (0212) 288 05 41  
**Faks** : (0212) 211 61 85  
**E-mail** : logos@logos.com.tr  
**web** : www.logosyayincilik.com

e-ISSN 1308 - 531X

# Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

*Turkish Journal of Family Practice*

**Yıl / Year 2021**

**Cilt / Volume 25**

**Sayı / Issue 2**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

Dergi üç ayda bir (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) olarak yayımlanan  
açık erişim, ücretsiz ve hakemli bir dergidir.

Türkiye Atf Dizini, Index Copernicus,  
EBSCOHost, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini tarafından dizinlenmektedir.

The journal is published quarterly (March, June, September, December)  
TJFP is an open access, free and peer-reviewed journal.

Turkish Journal of Family Practice is indexed by Turkey Citation Index  
Index Copernicus, EBSCOHost, TUBITAK TR index.

©Her hakkı saklıdır. Bu dergide yer alan yazı, makale, fotoğraf ve illüstrasyonların elektronik ortamlarda dahil olmak üzere kullanma ve çoğaltılma hakları Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'ne aittir. Yazılı ön izin olmaksızın materyallerin tamamının ya da bir bölümünün çoğaltılması yasaktır. Dergi Basım Meslek İlkeleri'ne uymaktadır.

©All rights are reserved. Rights to the use and reproduction, including in the electronic media, of all communications, papers, photographs and illustrations appearing in this journal belong to TAHUD. Reproduction without prior written permission of part or all of any material is forbidden. The journal complies with the Professional Principles of the Press.



**Teknik Yönetim Kurulu /  
Technical Management Board**

Uzm. Dr. Birgül Coşkun,  
Karayolları 1. Bölge Müdürlüğü  
Kurum Hekimliği, İstanbul, Türkiye  
birgulhan@yahoo.com

Uzm. Dr. Işık Gönenc,  
Haydarpaşa Numune  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği,  
İstanbul, Türkiye  
gonenc68@yahoo.com

Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer,  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Edirne, Türkiye  
ondersezer@trakya.edu.tr

Doç. Dr. Erdinç Yavuz,  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Samsun Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,  
Samsun, Türkiye  
erdincyavuz@gmail.com

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü /  
Responsible Managing Editor**

Prof. Dr. Serdar Öztora  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye  
droztora@yahoo.com  
0000-0001-9336-6009

**Dil Editörü / Language Editor**

Ümit Özkan

**İstatistik Editörü / Statistics Editor**

Doç. Dr. Selçuk Korkmaz

**Yönetim Yeri / Administrative Office**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel  
Merkezi, Güzeltepe Mah. Ahmet Rasim Sok.  
No:44/3, Çankaya - ANKARA

**Yazışma Adresi / Business Correspondence**

e-posta: tahud@tahud.org.tr

## Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu / National Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Edirne

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu  
Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği / Ankara

Prof. Dr. Mehmet Ungan  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Ankara

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı /  
Eskişehir

## Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu / International Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Thomas Freeman  
The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /  
Ontario, Canada

Prof. Dr. Michael Kidd  
Faculty of Health Sciences, Flinders University / Adelaide, Australia

Prof. Dr. Jan De Maeseneer  
Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ghent / Ghent,  
Belgium

Prof. Dr. Waris Qidwadi  
Aga Khan University / Karachi, Pakistan

Prof. Dr. Richard G. Roberts  
School of Medicine, and Public Health, University of Wisconsin / Madison,  
WI, USA

Prof. Dr. Moira Steward  
The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /  
Ontario, Canada

Prof. Dr. Nabil D. Sulaiman  
College of Medicine, University of Sharjah/ Sharjah, United Arab Emirates

Prof. Dr. Chris van Weel  
Nijmegen Medical Centre, Radboud University / Nijmegen, The Netherlands



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

### AMAÇ KAPSAM

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice (e-ISSN 1308-531X) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Ulusal süreli yayın türünde olan dergi elektronik olarak üç ayda bir yayımlanır. Derginin yayını dili Türkçe'dir. Yabancı yazarlardan gelen yazılar İngilizce yayımlanabilir. Derginin içeriği, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konulardan oluşmaktadır. Dergide; başmakale, araştırma ve derleme makale, olgu sunumu, sürekli tıp eğitimi katkısında bulunacak yazı, kısa rapor, editöre mektup, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayını tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri ve aile hekimliğinden haberler yer alır.

### YAZILARIN HAZIRLANMASI

Yazılar, çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda sadece 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.

### ETİK İLE İLGİLİ KONULAR

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formu alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kuruldan alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunumlarında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayını amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösteren bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar, Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri ile uyumlu şekilde uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır.

Hayvanlar üzerindeki sonuçları bildiren deneysel çalışmaların, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Omurgalı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu (European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose), T.C. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlar İçin Kullanılan Deneysel Hayvanların Üretim Yerleri ile Deneysel Yapacak Olan Laboratuvarın Kuruluş Çalışma Denetleme Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Laboratuvar Hayvanları Biliminin Temel İlkeleri (Principles of Laboratory Animal Science), laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanılmasıyla ilgili el kitaplarında yer alan kural ve ilkelerle uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deneysel Hayvanları Etik Kurulu'ndan alınacakları onay sonrasında yapılmış olması gerekir. Etik Kurul onayı, yazı ile birlikte sunulmalıdır. Yazılarda, insan ve hayvanlarda yapılan çalışmalarda kullanılan ameliyat sonrası ağrı giderici tedavi yöntemleri hakkında da bilgi verilmelidir.

Yazarlar ayrıca, çalışma ile ilgili bilinmesi herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkıları ya da sponsorlukları, çalışmaya ilgili olabilecek mali ilişkileri ya da kişisel çıkar çatışma konuları yayını gönderildiği sırada başvuru mektubunda belirtilmelidir. Derginin Çıkar Çatışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çatışması durumunda kullanılacak "Çıkar Çatışması Beyan Formu"na PDF dokümanı olarak erişilebilir. Dergimiz bilimsel yayını etliğinin kötüye kullanımını ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda Committee on Publication Ethics (COPE) akış şemalarını temel almaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için bkz. www.publicationethics.org

### YAZI ÇEŞİTLERİ

**Özgün Araştırmalar:** Özet, Giriş ve Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazı Kuralları.

**Giriş** bölümünde; çalışma konusu, konunun seçilme nedeni, 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 sunularak 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 değerlendirilmesi 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 da metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; çalışmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemli

vurgulanmalı, başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; çalışmadan 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 tekrarıyla sonuçlandırılmalıdır.

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 yayınılanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara geçerlidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'yı, şekil ve tablo sayısı 2'yi geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

**Olgu Sunumu:** Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirim ve tartışmalardır. 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.

**Derlemeler:** Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazı 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 yayımlanır.

**Yorum Yazıları ve Editöre Mektuplar:** Dergide yayımlanmış 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 uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikiyososyal yaklaşım ile irdelenerek tartışıldığı kısa yazılardır. Gerektiğinde resim (hasta ya da kişi resimlerinde sahibinden izin alınarak) eklenebilir. Başlık, olgu ya da olayın tanımlanması, tartışma soruları ve yanıtlardan oluşur. Bir başka yazarın daha önce gönderdiği durum ve olgular için de kısa yazılar yazılabilir. Bunun için hakkında yazı yazılan olgu ya da olayın yer aldığı dergi sayısı belirtilerek görüşler bildirilebilir. Bu tür yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**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 yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayımlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapanın sorumluluğundadır.

**Dergilerden Seçmeler:** Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanan makalelerden özet bilgiler içeren yazılar 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 Yazıları:** Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurum çalışmalarını ve önemli projelerini 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 yayını politikası ve yayını ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayımlanmış 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 konuları 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 içerebilir.

### YAZI KURALLARI

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 sözcüklerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.



# Yayın Kuralları

Dergiyi gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

- Başlık
- Özet ve abstract
- Metin
- Kaynaklar
- Tablo, şekil ve resimler

**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 başlıkları 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 Terimleri'ne (TBT) (Kaynak için [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com) adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://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 yazar 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 vermesiz 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, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayını ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur.

Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için linke tıklayabilirsiniz>>>

**Makale için:** Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Makalenin adı (ilk harf dışında bütün küçük harflerle) (nokta). Derginin kısaltma ile belirtilen adı (boşluk), yayınlandığı yıl (noktali virgül), cilt (iki nokta üst üste), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Başak O, Güldal D. Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme. *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18(1): 16-24.

Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. *Eur J Gen Pract* 2014; 20(4): 253-9.

**Bildirir için:** Dergiyi gönderilen makalelerde, kongre kitapçığında yayınlanan sözel ya da poster bildirileri de kaynak gösterilebilir. Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bildirinin adı (ilk harf dışında bütün küçük harflerle) (nokta). Sunulan kongre/bilimsel toplantının adı (virgül), yapıldığı yer (virgül), yapıldığı tarih (noktali virgül), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Mansuroğlu YE, Arıca S, Yengil E, Taner M, Özer C. Gebelik beslenmesinin ve vücut kitle indeksi değişikliklerinin makrozomi ile ilişkisi. 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2014; 103. Kitap için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük) (nokta). (Varsa) kaçınıcı baskı olduğu (nokta). (Varsa) cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), Yayınevi (virgül), Yayınlandığı yıl (noktali virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Bozdemir N, Kara İH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Birinci baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2010; 95-7.

Başka bir örnek verelim.

Kitap bölümü için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bölümün adı (ilk harf dışında bütün küçük harflerle) (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük ve sonuna "de"/"da" yazılarak) (nokta). Ed. yazıldıktan sonra editör ad(lar)ı (soyadı ve adlarının baş harfleri) (nokta). (Varsa) kaçınıcı baskı olduğu (nokta). (Varsa) cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), yayınevi (virgül), yayınlandığı yıl (noktali

virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Rakel RE. The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 5. Baskı. Philadelphia, W.B. Saunders, 1995; 3-19.

İnternet sayfası için: (Varsa) yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Sayfanın ya da yazının başlığı (nokta). Tarayıcının adres satırında görünen internet sayfasının tam adresi (boşluk) adresinden gg/aa/yyyy tarihinde erişilmiştir (ya da indirilmiştir) (nokta).

**Örnek:**

WONCA Ad Hoc Task Force on Tobacco Cessation. An International Benchmarking Study of Family Medicine Organisations. <http://www.globalfamilydoctor.com/tobacco/> adresinden 29/09/2002 tarihinde indirilmiştir.

**Şekil, Tablo ve Resimler**

Şekil, tablo ve resimler her biri en çok 6 adet olmak üzere toplam 18'i geçmemelidir. Kısa araştırma raporları için bu sayı ikişerden 6'dır. Her bir kategori kendi içinde Arap rakamlarıyla (1, 2, 3...) numaralandırılmalıdır. Tablolarda tablo numarası ve başlığı üstte, şekillerde ise altta yer almalıdır. Her bir şekil ve tablo ayrı sayfada yer almalıdır. Şekil, tablo ve resimlerde standart dışı kısaltma kullanılması gerektiğinde bu durum ilgili başlıkta açıklanmalıdır. Tablo, şekil ve resim/grafikler metin içinde verilmesinin yanı sıra ayrı dosya halinde makale kabul sistemine yüklenmelidir.

## KONTROL LİSTESİ

Hazırlanan yazıların dergiyi gönderilmeden önce aşağıdaki kontrol listesine göre gözden geçirilmesi önerilir:

Yazının uzunluğu (özgün araştırmalar en fazla 3000, kısa araştırma raporları ve olgu sunumları en fazla 1000, derlemeler en fazla 4000 sözcük)

Metin stili (Çift satır aralıklı, her yandan 2.5 cm boşluk bırakılmış, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak yazılmış Word dokümanı)

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

Özetler (Türkçe ve İngilizce; araştırma yazılarında yapılandırılmış; en az 150, en fazla 350 sözcük; kısa raporlarda en fazla 100 sözcük)

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

Şekil, tablo ve resimler (Her biri en çok 6 adet olmak üzere en fazla 18;

kısa araştırma raporlarında ikişerden en fazla 6 adet; numaralandırma;

gereğinde özgünlük/izin yazısı)

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çatışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

## GENEL KURALLAR

Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmaması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

Dergiyi gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucunda derginin yayınına uygun bulunmayan yazılar Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmadan reddedilebilir ya da yayınına uygun ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda Yayın Kurulu incelemesi aşamasının ardından Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulur.

Bilimsel Danışma Kurulu'na 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 yanıtlar da aynı doğrultuda ise 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 gönderilebilir. Bu durumda üçüncü hakemden gelen yanıtı göre karar verilir.

Dergimiz, derneğimiz ve yayıncı, yayımlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayımlanan yazı ve resimler derginin mali olur (bkz. Telif Hakları). Dergiden yapılacak her türlü alıntının, bilinen standartlarda kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

Toplam 20 basılı sayfayı geçen bir yazı ya da yazı serisi, dergi ek sayısı (supplementum) olarak yayımlanmak üzere kabul edilebilir. Bu durumda bütün masrafların yazar(lar) tarafından karşılanması istenir. Ayrı baskı talepleri ücret karşılığında yerine getirilir.





# İçindekiler / Contents

---

## Derleme / Review

### **COVID-19 Pandemisinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Aile Hekimliği Yaklaşımı**

*Post Traumatic Stress Disorder in the COVID-19 Pandemic: A Family Medicine Approach*

Hüseyin Serinçay, Gökçe Mat, Ersin Ülger, Alis Özçakır, Züleyha Alper

37-46

## Orijinal Araştırmalar / Original Research

### **Obezite Merkezine Kayıtlı Hastalarda D Vitamini Düzeyinin Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi**

*The Relationship of Vitamin D Status with Body Mass Index Among Obese Patients Registered to the Obesity Center*

Mahcube Çubukçu, Eda Türe, Bahadır Yazıcıoğlu, Erdinç Yavuz

47-52

### **Erişkin Kişilerin Kolorektal Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi**

*Examining the Knowledge, Attitudes and Behaviors of Adults about Colorectal Cancer Risk Factors and Early Diagnosis Methods*

Esra Sancaktar, Özge Tuncer

53-58

### **Aile Hekimlerinin Vertigo Farkındalığının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma**

*Evaluation of Family Physician's Awareness of Vertigo: A Cross-sectional Study*

İrfan Kara, Muhammed Gazi Yıldız, Raziye Şule Gümüştakım, Adem Doğaner, Saime Sağıroğlu, Nagihan Bilal, İsrail Orhan

59-65

## Olgu Sunumu / Case Report

### **Kronik İshal ile Prezante Olan İnek Sütü ve Yumurta Alerjisi: Olgu Sunumu**

*Cow's Milk and Egg Allergy Presented With Chronic Diarrhea: Case Report*

Sadiye Şener Çalışkan, Nurten Karataş

66-68

## Editörden

Değerli Okurlarımız,

COVID-19 pandemisinde 1 Temmuz 2021 tarihi itibarı ile gelinen son durum; dünyada 181.930.736 konfirme vaka, 3.945.832 ölüm ve 2.950.104.812 doz aşı, ülkemizde ise 5.425.652 konfirme vaka, 49.732 ölüm ve toplam 50.718.545 doz aşı yapılmış olduğu şeklindedir. Aşılama durumu incelendiğinde, birinci doz aşı yapılan kişi sayısı 35.141.957, ikinci doz aşı yapılan kişi sayısı 15.244.658'dir.

Hızlı ve yüksek aşılama oranlarına rağmen sağlık çalışanları arasında hala COVID-19'a bağlı can kayıpları yaşanmaya devam etmektedir. Bugüne dek 436 (397 çalışan ve 39 emekli olmak üzere) sağlık çalışanı COVID-19 nedeniyle görev şehidi olmuştur. Kendilerini saygı, minnet ve rahmetle anıyor, ailelerine başsağlığı diliyoruz.

**Covid-19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlık çalışanlarımızı saygıyla anıyoruz.**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

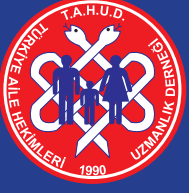
30.06.2021



Görseli hazırlayan Gözde Kemeröz Usgurlu ve Mine Kaya Bezgin'e teşekkürlerimizle

COVID-19 aşılama çalışmaları, tüm hızıyla ve aile hekimleri/aile hekimliği uzmanlarının üstün gayretleri ile devam ederken önümüzdeki aylarda bizleri nelerin beklediğini öngörmeye çalışmak ve bu öngörüler çerçevesinde yol haritaları oluşturmak yapmamız gereken akıllıca hamlelerden biri olacaktır. Gelecek hazırlıklarımızı yapabilmek için aşağıdaki soruların cevaplarını aramamız gerekmektedir:

- \* Ülkemizde de görülmeye başlayan Delta varyantı ile dördüncü dalga yaşanacak mı?
- \* Turizm sezonu ile pandemi nasıl bir gelişim/değişim/dönüşüm gösterecek?
- \* 1 Temmuz 2021 itibarı ile tüm kısıtlamaların ortadan kalkmasına bağlı olarak iş, aile ve sosyal yaşamımızda neler değişecek?
- \* Bu değişimlere nasıl cevap verilecek?
- \* Bu cevaplarda aile hekimliği uzmanlarının bütüncül yaklaşımları ne derece etkili olacak?
- \* Eylül 2021'de okullarda yüz yüze eğitim başladığında bizi neler bekliyor olacak?
- \* Aşı karşıtlığı ile nasıl mücadele edilecek?
- \* Pandemi döneminde aksayan eğitimlerin telafisi nasıl ve ne kadar sürede yapılabilecek?



- \* Aile sağlığı merkezlerinin yükleri nasıl azaltılabilecek?
- \* Pandemiye çok büyük fedakarlıklarla çalışan ve hala çalışmaya devam eden aile hekimliği asistan ve uzmanlarımızın özlük haklarını iyileştirmek için neler yapılabilecek?
- \* Ertelenen birinci basamak sağlık hizmetleri (koruyucu hizmetler ve kronik hasta takipleri) ne kadar sürede telafi edilebilecek?
- \* Bu telafiler, aile hekimliği uzmanlarına hangi yeni yükleri getirecek?
- \* Toplumumuz, dezenformasyondan ve misinformasyondan nasıl korunacak?
- \* Mart 2020'den günümüze geçen 15 aylık süreçte uğramış olduğumuz kayıplar nasıl telafi edilecek?
- \* Eski/güzel/rutin/normale dönülebilecek mi?
- \* Evet ise ne zaman?

Soru listesi arttırılabilir.

Değerli Meslektaşlarım, yaşadığımız bu olağanüstü dönemin sonuna yaklaşırken umarım 2021 yaz döneminde, biraz olsun rahatlayabilir, maddi-manevi yorgunluklarımızı geride bırakabilir, gerek COVID-19 pandemisi gerekse yaşamın diğer alanları açısından olumlu gelişmeler ve güzel günler yaşayabiliriz.

Bu yeni sayımızda bir derleme, üç orijinal araştırma makalesi ve bir olgu sunumu yer almaktadır. Bu sayının yayına hazırlanmasında emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize ve editör yardımcılarımıza ve Dergimize hak ettiği değeri veren siz okurlarımıza çok teşekkür ederiz.

Sağlıklı günler dileğiyle

Prof. Dr. Esra Saatçı





# COVID-19 Pandemisinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Aile Hekimliği Yaklaşımı

## Post Traumatic Stress Disorder in the COVID-19 Pandemic: A Family Medicine Approach

Hüseyin Serinçay<sup>®</sup>, Gökçe Mat<sup>®</sup>, Ersin Ülger<sup>®</sup>, Alis Özçakar<sup>®</sup>, Züleyha Alper<sup>®</sup>, Yeşim Uncu<sup>®</sup>

**Attıf/Cite as:** Serinçay H, Mat G, Ülger E, Özçakar A, Alper Z, Uncu Y. COVID-19 pandemisinde travma sonrası stres bozukluğu: Aile hekimliği yaklaşımı. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(2):37-46.

### ÖZ

Araştırmalar, genel nüfusun 2/3'sinden fazlasının yaşamları boyunca en az bir kez travmaya maruz kalabileceğini göstermektedir.<sup>[1]</sup> Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), travmatik olaylara maruz kalmanın en yaygın psikopatolojik sonucudur.<sup>[2]</sup> COVID-19 gibi aşı veya etkili tıbbi tedaviler olmaksızın tanınmayan bir infeksiyon salgını, bireysel ve toplum düzeyinde akut ve kronik etkileri açısından travmatik bir deneyim olarak tanımlanabilir. Bu salgın aile hekimliğinin sağlık sistemindeki merkezi rolünü bir kez daha ortaya koymuştur. Bir yandan aile hekimlerinin toplumun bilgilendirilmesinde aktif rol alması, hastaların triajı ve gerekli durumlarda hastaneye yönlendirilmesi hastaneler ve sağlık sistemi üzerine aşırı yük binmesi ve kaynakların tüketilmesinin önüne geçerken diğer yandan krizde en çok gereksinim duyulan güven duygusunun oluşturulmasında önemli bir görev üstlenmektedirler. Bu makale, travma, TSSB, COVID-19 pandemisinde TSSB ve aile hekimliğinde TSSB yaklaşımı ile ilgili bilgileri özetlemektedir.

**Anahtar kelimeler:** Travma, TSSB, COVID-19, aile hekimliği

### ABSTRACT

Studies show that more than two-thirds of the general population may experience trauma at least once in their lifetime.<sup>[1]</sup> Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is the most common psychopathological consequence of exposure to traumatic events.<sup>[2]</sup> Without a vaccine or effective medical treatments, an unrecognized epidemic of infection such as COVID-19 can be defined as a traumatic experience in terms of acute and chronic effects at the individual and community level. This pandemic has once again demonstrated the central role of family medicine in the health system. On one hand, family physicians taking an active role in informing the society, triage of patients and referral to hospitals, when necessary, prevents excessive burden on hospitals and the health system and consuming resources, on the other hand, they play an important role in creating the most needed sense of trust in the crisis. This article summarizes the information about trauma, PTSD, PTSD in COVID-19 pandemic and PTSD approach in Family Medicine.

**Keywords:** Trauma, PTSD, COVID-19, family medicine

### GİRİŞ

#### Travma

Travma kavramı kişinin ruhsal ve bedensel varlığını tehdit eden, sarsan, yaşamın normal akışını, işlevini engelleyen, çaresizlik, korku ve dehşet duygularına neden olan her türlü olay için kullanılmaktadır.<sup>[3]</sup>

Tarihsel süreçte 19. yüzyıl boyunca incelendiğinde, psikoanalitik literatür haricinde “travma” sözcüğü, hiçbir psikolojik çağrışım taşımayan, genellikle açık bir yara veya cildin yüzeyindeki şiddetli bir kopma anlamına gelen bir tanımdı. Örneğin, bir asker savaş sırasında duygularını kontrol edemez ve rahatsızlanırsa “melan-

koli” veya “erken bunama” gibi rahatsızlıklara yenik düştüğü, iklim değişikliğinden veya diğer hastalıkların yan etkilerine bağlı olduğu düşünülürdü. Sağlam psikolojisi olan bir askerin savaştan öylesine duygusal olarak rahatsızlanacağı fikri kabul edilemezdi, savaşın uzun vadeli psikolojik sonuçları da reddedilirdi. Ancak, 1905'teki Rus-Japon Savaşı'nı gözlemlemek için gönderilen Kraliyet Ordusu Medikal birlikleri travmanın psikolojik etkilerinin ilk izlerini belirlemişlerdir. Böylece travma kavramının psikolojik yönü de tartışılmaya başlamıştır.<sup>[4]</sup>

Travma sözcüğünün psikolojik açıdan değerlendirilmesi klinisyenler açısından büyük bir önem taşımaktadır ve tanım da zaman içinde değişime uğramıştır. DSM-1

**Received/Geliş:** 10.03.2021  
**Accepted/Kabul:** 08.06.2021  
**Publication date:** 30.06.2021

#### Corresponding Author:

**Y. Uncu**  
**ORCID:** 0000-0002-5225-4403  
Bursa Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı,  
Bursa, Türkiye  
✉ yuncu@uludag.edu.tr

**H. Serinçay**  
**ORCID:** 0000-0003-1737-1839  
**G. Mat**  
**ORCID:** 0000-0001-9458-1149  
**E. Ülger**  
**ORCID:** 0000-0002-8345-0810  
**A. Özçakar**  
**ORCID:** 0000-0001-5588-2037  
**Z. Alper**  
**ORCID:** 0000-0002-8349-9868  
Bursa Uludağ Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı,  
Bursa, Türkiye



(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-1)'den DSM-5'e kadar geçen sürede "travma" tanımındaki eksikliklerin giderilmesi konusunda uzun bir yol kat edilmiştir. Kişi merkezci yaklaşım sayesinde her bireyin kendi durumu içinde değerlendirilmesi sağlanmıştır. Yayınlanan DSM'lerdeki travma tanımının zamanla değişimi Tablo 1'de gösterilmiştir.<sup>[5]</sup>

**Tablo 1. Travma tanımının zamanla değişimi.<sup>[5]</sup>**

Travma Tanımı	
DSM-1	Ciddi bir fiziksel eksikliğe veya çok yüksek emosyonel strese neden olan bir olaya maruz kalma
DSM-2	Ezici/kahredici çevresel bir olaya maruz kalma
DSM-3	Hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bir olay
DSM-3-R	Hemen herkeste belirgin düzeyde belirgin sıkıntı yaratacak bir olay (işkence, tecavüz, savaş, deprem gibi doğal felaketler, fiziksel bütünlüğü tehdit eden her türlü kaza, bombalama gibi olaylar)
DSM-4	Bir ölüm veya ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış olma veya tanıklık etme
DSM-5	Gerçek ya da korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma

### Travmatik Olay

Travmatik olay kavramı bireylerin yaşamını tehdit eden veya bozan olaylar için kullanılmaktadır. Doğal afetler, kişiye yapılan saldırılar, tecavüzler, kazalar, savaşlar veya deprem enkazlarında cansız bedenler görmek, ailesinden veya sevdiği yakın çevresinden birinin ölümü gibi kişiyi zor durumda ve çaresiz bırakan durumlar travmatik olaylara örnek olarak verilebilir.<sup>[6]</sup>

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5'te travmalar üç ana başlığa ayrılmıştır.<sup>[7]</sup>

1. İnsanlar tarafından kasıtlı yapılanlar (savaş, terör, tecavüz vb.)
2. İnsanlar tarafından kaza sonucu meydana gelenler (yangın, trafik kazası vb.)
3. Doğal afetler/olaylar (depem, sel vb.)

### Travmaların Görülme Sıklığı

Dünya çapında yetişkinlerin %70'inden fazlası yaşamalarının döneminde travmatik bir olay yaşarken, %31'i dört veya dörtten fazla sayıda travmatik olay yaşar.<sup>[2]</sup> Travmatik olaylara maruz kalmanın dağılımında dünya çapında önemli bir değişkenlik vardır. Araştırmalar, büyük bir nüfusun sürekli olarak savaşlar, organize şiddet, terörizm ve doğal afetler gibi büyük ölçekli travmatik olaylara maruz kaldığı belirli coğrafi alanlar olduğunu göstermektedir.<sup>[1]</sup>

Epidemiyolojik araştırmalar erkeklerin ortalama %60'ının ve kadınların %51'inin yaşamları boyunca en az bir travmatik olaya maruz kaldığını göstermektedir. Yine erkeklerin üç veya daha fazla travmaya maruz kalma oranları kadınlara göre daha yüksektir (erkekler %16,8; kadınlar %12,5). İnsanların yaşadığı travmaların oranlarına bakıldığında ilk üç sırada;

1. Birinin ağır bir şekilde yaralandığını veya öldüğünü görmek (erkekler %35,6; kadınlar %14,5)
2. Yangın, sel vb. doğal afetlere maruz kalma (erkekler %18,9; kadınlar %15,2)
3. Yaşamı tehdit eden bir kazaya karışmak (erkekler %25,1; kadınlar %13,8)

Görüldüğü gibi erkekler her üç travma türüne de kadınlardan daha fazla maruz kalmaktadır. Fiziksel saldırı, savaş deneyimleri, silahla tehdit edilme, esir tutulma veya kaçırılma erkeklerde daha fazla iken; kadınlarda tecavüz, cinsel taciz, çocuklukta ebeveyn ihmali ve çocuklukta fiziksel istismar gibi travmatik olaylar daha fazla görülmektedir.<sup>[8]</sup>

### Travma Sonrası Stres Bozukluğu

#### Tanım ve Tarihçe

TSSB, yeniden deneyim ve kaçınma semptomlarının yanı sıra biliş ve uyarılmadaki olumsuz değişimlerle karakterize kronik bir bozukluktur. İlk olarak ABD'nin Afganistan ve Irak'taki askeri operasyonları sonrasında askerlerde görülen değişiklikler fark edilmiş sonrasında bugüne kadar yapılan çok sayıda çalışmayla TSSB kavramı oluşturulmuştur.<sup>[9,10]</sup>

TSSB klinik bir tanı olarak ilk kez 1980 yılında DSM-3'te tanımlanmıştır.<sup>[9]</sup> DSM 4'te anksiyete bozuklukları altında bulunurken, DSM-5'te travma ve stres ilişkili bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu, psikolojik travma sonrasında ortaya çıkan, somatik, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal belirtiler bütünü olarak tanımlanmaktadır.<sup>[11]</sup>

#### Klinik ve Semptomlar

TSSB, kişilerde mesleki ve sosyal alanlar başta olmak üzere birçok işlevsel bozukluğa neden olmaktadır. Ansızın gelen düşünceler, kâbuslar, travmatik olayın yine yine yaşanmasıyla, travmayı anımsatıcı olaylardan kaçınma, hipervijilans (duyuşsal hassasiyet) ve uyku bozuklukları ile karakterizedir.<sup>[12]</sup> Semptomlar genellikle erken travmatik olaydan sonraki üç ay içinde başlar, bazen yıllar sonra da başlayabilir ki bu durumda "Gecikmeli Başlangıç Gösteren TSSB"den bahsedilir. Semptomlar bir aydan fazla sürmeli ve TSSB düşündürülecek kadar şiddetli olmalıdır.<sup>[13]</sup>

TSSB'nin klinik özellikleri dört ana başlık altında toplanmıştır:

İlk grupta artmış uyarılmışlık durumuyla ilgili olan bulgular yer almaktadır. Strese karşı ilk yanıt olan uyarılmışlık hâli, travma sonrası stres bozukluğunda "artmış uyarılmışlık" şeklinde kendini göstermektedir. Travma sonrası stres bozukluğunda görülen en yaygın belirtilerdir.<sup>[12]</sup> Sürekli kaygı hali, uykusuzluk ve konsantrasyon bozukluğu da bu başlık altında yer almaktadır.<sup>[14]</sup> Uyku ile ilgili bozukluklar TSSB'de sık olarak görülmektedir ve intihar düşüncesi, girişimi ve buna bağlı ölüm riskinde artış ile ilişkilidir.<sup>[15]</sup>

Artmış uyarılmışlık durumunda yapılan incelemelerde

adrenerjik stimülasyonun arttığı gösterilmiştir. Hastalarda görülen taşikardi ve tonus artışı adrenerjik stimülasyonun artmasıyla da açıklanabilmektedir.<sup>[16]</sup>

İkinci belirti kümesi, travmatik olayın yine yine yaşanmasıyla ilgilidir. Bunlar düşünceler, algılar ya da hayaller şeklinde olabilmektedir. Bu hâllerde kişi olayla ilişkili sesleri ya da kokuları yeniden algılayabilmektedir.<sup>[14]</sup> Bazen de kişi dissosiyatif geri dönüşler yaşayarak travma anını yeniden yaşayabilmektedir. TSSB olan bireylerde, dissosiyatif belirtilerin görülme sıklığı %8-13 oranlarında bildirilmektedir. Bu durum bazen saniyeler, bazen de dakikalar hatta saatler sürebilir. Bu dönemde kişi travma anına ilişkin anılara gömülü hâldedir, ancak kişide bilinç bozukluğu olmaması önemlidir ve kişi son-

**Tablo 2. DSM-5'e göre TSSB tanı kriterleri.<sup>[7]</sup>**

<b>Travmaya Maruz Kalma</b>	
<b>Travma</b> A. Maruziyet	Ölüm tehlikesi, ciddi yaralanma, kaza veya cinsel şiddet 1. Doğrudan travmatik olay(lar) yaşama 2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı görme veya tanıklık etme 3. Bir aile yakının ya da yakın bir arkadaşının başına travmatik olay(lar) geldiğini öğrenme 4. Travmatik olay(lar)ın itici detaylarına tekrar tekrar veya aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma
<b>B. Semptom grupları B'den E'ye (travmatik olaydan sonra başlayan veya kötüleşen semptomlar)</b> B. İstem dışı	Aşağıdaki istem dışı olan semptomların 1 veya 1'den fazla olması: 1. Travmatik olayların yineleyici istemsiz ve sıkıntı veren anıları 2. İçeriği ya da duygusu travmatik olay(lar)la ilişkili yineleyen sıkıntı veren rüyalar 3. Kişinin travmatik olayları yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözümlenemeyen tepkileri 4. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir duygusal sıkıntı yaşama 5. Travmatik olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı belirgin fizyolojik tepkiler gösterme
C. Kaçınma	Aşağıdaki kaçınma semptomlarından 1 veya 1'den fazla olması: 1. Travmatik olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili sıkıntı veren anılar düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları 2. Travmatik olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili sıkıntı veren anılar düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesnelere, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları
D. Olumsuz biliş ve ruh hâli	Aşağıdaki semptomlardan en az 2'si: 1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama 2. Kendisi, diğer kişiler ya da dünya ile ilgili olarak sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar 3. Travmatik olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan süreklilik gösteren çarpık bilişler 4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum 5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımında belirgin azalma 6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları 7. Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama
E. Aşırı Uyarılma	Aşağıdakilerden en az 2'si: 1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da fiziksel saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları 2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar verici davranışlarda bulunma 3. Her an tetikte olma 4. Aşırı irkilme tepkisi gösterme 5. Odaklanma güçlükleri 6. Uyku bozukluğu
<b>Ek Kriterler</b> F. Süre G. Bozukluk	Bir aydan uzun süreli olması Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda, işlevsellikte düşmeye neden olur.
H. Başka bir bozuklukla ilişkilendirilmez	Bu bozukluk bir maddenin (Örneğin, ilaç, alkol) kullanımının ya da başka tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

rasında şimdiki ana geri döner.<sup>[16,17]</sup>

Üçüncü grup kaçınma davranışıyla ilgilidir. Kişi, dış dünyadaki olaylar karşısında kendini kontrol etmedeki güçlüğün farkında olmakta ve kendi iç dünyasına çekilmektedir. Olayı anımsatan yerlerden uzak durma, olayı konuşmaktan kaçınma veya konuşulan ortamdan uzaklaşma, aktivite ve ilgi alanlarında azalma gibi durumlar kaçınma davranışının sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>[14,16]</sup>

Dördüncü belirti kümesi, biliş ve duygu durumunda görülen değişikliklerdir. Bu bireylerde hafıza bozukluğu da görülebilmektedir. Dissosiyatif amnezi, savaş soykırımları ve cinsel ve fiziksel istismar gibi çeşitli travmatik olaylarda daha sık görülmektedir. Depersonalizasyon yaşayan kişiler kendilerini bir filmde gibi izlediklerini söylemektedirler. Kendilerini uzaktan izlediklerini dile getirmekte ve bazen gerçek dışı olma hissi yaşayabilmektedirler. Hastalar derealizasyon durumunu ise “uzak ve sisli bir dünya” olarak belirtmektedirler.<sup>[17]</sup>

### TSSB Tanısı

Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan kişi, ruhsal açıdan travmatik bir olayı yaşamış olmalı veya böyle bir olayla karşılaşmış olmalıdır. Travmatik olay sonrasında belirtilerin ortaya çıkması tek başına TSSB tanısı konulması için yeterli değildir. Ortaya çıkan bu belirtilerin bir aydan fazla sürmesi, belirgin bir rahatsızlık durumuna neden olması ve kişinin işlevselliğini bozması durumunda TSSB tanısı konulabilir.<sup>[18]</sup>

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan DSM-5'te Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun A ve B tanı kriterlerinde değişiklikler olmuştur. DSM-4'teki A2 tanı kriterleri yerine 6 yaşından küçük çocuklar için özel tanı kriterleri eklenmiştir.<sup>[19]</sup>

DSM-5'e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterleri Tablo 2'de verilmiştir.

### Risk Faktörleri

Hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı etkenlere “yatkınlaştırıcı faktörler” veya risk faktörleri denir. Risk faktörleri hatalığın kimlerde daha kolay ortaya çıkabileceğini açıklamaya yardımcı olur.<sup>[20,21]</sup>

Risk faktörlerini belirlemek TSSB'yi önlemeyi ve travma sonrası yüksek riskli gruplara erken müdahaleleri amaçlayan halk sağlığı çabalarını yönlendirmede çok önem-

lidir. Travmatik olayın yapısı, kişiye bağlı özellikler ve çevresel özellikler, TSSB için üç başlık altında toplanabilen önemli risk faktörleridir.<sup>[6]</sup>

### Travmatik Olayın Yapısı

Travmatik olayın şiddeti, yaşamı tehdit etme olasılığının yüksek olması, yaralanmaların fazlalığı, çeşitli yollarla travmatik görüntülere maruz kalmak, insan eliyle yapılan travmatik olaylar, travma esnasında verilen tepkilerin şiddeti, travmaya karşı verilen öznel yanıtın şiddeti, içinde bulunulan toplumun daha önceden de travmatik olaylar yaşamış olması, akut veya süregelen ikincil stresler TSSB için risk etkenlerindedir.<sup>[6]</sup>

Ruhsal travmaya yol açabilecek etkenlerden biri de hiç kuşkusuz doğal afetlerdir.<sup>[22]</sup> Şiddetli bir selle sonuçlanan olağanüstü sağanak yağmur, yalnızca olay sırasında değil, sonrasında da etkilenen bireylerde ciddi sıkıntıya neden olabilir. Sel sonrası TSSB ile ilişkili faktörler arasında maddi ve manevi kayıplar en önemli konumdadır.<sup>[23]</sup>

İnsanlar tarafından yapılan travmatik olaylar sonrasında gelişen travma sonrası stres bozukluğunun şiddeti ve süresi diğerlerine göre daha fazladır. Terörist saldırılardan sonraki bir yıl içerisinde gelişen TSSB yaygınlığının, maruziyetin şiddetine bağlı olarak, %7,5 ile %50 arasında değiştiği belirtilmektedir.<sup>[24]</sup>

### Kişiye Bağlı Özellikler

Cinsiyet uzun zamandır Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir.<sup>[25]</sup> Kadın ve erkeklerin travmatik olaylara verdikleri tepkiler farklıdır. Yapılan çeşitli çalışmalarda, genel olarak erkeklerin kadınlara oranla daha fazla travmatik olaya maruz kaldığı görülmüştür. Buna rağmen, TSSB kadınlarda daha fazla görülmektedir.<sup>[6]</sup> Çocuk veya yaşlı olmak, bekar, dul ya da boşanmış olmak, eğitim düzeyinin düşük olması, çocukluk çağında yaşanan travmalar, psikiyatrik hastalık öyküsü, bazı kişisel özellikler (içe kapanık olma ve dışsal kontrol odağının yüksek olması gibi), öfke, suçluluk hissi gibi psikolojik etkenler, sorunlarla olumsuz başa çıkma çabaları da kişisel özelliklere ait risk faktörlerindedir.<sup>[6,26]</sup>

### Çevresel Özellikler

Tıbbi, psikolojik ve sosyal yardımlara ulaşmadaki sorunlar ve yetersizlikler, sosyal kaynakların ve desteğin azlığı toplumlarda travma sonrası stres bozukluğuna yol açan risk faktörlerindedir. Diğer yandan artan sosyal desteğin, olumsuz travma değerlendirmelerini



azaltarak TSSB semptomlarına karşı etkili bir tampon olduğu gösterilmiştir.<sup>[27,28]</sup>

Mülteciler savaş, hastalık, açlık veya etnik temizlik nedeniyle ülkelerini terk etmek zorunda kalıyorlar.<sup>[29]</sup> Ölüm tehdidi, işkence, açlık, ciddi yaralanma veya aile üyelerinin yaralanması, ölümü veya kaybolması gibi bir takım travmatik olaylara maruz kalmış olmaları olasıdır.<sup>[30]</sup> Bu gibi durumlar göçmen veya mülteci olmayı TSSB için risk faktörü olarak göstermektedir. Güney Norveç'teki psikiyatri kliniklerinden 61 mülteci polikliniğinin dâhil edildiği bir çalışmada, başvuran hastalardan %82'sinde TSSB tanısı konulmuştur.<sup>[31]</sup>

### **Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Komorbid Durumlar**

Travma sonrası stres bozukluğu %10-40 oranında tek başına seyredilmekte iken, olguların %60-90'ında başka bir hastalık eşlik etmektedir.<sup>[19,21,32,33]</sup> Kişilerin travmadan etkilenmesi ve yakınmaların ortaya çıkması farklılık göstermektedir. Aynı tür ve aynı şiddette bir travmanın olumsuz etkilerinden bazı kişiler saatler günler gibi erken dönemde kurtulabilmekte, bazı kişiler ise aylar yıllar boyu semptom gösterebilmektedir.<sup>[34]</sup> TSSB'na komorbidite eşlik etmesi travma sonrası stres bozukluğunun klinik seyrini ve tedavi başarısını etkileyebilir.<sup>[19,21,32,33]</sup>

Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan kişilerde depresif bozuklarının görülme oranı yüksektir. TSSB olgularında birlikte en sık görülen komorbid hastalık, major depresyondur.<sup>[32,35,36]</sup>

Yaygın bir şekilde duygu durum bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozuklukları, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve psikotik bozukluklar TSSB'ye eşlik edebilmektedir.<sup>[20]</sup> Sınırdaki kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu genel popülasyona oranla daha yüksek görülmektedir.<sup>[37]</sup> Bu komorbid bozukluklardan madde kullanım bozukluğu ve davranış bozukluğunun görülmesi olasılığı erkeklerde kadınlara göre daha yaygındır.<sup>[19,21,32,33]</sup>

Pek çok hastalığa eşlik eden uyku bozukluğu, TSSB olan kişilerde sık görülen eşlik eden durumlardan birisidir ve aynı zamanda tablonun belirgin özelliklerinden birisidir. TSSB'nin klinik belirtilerinden olan artmış uyarılmışlık, uykuya başlama ve sürdürme aşamasında başarısızlığa neden olmakta ve en çok bildirilen uyku bozukluğu olarak uykunun süresindeki ve etkinliğindeki azalma gösterilmektedir.<sup>[36]</sup>

Yi-Hsuan Hung ve ark.<sup>[38]</sup> Çalışmalarında, TSSB ve astım arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Bir kohort araştırması olan çalışmalarında, 5518 TSSB hastasını ve kontrol grubunu yani hastalığı olmayan 22072 kişiyi incelemişlerdir. Çalışma sonucu özellikle genç TSSB hastalarında astım gelişimi kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

### **Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları**

Travma sonrası stres bozukluğunun tedavisinde psikolojik ve farmakolojik çeşitli tedavi yaklaşımları mevcuttur.<sup>[2]</sup> Son çıkan rehberlerde ilk seçenek, ikinci seçenek ayrımı yapılmadan "bireye özgü" tedavi yaklaşımı önerilmektedir. Farmakoterapide trisiklik antidepressanlar, yeterli veri olmaması nedeni ile önerilmemektedir. Etkili bir terapötik yanıt elde etmek için tedavileri değiştirmek veya kombine etmek gerekebilir.<sup>[16,39,40]</sup>

Tedaviye başlamadan önce klinisyen hastanın önceliklerini ve tedavi hedeflerini netleştirmelidir. Tedavi seçenekleri daha sonra hastanın tercihlerine ve klinik kaynaklara göre ayarlanabilir. Mevcut seçenekler arasında, en güçlü destekleyici kanıtlara sahip müdahalelere öncelik verilmelidir. Hastanın en rahatsız edici semptomları öncelikli hedefdir. Hekim açısından hastaların yaşamlarının dengede olmasını sağlamak, yıkıcı davranışları azaltmak ve yaygın yalnızlık ve umutsuzluk duygularını gidermek öncelikli hedeflerdir.<sup>[2]</sup>

### **Farmakoterapi:**

#### **TSSB'de farmakoterapi hedefleri:**

- İntruzif (araya giren) belirtilerin sıklık ve şiddetinin azaltılması,
- Uyarınları travmanın yinelenmesi olarak yorumlanmanın azaltılması,
- Travmayı anımsatan uyarınlara ortaya çıkan hiper-vijilans (aşırı uyarılmışlık)'ın azaltılması,
- Kaçınmanın azaltılması,
- Depresif duygu durum ve anhedoninin düzeltilmesi,
- Psikotik ve dissosiyatif (ayrışma) belirtilerin azaltılması,
- Başkalarına ve kendine olan öfke ve ajitasyonun azaltılmasıdır.<sup>[41]</sup>

İlaç tedavileri üç aşamadan oluşur. Bunlar; stabilizasyon, idame ve kesmedir. Stabilizasyonda ilk basamak hastayla uyum sağlanmasıdır. Tedaviye olumlu yanıt alınınca ve tedaviye uyum sağlandığında kesme düşünülebilir. İlaçlar düşük dozda başlanır gerekirse doz artırımına gidilir. İlaç keserken de doz azaltarak kesilir. Tedavi akut TSSB için en az 6-12 ay, kronik TSSB için

12-24 ay sürmelidir.<sup>[16]</sup>

Tedavide en sık kullanılan ve çok sayıda kanıt bulunan ajanlar paroksetin, sertralin, venlafaksin ve nefazondondur. Paroksetin ve sertralin'in TSSB'de kullanımı FDA tarafından onaylanmıştır.

Paroksetin başlangıç dozu 20 mg/gün olarak başlanır, 20-60 mg/gün doz aralığında kullanılabilir. Sertralin ise 50 mg/gün başlangıç dozu ile kullanılarak tedaviye 50-100 mg/gün olarak devam edilir.<sup>[2,40,42]</sup>

### **Psikoterapi**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu'na yönelik psikoterapi müdahalelerinde temel yaklaşım biçimi, travmatik olay ile ilgili kişinin içsel yaşantılarına maruziyet yaklaşımıdır.

Literatürde, bilişsel-davranışçı terapiler (BDT) ve göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (eye movement desensitization and reprocessing-EMDR) terapilerinin etkinliklerinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Ancak, hastaların tedaviye başlama isteksizliği, tedaviyi tamamlamamaları psikoterapide yetersiz yanıt ve relapslara yol açmaktadır. Yenilikçi terapilerden "Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy-ACT)" gibi yeni bilişsel-davranışçı terapi yöntemleri TSSB tedavisinin ilerlemesinde etkili olabilirler.

Farmakoterapi ve psikoterapinin karşılaştırıldığı çalışmalarda, tedaviyi bırakma oranlarında fark vardır. Farmakoterapi alanlarda tedaviyi bırakma oranları psikoterapi gruplarına göre belirgin olarak yüksektir (%32'ye %14). Farmakoterapinin depresif ve intruzif belirtilere etkinliğinin kaçınma belirtilerine göre daha fazla olduğu; psikoterapinin (özellikle bilişsel davranışçı terapi ve EMDR) üç parametrede de etkili olduğu bildirilmiştir.<sup>[43]</sup>

### **Bilişsel Davranışçı Yaklaşımlar**

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda psikoterapi "Duygusal İşleme Teorisi (Emotional Processing Theory)" hipotezi üzerinden geliştirilmiştir. Bu teoriye göre korkunun azaltılması; korkuyla ilişkili bilgi, enformasyon ve davranışları içeren korku yapısının modifikasyonu ile olasıdır.<sup>[43]</sup>

BDT en sık kullanılan etkili bir psikoterapi yöntemidir. Genel olarak tedaviler travmatik olaya maruz kalan kişiyi, çeşitli tekniklerle yine bu olayla karşı karşıya getirerek yüzleştirip işlevsel baş etme yöntemleri belir-

lemek, kaçınma davranışlarını yok edip hastanın kontrolü ele almasına yöneliktir. Kontrol yeteneği ne kadar hızlı kazandırılırsa, travmatik olaydan sonra travma sonrası stres bozukluğu gelişme riski de o derece azaltılabilir.<sup>[44,45]</sup>

### **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**

EMDR de ise göz hareketleri ve bir dış uyaran ile hastaya rahatsızlık veren anılar, düşüncelerle eşleştirilerek her defasında travmatik olayın stresör yapısı daha iyi bir bilişsel duruma ortaya çıkana kadar uygulanır. Farklı tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada EMDR uygulanan hastalarda sonrasında travma hatırlanırken daha az anksiyete geliştiği bulunmuştur. Yöntemi geliştiren Shapiro, travmatik anılara maruziyetin beynin uyarıcı ve inhibe edici sistemleri arasındaki dengede nöral değişiklikler yapıp bir bozukluğa neden olduğu, bozulan dengenin iki yönlü göz hareketleri ile yeniden kurulduğunu söylemiştir. Maruziyet terapileri ile karşılaştırıldığında benzer etkinlikle olumlu sonuç verdikleri bildirilmiştir.<sup>[43]</sup>

### **Üçüncü Dalga Bilişsel-Davranışçı Yaklaşımlar ve Kabul-Kararlılık Terapisi**

Üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapiler içinde en yaygın olarak tanınan ve hakkında en fazla klinik çalışma bulunan "Kabul ve Kararlılık Terapisi"dir. ACT modelini oluşturan temel müdahale biçimleri kabul ve açıklığın artırılması, yaşantılarını kontrol stratejilerinin terk edilmesi, gözlemleyen benliğin geliştirilmesi ve değerlere travma öncesi gibi yine odaklanılması yöntemleri olarak belirtilebilir. Bu aşamaların temel amacı psikolojik esnekliğin geliştirilip, acıların varlığının kabul edilmesini ve kişinin değerleri doğrultusunda yaşamasını sağlamaktır.<sup>[43]</sup>

### **Grup Tedavileri**

Grup tedavilerinin en önemli avantajları aynı anda birden çok kişinin tedavi olabilmesi ve TSSB hastalarında sıklıkla rastlanan reddetme ve izolasyon gibi tutumlarında anlamlı bir azalma sağlanması olarak gösterilebilir.<sup>[44]</sup> Grup terapileri kişilerin benlik değeri ve diğer kişiler ile olan ilişkileriyle ilgili sorunları düzeltmekle birlikte, TSSB semptomlarının azaltılmasında da rol oynadığı için birçok klinisyen hastalarına bireysel tedavi ile birlikte grup tedavisini de tavsiye etmektedir.<sup>[39]</sup>

### **Rekreasyon Terapisi**

Amerikan Rekreasyon Terapileri Derneği, rekreasyon

terapisini, kişinin yaşamsal aktivitelerinde bağımsızlık seviyesini düzeltmek, iyileştirmek ve rehabilite etmeyi amaçlayan bir tedavi hizmeti olarak tanımlar. TSSB tanılı bireylerde, genellikle spor veya açık hava terapi-leri olarak adlandırılan fiziksel aktivite içeren yöntemlerdir. Yürüyüş, balık tutma, kuş gözlemciliği, bahçecilik ve çok çeşitli sporlar gibi aktiviteler gibi.<sup>[46]</sup>

## Yoga

Son on yılda, TSSB için potansiyel bir tedavi olarak yogaya olan ilgiye artış mevcuttur. Yoga, TSSB'nin seyirini iyileştirdiği bilinen sosyal etkileşimi, fiziksel aktiviteyi ve meditasyonu içerdiğinden bu ilgi mantıklıdır. TSSB olan kadınlarda yoganın alkol ve uyuşturucu kullanımındaki etkisini araştıran bir pilot çalışmada, 12 seans yoga tedavisi, bir kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Yoganın alkol ve uyuşturucu kullanımı riskini azaltmada, TSSB semptomlarını hafifletmede ve kanıta dayalı psikoterapiye ilgiyi artırmada rol oynayabileceği sonucuna varılmıştır. TSSB tanılı bireylere, özellikle de hipervijilans semptomlarına sahip olanlara, yoga önerilebilir bir yaklaşımdır.<sup>[46]</sup>

## COVID-19 Pandemisi ve TSSB

Corona Virüs Hastalığı 2019 (COVID-19) ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde tanımlanmış ve Ocak 2020'nin başlarında Çin'de bir salgına dönüşmüştür. Bunu, Dünya Sağlık Örgütü'nün 11 Mart 2020'de bir pandemi ilan etmesine neden olan hızlı bir dünya çapında yayılma izledi.<sup>[47]</sup> Salgının artan tehdidi, kesintiye uğramış seyahat planları, sosyal izolasyon, medya bilgi yüklemesi ve gereksinim maddelerinin panikle satın alınması nedeniyle küresel bir endişeye neden oldu.<sup>[48]</sup>

Bugünlerde uygun bir tedavi bulamayan birçok ülke, özellikle yaşlılar ve komorbiditesi olanlar gibi en savunmasızları korurken alınan karantina tedbirleriyle COVID-19'la mücadele etmektedir. Bununla birlikte, bu yöntem genel halkın psikososyal yaşamını bozarak yaklaşmakta olan bir korku duygusu yaratmakta, kaygı ve benzeri zihinsel sorunları kışkırtmaktadır.<sup>[49]</sup>

Çeşitli araştırmalar, genel popülasyonda insan immün yetmezlik virüsü (HIV) gibi kronik hastalıklar ile depresyon gibi zihinsel bozukluklar arasında doğrudan bir bağlantı olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, 2003 SARS ve 2014 Ebola gibi salgın hastalıklar sırasında ve sonrasında yapılan çalışmalar, genel halk arasında yaygın bir korku uyandıran aşırı tepki davranışı olduğunu gözlemlenmiştir. Buna ek olarak, özellikle sağ kalanlarda ve sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon ve trav-

ma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik bozukluklara rastlanmıştır.<sup>[49]</sup>

Büyük ölçekli felaketler, hem travmanın hemen sonrasında hem de daha uzun süreler boyunca artan TSSB, depresyon ve bildirilen madde bağımlılığı bozukluklarında önemli artışlarla ilişkilidir.<sup>[50]</sup>

COVID-19 gibi aşı veya etkili tıbbi tedaviler olmaksızın tanınmayan bir infeksiyon salgını, bireysel ve toplum düzeyinde akut ve kronik etkileri açısından travmatik bir deneyim olarak tanımlanabilir. COVID-19 salgını popülasyon üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Bir yandan, kendimiz ve sevdiğimiz için bulaşma korkusu ve ölüm riski doğrudan bir tehdidi temsil ederken öte yandan, pandeminin dolaylı sonuçları istikrarsızlık duyguları, psikolojik sıkıntı, uyku bozukluğu, psikiyatrik ve duyu durum bozuklukları ve genel psikopatolojik semptomatoloji ile ilişkili görünmektedir.<sup>[51]</sup>

Bazı çalışmalar, karantina önlemlerinin psikososyal sonuçlarının belirleyicilerini incelemiştir. Daha uzun süreli karantina, gelir kaybı ve günlük malların (gıda, ev eşyaları) arzındaki kısıtlamalar semptomların şiddetini arttırmıştır. Açık bilgi ve sosyal destek, psikolojik stresi hafifletici etkenler olarak tanımlandı. Bunlara ek olarak, sağlık çalışanları ve daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişiler karantina önlemleriyle bağlantılı olarak psikolojik stres için daha savunmasızdılar.<sup>[47]</sup>

Çin'de yapılan bazı çalışmalarda, COVID-19 salgınının ortaya çıkmasından sonraki 1 ay içinde, TSSB prevalansının %12,8, 1 ay sonra ise %22,3 olduğu saptanmıştır. Psikolojik stresin zamanla artmasıyla TSSB prevalansında da ciddi bir artış söz konusudur.<sup>[52]</sup>

COVID-19'un ruh sağlığı üzerinde önemli etkilerinin olması beklenmektedir. Bu tepkiye ve 26 Ocak 2020'deki önceki deneyimlere dayanarak, Çin Ulusal Sağlık Komisyonu büyük adımlar attı ve psikiyatristlerden oluşan psikolojik ekiplerle COVID-19 salgınının psikososyal sonuçlarını azaltmak için acil psikososyal afet müdahaleleri için yönergeler öngören bir bildirim yayınladı. 18 Mart 2020'de DSÖ Ruh Sağlığı ve Madde Kullanımı departmanının ruh sağlığı ve psikososyal refahı desteklemek için genel ve çeşitli hedeflenen popülasyonlar için düşünceleri ele alan bir taslak geliştirilmesinin ardından psikiyatristleri ve ruh sağlığı uzmanlarını COVID-19'un olası etkisini anlamak ve hastalarına, ailelerine ve halka yeni tehditle en etkili yollarla başa çıkmada yardımcı olmaları için görevlendirdi.<sup>[49]</sup>

Bu salgın aile hekimliğinin sağlık sistemindeki merkezi

rolünü bir kez daha ortaya koymuştur. Bir yandan aile hekimlerinin toplumun bilgilendirilmesinde aktif rol alması, hastaların triajı ve gerekli durumlarda hastaneye yönlendirilmesi hastaneler ve sağlık sistemi üzerine aşırı yük binmesinin ve kaynakların tüketilmesinin önüne geçerken diğer yandan krizde en çok gereksinim duyulan güven duygusunun oluşturulmasında önemli bir görev üstlenmektedirler. Salgın ateş hattının en önünde yer alan aile hekimleri kendilerini, hastalarını korumak ve güvende tutmak zorundadırlar. Bir yandan değişen gereksinimler doğrultusunda bilimin gereğini uygulamak bir yandan da günlük pratikte hastaların emosyonel durumları ile ilgilenmek durumdadırlar. Bu aile hekimliğinin toplum yönelimli ve kapsamlı bakım sunma sorumluluğunun bir gereğidir.

### Aile Hekimliğinde TSSB Yaklaşımı

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)'nin yaşam boyu görülme sıklığı %1,3 ila %8,8 arasında değişmekte ve birinci basamakta %2 ila %39 arasında değişen oranlarda karşımıza çıkmaktadır. Bu geniş belirleme aralığı, hastanın aile içi şiddet gibi konuları açıklamaktan utanması, hekimlerin soruna yönelik tarama eksikliği, yanlış teşhis veya bilgi eksikliği gibi sayısız nedene bağlanabilir. Yapılan araştırmalar, kişinin travmaya maruz kalması ile tedavi alma zamanı arasında ortalama 12 yıl gibi büyük bir kayıp olduğunu göstermektedir. Hastaların özellikle ruh sağlığı profesyonellerine etiketlenme korkusu ile başvurmadan kaçınmaları bunda önemli rol oynamaktadır. Hastanın sağlık sistemi ile ilk temas noktası olan aile hekimlerinin olası TSSB durumunda hastanın yardım alması konusunda kolaylaştırıcı bir rol üstlenerek durumun tedavi edilebilir olduğunu hastaya anlatmak, tedavi seçenekleri hak-

ında bilgi vermek ve psikoterapi ile ilgili engellerin kaldırılmasında hastayı desteklemek görevleri son derece önemlidir.<sup>[53]</sup>

Cooper ve ark.<sup>[54]</sup> 2014 yılında yayınladıkları güncel raporda aile hekimlerinin TSSB'yi yönetmede merkezi bir rolü bulunduğunu söyleyerek sorumluluk alanlarını şöyle özetlemiştir:

- İlk destek ve tedavinin takibi
- Erken saptama, ilk değerlendirme ve destekleyici yönetim
- İlk farmakoterapinin uygulanması
- Gerekirse uzman tedavisi için sevk
- Kişinin çevre desteğinin artırılmasını sağlama
- Kriz durumunda yardım etme
- Eşlik eden tıbbi durumların yönetimini sağlama
- Kronik durumlarda idame tedavisini sağlama

TSSB tedavi edilmediği zaman yaşam kalitesinde azalma, kronikleşme ve ender de olsa mortalite ile ilişkisi gösterilen bir bozukluktur. Aile hekimlerinin bu amaçla risk altında olan hastaları açısından dikkatli olmaları, gerektiğinde tarama yaparak TSSB olasılığını değerlendirmeleri önemlidir. Travma açısından yüksek riskli meslekler, aile içi çatışmanın olduğu durumlar ya da nonspesifik somatik bulgular ile sık başvuran hastalar bu açıdan değerlendirilmelidir.

Birinci basamakta TSSB için yaygın bir tarama aracı, DSM-5 için beş maddelik Birinci Aşama Değerlendirme Ölçeği'dir (PC-PTSD-5). Birinci aşama tarama aracı pozitifse, hasta ikinci aşama aracı kullanılarak değerlendirilebilir.<sup>[55]</sup>

Aile hekimliğinde TSSB hasta yönetimini 3 başlık altında inceleyebiliriz;

**1. Farmakoterapi:** Özellikle psikoterapi konusunda isteksiz ve uyumsuz hastalar ile psikoterapiye ulaşma konusunda engelleri olan hastalar için, komorbid depresyonu olan veya farmakoterapi gerektiren ek semptomları olan hastalar ve travma odaklı psikoterapiden fayda görmemiş olan hastalar açısından tercih edilen tedavi yaklaşımıdır. Tedaviye yanıt veren hastalar açısından 12 ay gibi bir tedavi süresince ve öncelikli olarak SSRI veya SNRI'ların tercih edildiği bir yaklaşım önerilir.

**2. Psikoterapi:** Travma odaklı psikoterapi yaklaşımları tercih edilir. Uzun Süreli Maruz Kalma (PE) tedavisi, travma ile ilişkili kaçınılmış durumlara ve anılara yine yine maruz kalmayı içeren etkili bir TSSB tedavisidir. Cigrang ve ark. birinci basamakta TSSB için travma odaklı psikoterapötik tedavilerin geliştirilmesi, doğrulanması ve yaygınlaştırılmasına yönelik çalışma kapsamında her biri 30'ar dk. olmak üzere

**Tablo 3. PC-PTSD-5 ölçeği<sup>[56]</sup>**

Bazen insanların başına alışılmadık veya özellikle korkutucu, korkunç veya travmatik şeyler olur. Örneğin:

- Ciddi bir kaza veya yangın
- Fiziksel veya cinsel saldırı veya taciz
- Deprem veya sel
- Savaş
- Birinin öldürüldüğünü veya ciddi şekilde yaralandığını görmek
- Sevilen birinin cinayet veya intihar yoluyla ölmesi

	EVET	HAYIR
Hiç böyle bir olay yaşadınız mı? Bir önceki soruya yanıtınız "evet" ise alttaki sorulara geçebilirsiniz, "hayır" ise devam etmeyin. İstemediğiniz halde olay(lar) hakkında kabuslar görüp veya olay(lar) hakkında düşündünüz mü? Olay(lar)ı düşünmemek için çok uğraştığınız veya size olay(lar)ı anımsatan durumlardan kaçındığınız oldu mu? Sürekli tetikte olup, kolayca ürker misiniz? İnsanlardan, aktivitelere veya çevrenizden koptuğunuzu hissediyor musunuz? Olay(lar) ya da olayların neden olabileceği herhangi bir sorun için kendinizi veya başkalarını suçluyor musunuz?		



toplam 4 seanstan oluşan Birinci Basamak için Uzun Süreli Maruz Kalma Tedavi Protokolü geliştirdiler. [57]

Bir diğer tedavi yaklaşımı Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR)'dir. Bu tedavi yaklaşımı 8 aşamadan oluşmaktadır. Bu tedavi ile travmatik anılar karşısında duyarsızlaşma ve semptomların azaltılması sağlanır. Aynı zamanda kişi yeni bir travmatik olay ile karşılaştığında, kişiye yeni bir bakış açısı kazandırılır ve semptom oluşması önlenmiş olur.

**3. Sevk ve destek tedavisi:** Tanı yeterince net değilse, komorbid durumlar varsa, hastanın güvenliği tehdit altındaysa, TSSB tablosu karmaşık ve ciddi ise ve tedaviye direnç söz konusu ile psikiyatriye yönlendirme gereklidir. Yine hastanın kendi destek alabileceği destek grupları ya da online destek platformları olabilir ve ihtiyaç olduğunda aile hekimi bunlarla ilgili bilgi verebilmelidir.

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKLAR

1. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review *Psychol. Med.* 2008;38(4):467-80. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001353>
2. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med.* 2017;376(25):2459-69. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
3. Türksöy N. Psikolojik travma ve sonuçları, Psikolojik travma ve tanım sorunlar. 2003.
4. Jones E, Wessely S. A paradigm shift in the conceptualization of psychological trauma in the 20th century. *J Anxiety Disord.* 2007;21(2):164-75. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.09.009>
5. Çolak B, Kokurcan A, Özsan HH. DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Derg.* 2010;18(3):19-25. [https://doi.org/10.1501/Kriz\\_0000000322](https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000322)
6. Aker AT. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. 2012.
7. Köroğlu E. DSM-5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 2014.
8. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-60. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
9. Şuer T. Posttravmatik Stres Bozukluğu. İ Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Med Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi. 2005;47:205-10.
10. Miao X-R, Chen Q-B, Wei K, Tao K-M, Lu Z-J. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res.* 2018;5(32):1-7. <https://doi.org/10.1186/s40779-018-0179-0>
11. Stein MB, Roy-Byrne PP SD. Approach to treating post-traumatic stress disorder in adults. *Uptodate.com* [Internet] 2020 [cited 2021 Jan 21]; Available from: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-posttraumatic-stress-disorder-in-adults>
12. Rosen V, Ayers G. An Update on the Complexity and Importance of Accurately Diagnosing Post-Traumatic Stress Disorder and Comorbid Traumatic Brain Injury. *Neurosci. Insights.* 2020;15:5-10. <https://doi.org/10.1177/2633105520907895>
13. Post-Traumatic Stress Disorder. *Natl. Inst. Ment. Heal.* 2019. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>
14. Çırakoğlu OC. Uzun Süren Bir Savaş: Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi, PIVOLKA, Savaş Özel Sayısı.* 2003;20:3-6.
15. Chen A, Rosenbaum S, Wells R, Gould K, Ward PB, Steel Z. Obesity, physical activity and sleep quality in patients admitted to a posttraumatic stress inpatient ward. *Australas Psychiatry.* 2020;28(3):270-3. <https://doi.org/10.1177/1039856220917075>
16. Özgen F, Aydın H. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Klin Psikiyatr.* 1999;1:34-41.
17. Lanius R, Frewen PA, Brand B. Dissociative aspects of posttraumatic stress disorder: Epidemiology, clinical manifestations, assessment, and diagnosis. *Uptodate.com* 2019; Available from: [https://www.uptodate.com/contents/dissociative-aspects-of-posttraumatic-stress-disorder-epidemiology-clinical-manifestations-assessment-and-diagnosis?topicRef=111729&source=se\\_e\\_link](https://www.uptodate.com/contents/dissociative-aspects-of-posttraumatic-stress-disorder-epidemiology-clinical-manifestations-assessment-and-diagnosis?topicRef=111729&source=se_e_link)
18. Köroğlu E. DSM - IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 2007.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
20. Davidson J, Foa E. Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond. *Am Psychiatr Press.* 1993;1(1):262-262.
21. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of Psychiatric Disorders and Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61(suppl 7):22-32.
22. Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Mulder RT. Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(9):1025-31. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.652>
23. Fontalba-Navas A, Lucas-Borja ME, Gil-Aguilar V, Arrebola JP, Pena-Andreu JM, Perez J. Incidence and risk factors for post-traumatic stress disorder in a population affected by a severe flood. *Public Health.* 2017;144:96-102. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.12.015>
24. Eşsizoglu A, Aydın H, Bülbül İ. Post Traumatic Stress Disorder after Terrorist Attacks: A Review. *Turkish J Clin Psychiatry.* 2009;12(2):99-104.
25. Gay NG, Wisco BE, Jones EC, Murphy AD. Posttraumatic Stress Disorder Symptom Network Structures: A Comparison Between Men and Women. *J Trauma Stress.* 2020;33(1):96-105. <https://doi.org/10.1002/jts.22470>
26. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):748-66. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
27. Woodward MJ, Eddinger J, Henschel AV, Dodson TS, Tran HN, Beck JG. Social support, posttraumatic cognitions, and PTSD: The influence of family, friends, and a close other in an interpersonal and non-interpersonal trauma group. *J Anxiety Disord.* 2015;35:60-7. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.09.002>
28. Zang Y, Gallagher T, McLean CP, Tannahill HS, Yarvis JS, Foa EB. The impact of social support, unit cohesion, and trait resilience on PTSD in treatment-seeking military



- personnel with PTSD: The role of posttraumatic cognitions. *J Psychiatr Res.* 2017;86:18-25.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.11.005>
29. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) Statistical yearbook. Geneva, Switzerland: United Nations. 2004; Available from: <https://www.unhcr.org/statistical-yearbooks.html>
  30. Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, et al. Emdr for syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol.* 2015;6.  
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27414>
  31. Teodorescu DS, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scand J Psychol.* 2012;53(4):316-32.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2012.00954.x>
  32. Glaesmer H, Kaiser M, Brähler E, Freyberger HJ, Kuwert P. Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly - A German community-based study. *Aging Ment Heal.* 2012;16(4):403-12.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2011.615740>
  33. Sadock BJ, Alcott Sadock V. RP. Kaplan & Sadock Psikiyatri. 2016.
  34. Akdeniz F. Aile hekimleri için psikiyatri. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2017.
  35. Angelakis S, Nixon RDV. The comorbidity of PTSD and MDD: Implications for clinical practice and future research. *Behav Chang.* 2015;32(1):1-25.  
<https://doi.org/10.1017/bec.2014.26>
  36. Devrim Akçay B, Özgen F, Erdem M, Balıkcı A, Öznur T. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Uyku Sleep in Post-traumatic Stress Disorder. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry.* 2013;5(4):441-60.
  37. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can. J. Psychiatry.* 2014;59(9):460-7.  
<https://doi.org/10.1177/070674371405900902>
  38. Hung YH, Cheng CM, Lin WC, et al. Post-traumatic stress disorder and asthma risk: A nationwide longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2019;276:25-30.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.04.014>
  39. Foa EB. Trauma and Women: Course, Predictors, and Treatment. *J Clin Psychiatry.* 1997;58(suppl 9):25-8.
  40. Aker T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Psikososyal Travmaya Yaklaşım. İstanbul: Mutlu Doğan Ofset; 2000.
  41. Bisson JJ, Baker A, Dekker W, Hoskins MD. Evidence-based prescribing for post-traumatic stress disorder. *Br. J. Psychiatry.* 2020;216(3):125-6.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.40>
  42. Tanır Y, Kılıç BG. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klin Çocuk Psikiyatr - Özel Konular.* 2016;2(3):59-63.
  43. Yavuz KF, Karatepe HT. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Psikoterapisi. *Türkiye Klin Psychiatry - Spec Top.* 2015;8(1):44-52.
  44. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1989;20(3):211-7.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
  45. Sinici E, Erden HG, Yurttaş Y. Akut stres bozukluğunda bir müdahale tekniğinin uygulanabilirliği: Göz Hareketleri İle Duyarsızlaştırma ve Yenidenişleme (EMDR). *Yeni Symp Psikiyatr Nöroloji ve Davranış Bilim Derg.* 2009;47(4):178-86.
  46. Wynn GH. Complementary and Alternative Medicine Approaches in the Treatment of PTSD. *Curr. Psychiatry Rep.* 2015;17(8).  
<https://doi.org/10.1007/s11920-015-0600-2>
  47. Röhr S, Müller F, Jung F, Apfelbacher C, Seidler A, Riedel-Heller SG. Psychosocial Impact of Quarantine Measures during Serious Coronavirus Outbreaks: A Rapid Review. *Psychiatr Prax.* 2020;47(4):179-89.  
<https://doi.org/10.1055/a-1159-5562>
  48. Wang C, Pan R, Wan X, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun.* 2020;87:40-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
  49. Shuja KH, Aqeel M, Jaffar A, Ahmed A. Covid-19 pandemic and impending global mental health implications. *Psychiatr. Danub.* 2020;32(1):32-5.  
<https://doi.org/10.24869/psyd.2020.32>
  50. Restauri N, Sheridan AD. Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *J Am Coll Radiol.* 2020;17(7):921-6.  
<https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>
  51. Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. COVID-19 pandemic in the Italian population: Validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):1-16.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17114151>
  52. Liang L, Gao T, Ren H, et al. Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency. *J Health Psychol.* 2020;25(9):1164-75.  
<https://doi.org/10.1177/1359105320937057>
  53. Megnin-Viggars O, Mavranzouli I, Greenberg N, Hajiouf S, Leach J. Post-traumatic stress disorder: What does NICE guidance mean for primary care? *Br. J. Gen. Pract.* 2019;69(684):328-9.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp19X704189>
  54. Cooper J, Metcalf O, Phelps A. PTSD - an update for general practitioners. *Afp* 2014;43(11).
  55. Ogbeide SA, Young A, Houston B, Knight C. Treating Post-traumatic Stress Disorder with a Prolonged Exposure Protocol Within Primary Care Behavioral Health: A Case Example. *J Clin Psychol Med Settings.* 2020;1-9.  
<https://doi.org/10.1007/s10880-020-09747-z>
  56. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med.* 2016;31(10):1206-11.  
<https://doi.org/10.1007/s11606-016-3703-5>
  57. Cigrang JA, Rauch SA, Mintz J, et al. Moving effective treatment for posttraumatic stress disorder to primary care: A randomized controlled trial with active duty military. *Fam Syst Heal.* 2017;35(4):450-62.  
<https://doi.org/10.1037/fsh0000315>

# Obezite Merkezine Kayıtlı Hastalarda D Vitamini Düzeyinin Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi

## The Relationship of Vitamin D Status with Body Mass Index Among Obese Patients Registered to the Obesity Center

Mahcube Çubukçu , Eda Türe , Bahadır Yazıcıoğlu , Erdinç Yavuz 

**Atf/Cite as:** Çubukçu M, Türe E, Yazıcıoğlu B, Yavuz E. Obezite merkezine kayıtlı hastalarda D vitamini düzeyinin vücut kitle indeksi ile ilişkisi. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(2):47-52.

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, obezite merkezimize kayıtlı hastalarımızın vitamin D seviyelerini saptamak ve vücut kitle indeksi (VKİ) ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Obezite Merkezinde yapılmıştır. VKİ>30 kg/m<sup>2</sup>, 18 yaş ve üzeri, 01.12.2018-01.12.2019 tarihleri arasında obezite merkezine kabul edilen toplam 102 hastanın kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir. VKİ 30 ve üzerinde olanlar, 1. derecede obez, 35 ve üstü hastalar 2. derece obez, 40 ve üstü olanlar morbid obez olarak üç gruba ayrılmıştır. Serum 25(OH)D düzeyinin 20 ng/ml altında ise ciddi D vitamini yetersizliği, 20-30 ng/ml ise D vitamini yetersizliği, 30 ng/ml'den fazla ise normal vitamin D düzeyi olarak tanımlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney-U testi, Pearson ki-kare, Spearman testi kullanıldı. İstatistiksel analiz için SPSS 22.00 paket programı kullanıldı. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dâhil edilen 102 hastanın yaş ortalaması 48,82±12,09 yıl idi. Hastaların %62,75'i kadın idi. Kişilerin %24,51'si 1. derece obez, %32,35'i 2. derecede obez, %43,14'ü morbid obez idi. %45,10 hastanın ciddi D vitamini yetersizliği, %38,24 hastanın D vitamini yetersizliği belirlenmiştir. Obezite merkezimize kayıtlı hastalarımızın ortalama serum D vitamini düzeyi 13,26±7,74 ng/ml saptanmıştır. Kişilerin ortalama VKİ 35,26±4,28 kg/m<sup>2</sup> idi. VKİ arttıkça serum 25(OH)D düzeyleri azalmaktaydı (p=0,032). Yaş ile VKİ arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0,036).

**Sonuç:** D vitamini yetersizliği obezite merkezimize kayıtlı kişilerde oldukça yaygın olup, serum 25(OH)D düzeyleri, VKİ ile ters orantılı bulunmuştur. Obez hastalar vitamin D düzeyi yönünden değerlendirilmeli ve takip edilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Obezite, obezite merkezi, vücut kitle indeksi, D vitamini

### ABSTRACT

**Objective:** In our study, we aimed to determine vitamin D levels among obese patients registered to Obesity Center and to investigate its relationship with body mass index (BMI).

**Methods:** The study was conducted in the Obesity Center of Health Sciences University Samsun Training and Research Hospital. Records of 102 patients with BMI> 30 kg/m<sup>2</sup>, 18 years of age and over, admitted to the obesity center between 01.12.2018 and 01.12.2019 were retrospectively analyzed. Serum 25-OH D level<20 ng/ml was accepted as severe insufficiency, 20-30 ng/ml insufficiency, >30 ng/ml proficiency. Mann-Whitney U, Pearson chi-squared and Spearman tests were used in the evaluation of the data. The data were evaluated by the SPSS 22.00 program. p<0.05 was considered significant.

**Results:** A total of 102 patients participated. The mean age was 48.82±12.09 years. 62.75% of them were female. 24.51% of participants were class 1 obese, 32.35% of participants were class 2 obese, 43.14% of participants were class 3 obese. The prevalence of severe vitamin D insufficiency was 45.10% and insufficiency in 38.24% of the patients. The mean vitamin D levels of the patients registered to the Obesity Center was 13.26±7.74 ng/ml. The mean BMI was 35.26±4.28 kg/m<sup>2</sup>. Serum 25-(OH)D levels were inversely related to BMI. There was a significant relationship between age and BMI (p=0.036).

**Conclusion:** Vitamin D insufficiency is highly prevalent in obese patients registered to Obesity Center. Serum 25-(OH)D levels were inversely associated with BMI. Obese patients should be evaluated and followed for vitamin D insufficiency.

**Keywords:** Obesity, obesity center, body mass index, vitamin D

**Received/Geliş:** 30.10.2020  
**Accepted/Kabul:** 20.06.2021  
**Publication date:** 30.06.2021

### Corresponding Author:

**M. Çubukçu**  
**ORCID:** 0000-0003-4799-6848  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Samsun Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Samsun, Türkiye  
✉ mahcube@gmail.com

**E. Türe**  
**ORCID:** 0000-0003-0124-8721  
**B. Yazıcıoğlu**  
**ORCID:** 0000-0003-4397-2769  
**E. Yavuz**  
**ORCID:** 0000-0002-3275-8399  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Samsun Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Samsun, Türkiye



## GİRİŞ

Obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal ve aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanmıştır.<sup>[1]</sup> Vücut kitle indeksi (VKİ)  $30 \text{ kg/m}^2$ 'nin üstünde olan bireyler obez olarak tanımlanmaktadır.<sup>[2]</sup> Günümüzde önlenebilir ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci en önemli nedeni obezitedir.<sup>[3]</sup> Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı verilerine göre, ülkemizde 20 yaş ve üzeri yetişkinlerde obezite prevalansı %29,5'tir (kadınlarda %35, erkeklerde %23,9).<sup>[4]</sup> Obeziteye bağlı her yıl yaklaşık 3 milyon kişi ölmektedir.<sup>[3]</sup> Obezite, D vitamini etkisinin olduğu, önemli bir sağlık sorunudur.<sup>[5]</sup> D vitamini [25(OH)D], steroid yapıda, kalsiyum ve fosfor metabolizmasını düzenleyen bir hormondur.<sup>[6]</sup> D vitamini, kemik ve kalsiyum metabolizmasını anabolik yönde etkiler.<sup>[7]</sup> D vitamini, obezite de dâhil olmak üzere pek çok hastalığın etyolojisinde rol oynamaktadır. Çalışmalar, 25(OH) D eksikliğinin, Tip 2 diabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalık gelişme riskiyle ilişkili olduğunu da göstermektedir.<sup>[5,8]</sup> Vitamin D yağda eriyen bir molekül olduğu için, obezlerde yağ dokuda birikir ve biyoyararlanımı azalır.<sup>[9]</sup> D vitamini eksikliği küresel bir salgın olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde, D vitamini eksikliği prevalansının %51,8 olduğu belirlenmiştir.<sup>[10]</sup>

Obezite ile D vitamini düzeyi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.<sup>[5]</sup> Çalışmalarda, yüksek VKİ'nin, düşük D vitamini düzeylerine neden olduğu ileri sürülmüştür.<sup>[5,11]</sup> Obezlerde, D vitamini vücutta yeteri miktarda olmasına rağmen, serum düzeyi düşük ölçülebilmektedir.<sup>[12,13]</sup> Obezitesi olanların daha az aktif olması, ev dışı ortamlara daha az çıkması nedeniyle güneş ışınları ile yeterince karşılaşmadıkları buna neden olarak gösterilse de bununla ilgili yeterince çalışma yoktur. Obezite ile D vitamini düzeyleri arasındaki ilişki, karmaşık ve tartışmalıdır. Hangisinin hangisine neden olduğu ve bunu nasıl sağladığı konusu henüz netlik kazanmamıştır.<sup>[14]</sup> Biz de bu nedenle, merkezimize kayıtlı obezitesi olan hastalarımızın vitamin D seviyeleri ile VKİ ile arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Ülkemizde obezitenin hızla artış göstermesi sonucu birçok ilde obezite merkezleri açılmıştır. Obezite merkezleri hastalara doğru yaşam tarzı değişikliklerini kazandırarak, hastaların ideal kilolarını koruyabilmelerini sağlayan merkezlerdir. Programın amacı hedef kiloya ulaşmak ve korumaktır. Obezite programı, 6 modülden (kayıt, tarama, eğitim ve bilinç değişimi, planlamalar ve bilinçaltı değişimi, davranış değişimi ve hedef kiloya ulaşma, hedef kiloya ulaşma ve çevre değişimi) oluşmaktadır.<sup>[15]</sup> Samsun'da obezite merkezimiz

2018'de kurulmuştur. Hastanemiz Obezite Merkezi sorumluluğu Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülmektedir.

Çalışmada, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Obezite Merkezinde 01-12.2018-01.12.2019 tarihleri arasında takip edilen obez kişilerin kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Antiepileptik ajan, safra asidi bağlayan reçine, vitamin D replasman tedavisi kullananlar, kronik karaciğer ve böbrek hastalığı olanlar, çalışmaya alınmamış olup, merkezimize kayıtlı 112 hastanın 5'i vitamin D tedavisi aldığı için, 2'si kronik karaciğer hastası olduğu için, 3'ü de antiepileptik ajan kullandığı için çalışmaya dâhil edilmedi. Yüz iki obezite tanılı hastanın verileri çalışma kapsamında kullanıldı. Obezite merkezimize kayıtlı obez hastalarımıza, obezite programına alındıktan sonra, 25(OH)D vitamini düzeyi de dahil olmak üzere obezite programındaki tetkikler yapıldı. Kişinin yaş, cinsiyet, kilo, boy, medeni durum, meslek ve eğitim durumu gibi sosyodemografik verilerinin yanı sıra kronik hastalık varlığı da kayıt altına alındı. Kilo ve boy ölçümleri kalibrasyonları yapılmış dijital bir tartı aleti kullanılarak yapıldı. VKİ vücut ağırlığı-kg/boy- $\text{m}^2$  formülüyle hesaplandı. VKİ  $30 \text{ kg/m}^2$  ve üzerinde olanlar, 1. derecede obez,  $35 \text{ kg/m}^2$  ve üstü hastalar 2. derece obez,  $40 \text{ kg/m}^2$  ve üstü olanlar morbid obez olarak üç gruba ayrıldı. Plazma 25-OH D vitamin düzeyleri Siemens ADVIA Centaur marka kit kullanılarak Kemiluminesans Immunoassay yöntemiyle çalışıldı. Serum 25(OH)D düzeyinin  $20 \text{ ng/ml}$  altında ise, ciddi yetersizlik,  $20-30 \text{ ng/ml}$  arası yetersizlik,  $30 \text{ ng/ml}$ 'den fazla ise normal olarak tanımlandı.

Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 22.11.2019 tarihli, 2019/15 oturum sayısı ile onay alındı.

## İstatistiksel analiz

Tanımlayıcı analiz için ortalama±standart sapma (SD) kullanıldı. Grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi yapıldı. Kategorik değişkenler pearson ki-kare testi ile değerlendirildi. VKİ ile D vitamini arasındaki ilişki Spearman testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz için SPSS 22.00 paket programı kullanılmıştır.  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Toplam 102 kişinin yaş ortalaması  $48,82 \pm 12,09$  yıl idi. Kadınların oranı %62,75 (n=64) iken, erkeklerin oranı %37,25 (n=38) idi. Obezite merkezine kayıtlı hastaların çoğu (%38,23) ilkökul mezunuydu. Kadınların çoğu

(%82,34) ev hanımı idi. Kişilerin %39,22'si (n=40) evliydi. Merkezimize kayıtlı kişilerin çoğunun (%53,92) kronik hastalığı (hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik iskemik kalp hastalığı vb.) mevcuttu (Tablo 1). En sık (%39,42, n=22) görülen kronik hastalık hipertansiyondu. Kişilerin %39,29'u (n=40) sigara kullanıyordu.

Sosyodemografik verilerle, VKİ'ni karşılaştırdığımızda, yaş ile VKİ arasında anlamlı ilişki saptandı. Kırk beş-altmış dört yaş (%52,94) aralığındaki obezlerde, VKİ

istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,036, Tablo 1). Sigara kullanımı, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, meslek ile VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanması. (p>0,005, Tablo 1).

Hastaların %45,10'nun (n=46) ciddi D vitamini yetersizliği, %38,24'nün (n=39) D vitamini yetersizliği, %16,66'sının (n=17) normal D vitamin düzeyi belirlendi. D vitaminin ciddi yetersizliği, kadınlarda (%65,22,

**Tablo 1. Obezite merkezi'ne kayıtlı hastaların sosyo-demografik özellikleri ve vücut kitle indeksi ile ilişkisi (n=102).**

Özellikler	n (%)	1. derece obez (n, %)	2. derece obez (n, %)	3. derece obez (n, %)	p
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	64 (62,75)	14 (56,00)	20 (60,61)	24 (54,55)	$\chi^2=1,432$ 0,457*
Erkek	38 (37,25)	11 (44,00)	13 (39,39)	20 (45,45)	
<b>Yaş</b>					
18-44 yaş	40 (39,22)	12 (48,00)	11 (33,33)	15 (34,09)	$\chi^2=12,654$ 0,036*
45-64 yaş	54 (52,94)	12 (48,00)	16 (48,48)	18 (40,91)	
65 yaş üstü	8 (7,84)	1 (4,00)	6 (18,19)	11 (25,00)	
<b>Eğitim durumu</b>					
İlkokul mezunu	39 (38,23)	10 (40,00)	12 (36,36)	26 (59,09)	0,453**
Ortaokul mezunu	35 (34,31)	6 (24,00)	9 (27,27)	14 (31,82)	
Lise mezunu	19 (18,63)	8 (32,00)	7 (21,21)	3 (6,81)	
Üniversite mezunu	9 (8,83)	1 (4,00)	3 (15,16)	1 (2,28)	
<b>Medeni durum</b>					
Evli	40 (39,22)	13 (52,00)	12 (36,36)	18 (40,91)	$\chi^2=0,357$ 0,082*
Bekar	34 (33,33)	9 (36,00)	11 (33,33)	16 (36,36)	
Dul/Boşanmış	28 (27,45)	3 (12,00)	10 (30,31)	10 (22,73)	
<b>Meslek</b>					
Ev hanımı	53 (82,34)	15 (60,00)	17 (51,50)	19 (43,18)	$\chi^2=10,065$ 0,561*
Memur/işçi	36 (1,80)	5 (20,00)	10 (30,31)	16 (36,36)	
Emekli	13 (12,26)	5 (20,00)	6 (18,19)	9 (20,46)	
<b>Kronik hastalık</b>					
Var	55 (53,92)	16 (64,00)	18 (54,55)	28 (63,64)	0,375**
Yok	47 (46,08)	9 (36,00)	15 (45,45)	16 (36,36)	
<b>Sigara kullanımı</b>					
Var	40 (39,29)	12 (48,00)	10 (30,31)	23 (52,27)	0,481*
Yok	62 (60,71)	13 (52,00)	15 (69,69)	21 (47,73)	
Toplam	102 (100)	25 (24,50)	33 (32,36)	44 (43,14)	

\*Pearson ki-kare, \*\*Mann Whitney U

**Tablo 2. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sigara kullanımı ve kronik hastalık varlığına göre D vitamini düzeylerinin karşılaştırılması (n=102).**

Özellikler	Ciddi D vitamini yetersizliği (<20 ng/mL) n (%)	D vitamini yetersizliği (20-30 ng/mL) n (%)	Normal D vitamini düzeyi (30-100 ng/mL) n (%)	p
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	30 (65,22)	24 (61,54)	10 (58,82)	0,002*
Erkek	16 (34,78)	15 (38,46)	7 (41,18)	
<b>Yaş</b>				
18-44 yaş	12 (29,27)	22 (56,41)	6 (37,50)	0,063*
45-64 yaş	26 (63,41)	10 (25,64)	8 (50,00)	
65 yaş ve üzeri	8 (7,32)	7 (17,95)	3 (2,50)	
<b>Eğitim durumu</b>				
İlkokul mezunu	17 (32,08)	11 (28,21)	11 (55,00)	0,841**
Ortaokul mezunu	20 (37,74)	10 (25,64)	5 (25,00)	
Lise mezunu	7 (15,22)	11 (28,21)	1 (20,00)	
Üniversite mezunu	2 (14,96)	7 (17,94)	0	
<b>Kronik hastalık</b>				
Var	25 (59,52)	20 (52,63)	10 (45,45)	0,345**
Yok	21 (40,48)	19 (47,37)	7 (54,55)	
<b>Sigara kullanımı</b>				
Var	18 (60,87)	19 (48,72)	3 (17,65)	0,452**
Yok	28 (39,13)	20 (51,28)	14 (82,35)	
Toplam	46 (45,10)	39 (38,24)	17 (16,66)	

\*Pearson ki-kare, \*\*Mann Whitney U



**Tablo 3. Vücut kitle indeksinin, D vitamini düzeyi ile etkileşimi (n=102).**

VKİ		25(OH) D			Toplam	p
		<20 ng/ml	20-30 ng/ml	>30 ng/ml		
1.derece obez		13 (52,00)	8 (32,00)	4 (16,00)	25 (100)	
2.derece obez	n (%)	16 (48,48)	12 (36,36)	5 (15,16)	33 (100)	0,032*
Morbid obez		20 (45,45)	15 (34,09)	9 (20,46)	44 (100)	
Toplam		49 (48,04)	35 (34,31)	18 (17,65)	102 (100)	

\*Spearman testi

n=67), erkeklere (%34,78, n=35) göre daha sıktı. Obezite merkezimize kayıtlı hastaların 25-OH D düzeyi ortalaması, total olarak değerlendirildiğinde,  $13,26 \pm 7,74$  ng/ml, kadınlarda  $13,08 \pm 7,02$  ng/ml, erkeklerde  $13,81 \pm 7,83$  ng/ml olduğu saptandı. Cinsiyet ile vitamin D düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Obezite merkezimize kayıtlı kadınlarda D vitamini düzeyi, erkeklere göre daha düşük bulunmuştur ( $p < 0,05$ , Tablo 2). Yaş, eğitim durumu, kronik hastalık durumu, sigara kullanımı ile D vitamini düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Kişilerin %24,50'si (n=25) 1. derece obez, %32,36'sı (n=33) 2. derecede obez, %43,14'ü (n=44) morbid obez idi. Kişilerin ortalama VKİ  $35,26 \pm 4,28$  kg/m<sup>2</sup> idi. Birinci derece obezlerde D vitamini düzeyi ortalaması  $14,25 \pm 7,98$ , 2. derece obezlerde  $14,06 \pm 7,75$ , morbid obezlerde D vitamini düzeyi ortalaması  $13,92 \pm 7,59$  ng/mL idi. Morbid obezlerde D vitamini düzeyi daha düşüktü. VKİ arttıkça, serum 25(OH)D düzeyleri azalmaktaydı ( $p = 0,032$ , Tablo 3).

## TARTIŞMA

Obez kişilerde D vitamini eksikliği daha sıktır.<sup>[16]</sup> D vitamini düzeyi düşük olanlarda obezitenin daha sık olduğu gösterilmiştir.<sup>[17]</sup> VKİ'de her birim artışın 25(OH)D düzeyinde %1,15 azalmaya yol açtığı görülmüştür.<sup>[13]</sup>

Yıldırım ve Eryılmaz'ın<sup>[18]</sup> çalışmalarında, obezite merkezine kayıtlı hastaların %29,52'sinin morbid obez olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ise hastalarımızın %43,14'ü morbid obez idi. Çalışmamızın sonuçlarının literatürle uymamasının nedeni, ilimizde obezite merkezinin yeni kurulmuş olması ve bu merkezlerle ilgili yeterince sonuç olmaması olabilir.

Yıldırım ve Eryılmaz'ın<sup>[18]</sup> çalışmasında, obezite merkezine kayıtlı kişilerde VKİ ortalamaları  $39,85 \pm 5,08$  kg/m<sup>2</sup> idi. Çalışmamızda da benzer şekilde, kişilerin VKİ ortalamaları  $35,26 \pm 4,28$  kg/m<sup>2</sup> idi.

Aypak ve ark.<sup>[19]</sup> çalışmasında, 25(OH)D düzeylerinin morbid obezlerde, aşırı kilolu bireylere kıyasla anlamlı

düzeyde düşük olduğu gösterilmiştir. Konradsen ve ark.<sup>[20]</sup> çalışmasında da VKİ yüksek olanlarda D vitamini düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda da morbid obezlerde D vitamini düzeyi daha düşük bulunmuştur.

Erkol ve Khorshid'in çalışmasında, obezite ile sigara kullanımı arasında ilişki saptanamamıştır.<sup>[21]</sup> Satman ve Yılmaz'ın çalışmasında, sigara kullananlarda obezite sıklığı artmıştır.<sup>[22]</sup> Çalışmamızda ise 102 hastada, sigara kullanımı ile obezite arasında ilişki saptanamamıştır.

Nalbant ve Konuk'un<sup>[23]</sup> çalışmasında, obez kişilerde D vitamini düzeyi düşük bulunmuştur. Çalışmamızda, obezite merkezimize kayıtlı kişilerde D vitamini düzeyi ciddi yetersiz belirlenmiştir. Obez bireylerdeki düşük 25(OH)D seviyelerinin, kilo nedeniyle azalan hareket yeteneği, direkt güneş ışığından daha az yararlanma ve 25(OH)D'nin adipoz dokuda sekestre olması gibi nedenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir.<sup>[18,19]</sup>

Teixeria ve ark.<sup>[24]</sup> çalışmasında, obez erişkinlerde vitamin D ortalaması  $22,91 \pm 7,90$  mg/dl bulunmuştur. Çalışmamızda da obez hastalarımızda vitamin D ortalaması ( $13,26 \pm 7,74$  ng/mL) daha düşük bulunmuştur. Ülkemizde yaşayan obezitesi olanların D vitamini düzeylerinin düşük olmasının nedeni, yaşam tarzı, kötü beslenme alışkanlığı ve çevresel faktörler olabilir.

Need ve ark.<sup>[25]</sup>, Konsandren ve ark.<sup>[20]</sup> çalışmalarında, çalışmamızda olduğu gibi VKİ arttıkça D vitamini düzeyleri azalmaktadır. Aypak ve ark.<sup>[19]</sup> çalışmasında da serum 25(OH)D düzeyleri, VKİ ile ters orantılı bulunmuştur.

Doğan ve ark.<sup>[26]</sup> çalışmasında, obezite polikliniğine başvuran kadınlarda, erkeklere kıyasla D vitamini düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da merkezimize kayıtlı kadınlarda D vitamini düzeyi daha düşük saptanmıştır. Bu durum, cinsiyetler arası hormonal farklılıklardan kaynaklanabilir.

Kaner ve ark.<sup>[27]</sup> 2017'de yaptığı bir çalışmada, yaş arttıkça VKİ arttığı saptanmıştır. Çalışmamızda da obez kişilerin yaşları arttıkça, VKİ'nin de arttığını belirledik.



Ogden ve ark.<sup>[28]</sup> çalışmasında, obezite hastaları üzerinde yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile VKİ arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Kaner ve ark.<sup>[27]</sup> çalışmasında da düşük eğitim düzeyi ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda ise eğitim düzeyi ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Aypak ve ark.<sup>[19]</sup> çalışmasında, VKİ ile D vitamini düzeyleri ile VKİ arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Çalışmamızda da VKİ ile D vitamini düzeyi arasında negatif korelasyon saptadık.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri geriye dönük bir çalışma olmasıdır. Diğer kısıtlılıklarımız da çalışmaya katılanların çoğunun ev hanımı olması ve tek merkezli bir çalışma olmasıdır.

Obezite, D vitamini eksikliği için bir risk faktörüdür.<sup>[29]</sup> Sonuç olarak, çalışmamızda yaş arttıkça VKİ artmıştır. Obezite merkezimize kayıtlı hastalarımızın çoğu 2. derece obez tespit belirlenmiştir. D vitamini yetersizliği obezite merkezimize kayıtlı kişilerde, özellikle kadınlarda oldukça yaygın olup, serum 25(OH)D düzeyleri, VKİ ile ters orantılı bulunmuştur. O yüzden obezitesi olanlarda rutin D vitamini düzeyine bakılmalı ve D vitamini eksikliği olanlarda tedavi düzenlenmelidir.

**Etik Kurul Onayı:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (22.11.2019/15).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Hasta Onamı:** Alındı.

**Ethics Committee Approval:** Health Sciences University, Samsun Training and Research Hospital, Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (22.11.2019/15).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Receipt.

## KAYNAKLAR

1. Akkurt S. Obezite ve fiziksel aktivite. Türkiye Klinikleri J Sport Med-Special Topics. 2015;1(1):6-12.
2. Sevinçer GM. Türkiye’de Obezite Cerrahisinde Psikiyatrik Değerlendirme: Uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi. Anadolu Psikiyatr Derg. 2016;17(2):5-45. <https://doi.org/10.5455/apd.223825>
3. Tanakol R. Obezite tedavisinde orlistat. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism. 2003(2);87-97.
4. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara; 2019.p.61.
5. Atasoy V, Altunbaş E, Set T. Fazla kilolu ve obez çocuklarda D vitamini düzeylerinin değerlendirilmesi. Türk Aile

- Hek Derg. 2019;23(3):102-9. <https://doi.org/10.15511/tahd.19.00302>
6. Holick MF. Sunlight and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. Am J Clin Nutr. 2004;80(6):1678-88. <https://doi.org/10.1093/ajcn/80.6.1678S>
7. Herran A, Amado JA, Garcia-Unzueta MT, et al. Increased bone remodeling in first-episode major depressive disorder. Psychosom Med. 2000;62:779-82. <https://doi.org/10.1097/00006842-200011000-00006>
8. Baz-Hecht M, Goldfine AB. The impact of vitamin D deficiency on diabetes and cardiovascular risk. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2010;17(2):113-9. <https://doi.org/10.1097/MED.0b013e3283372859>
9. Çimen MBY, Çimen ÖB. Obezite ve D vitamini. Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg. 2016;9(2):102-12.
10. Uçar F, Taşlıpınar MY, Soydaş AÖ, Özcan N. Ankara Etilik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran hastalarda 25-OH vitamin D düzeyleri. Eur J Basic Med Sci. 2012;2(1):12-5. <https://doi.org/10.21601/ejbms/9169>
11. McGill AT, Stewart JM, Lithander FE, Strik CM, Poppitt SD. Relationships of low serum vitamin D3 with anthropometry and markers of the metabolic syndrome and diabetes in overweight and obesity. Nutr J. 2008;7:4. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-7-4>
12. Deepu D, Hardigan P, Bray N, Penzell D, Savu C. The incidence of vitamin D deficiency in the obese: a retrospective chart review. J Comm Hosp Int Med Pers. 2015;5:26069. <https://doi.org/10.3402/jchimp.v5.26069>
13. Vimalaswaran KS, Berry DJ, Lu C, et al. Causal relationship between obesity and vitamin D status: bi-directional Mendelian randomization analysis of multiple cohorts. PLoS Med. 2013;10(2):e1001383.
14. Aydın M. Vitamin D ve obezite. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci. 2012;8(2):88-90.
15. TC. Sağlık Bakanlığı 2018/29 Sayılı Obezite Merkezlerinin Açılması, Tescil Edilmesi, Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Genelge <https://shgm.saglik.gov.tr> adresinden 10.06.2020 tarihinde erişilmiştir.
16. Bassatne A, Chakhtoura M, Saad R, Fuleihan GEH. Vitamin D supplementation in obesity and during weight loss: A review of randomized controlled trials. Metabolism Clinical and Experimental. 2019;92:193-205. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.12.010>
17. Mai XM, Chen Y, Camargo CA Jr, Langhammer A. Cross sectional and prospective cohort study of serum 25hydroxyvitamin D level and obesity in adults: the HUNT study. Am J Epidemiol. 2012;15:175(10):1029-36. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr456>
18. Yıldırım Dİ, Eryılmaz MA. Obezite Merkezi’ne başvuran hasta profilinin ve hastalara verilen eğitim etkinliğinin değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2020;20(2):327-36.
19. Aypak C, Yıkılkan H, Dicle M, Önder Ö, Görpelioğlu S. Erişkin Obez Hastalarda D vitamini Düzeyinin Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi. Haseki Tıp Bülteni. 2013; 95-8. <https://doi.org/10.4274/Haseki.954>
20. Konradsen S, Ag H, Lindberg F, Hexeberg S, Jorde R. Serum 1,25-dihydroxy vitamin D is inversely associated with body mass index. Eur J Nutr. 2008;47:87-91. <https://doi.org/10.1007/s00394-008-0700-4>
21. Erkol A, Khorshid L. Obezite: predispozan faktörler ve sosyal boyutunun değerlendirilmesi. SSK Tepecik Hast Derg. 2004;14(2):101-7. <https://doi.org/10.5222/terh.2004.05769>
22. Satman İ, Yılmaz MT. Dünyada ve Türkiye’de obezite epidemiyolojisi. Aktüel Tıp Derg. 2001;6:9-12.
23. Nalbant A, Konuk S. Obezite ile D Vitamini, C-Reaktif Protein, Hemogram parametreleri ve kan grupları arasında

- daki ilişki. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2018;10(1):20-5.  
<https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.283272>
24. Teixeira JS, Bull Ferreira Campos A, Cordeiro A, Pereira SE, Saboya CJ, Ramalho A. Vitamin D nutritional status and its relationship with metabolic changes in adolescents and adults with severe obesity. *Nutr Hosp*. 2018;35(4):847-53.  
<https://doi.org/10.20960/nh.1657>
25. Need AG, O'Loughlin PD, Horowitz M, Nordin BE. Relationship between fasting serum glucose, age, body mass index and serum 25 Hydroxyvitamin D in postmenopausal women. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2005;62(6):738-41.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2005.02288.x>
26. Dogan S, Sonmez CI, Baser DA. Evaluation of antropometric and biochemical properties of patients who applied to obesity policlinics. *Ankara Med J*. 2020;20(2):407-15.  
<https://doi.org/10.5505/amj.2020.59140>
27. Kaner G, Kürklü NS, Adıgüzel KT, Koyu BE. İzmir'de Beslenme ve Diyet Polikliniğine başvuran kadınlarda obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2017;10(3):250-7.
28. Ogden CL, Lamb MM, Carroll MD, Flegal KM. Obesity and socioeconomic status in adults: United States 2005-2008. *NCHS Data Brief*. 2010;50:1-8.
29. Börekçi NÖ. D vitamini eksikliği ile ilgili güncel bilgiler. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2019;10(1):35-42.  
<https://doi.org/10.15511/jtftp.19.00135>

# Erişkin Kişilerin Kolorektal Kanser Risk Faktörleri ve Erken Tanı Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi

## Examining the Knowledge, Attitudes and Behaviors of Adults about Colorectal Cancer Risk Factors and Early Diagnosis Methods

Esra Sancaktar <sup>®</sup>, Özge Tuncer <sup>®</sup>

**Atıf/Cite as:** Sancaktar E, Tuncer Ö. Erişkin kişilerin kolorektal kanser risk faktörleri ve erken tanı yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(2):53-8.

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, kişilerin kolorektal kanserin (KRK) risk faktörleri, semptomları ve erken tanı yöntemleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirerek farkındalık düzeyini saptamak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmamız, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniğine Ocak 2019-Şubat 2019 tarihleri arasında başvuran çalışmaya dâhil olma kriterlerini karşılayan 300 kişiden oluşan hastalar ile yüz yüze anket görüşmesi ile yapıldı. İstatistiksel olarak elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edildi.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 51,8±8,66 yıl olup, yaş aralığı 40 ile 70 arasında değişiyordu. Katılımcıların %68,3'ü (205) kadındı. Hastaların öğrenim durumları incelendiğinde, en yüksek oran %33 (99) ile ilköğretim mezunu ardından %28,7 (86) ile üniversite mezunlarından oluşmaktadır. KRK tarama testleri ile ilgili duyumu olanların %66,3'ü (124) sağlık çalışanlarından, %25,7'si (48) akraba ve arkadaşlarından duyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %62,3'ü (187) KRK tarama testlerini duymuştur. Yüzde 96,7'si (290) KRK tarama testlerini gerekli bulurken, katılımcıların %85'i (255) KRK tarama testinin amacının hastalığı erken dönemde yakalamak olduğunu düşünüyordu. Katılımcıların yalnızca %29'u (87) kolorektal kanser tarama testleri hakkında doktor tarafından bilgilendirilmiştir. Katılımcıların yalnızca %25'i (75) KRK tarama testlerinin neler olduğunu tam olarak doğru bilmiştir. Elli yaş ve üzeri bireylerin %39,7'si (60) tarama testi yaptırmıştı. Katılımcılar KRK'nın belirtisini daha sıklıkla dışkılama alışkanlığında değişiklik olarak görmekteyken, en çok bilinen risk faktörü ise ailede KRK öyküsü olmasıdır.

**Sonuç:** Çalışmamızdaki bireylerin KRK ile ilgili bilgi yetersizliğinin bulunduğunu, 50 yaşın üzerinde önerilen tarama testi yapılıma oranının düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle koruyucu hekimlik anlamında büyük öneme sahip olan aile hekimlerinin hastalarını tarama testleri konusunda daha çok bilgilendirmeleri ve yönlendirmeleri gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Erişkin, kolorektal kanser, risk faktörleri, erken tanı

### ABSTRACT

**Objective:** In this study, it was aimed to determine the level of awareness by evaluating the knowledge, attitudes and behaviors of people about the risk factors, symptoms and early diagnosis methods of colorectal cancer.

**Methods:** The study was conducted with a face-to-face interview with 300 patients who met the inclusion criteria of the study, who applied to the Family Medicine Clinic of İzmir Bozyaka Education and Research Hospital at the University of Health Sciences, between January 2019 and February 2019. Data obtained statistically were analyzed using SPSS (Statistical Package for Social Sciences) program.

**Results:** The mean age of the participants was 51,8±8,66 years and the age ranged was between 40 to 70 years. 68.3% (205) of the participants were female. When the educational status of the patients is examined, the highest rate is composed of primary school graduates with 33% (99), followed by university graduates with 28.7% (86), 66.3% (124) of those who have heard about colorectal cancer screening test reported that they heard it from health care workers, 25.7% (48) from their relatives and friends. 62.3% (187) of the participants heard about colorectal cancer screening tests. While 96.7% (290) of the participants believed that those tests were necessary, 85% (255) of the participants thought that the aim of the colorectal cancer screening test was to catch the disease at an early stage. Only 29% (87) of the participants were informed by the doctor about colorectal cancer screening tests. Only 25% (75) of the participants knew names of colorectal cancer screening tests correctly. 39.7% (60) of the participants over the age of 50 had a CRC screening test. While the participants considered changes in the habit of defecation as the most frequent sign of CRC, the most known risk factor was the family history of CRC.

**Conclusion:** In our study it was determined that individuals had a lack of knowledge about CRC and the rate of screening test recommended for those over the age of 50 was low. For this reason, Family Physicians, who are great importance in terms of protective medicine should inform and guide their patients more about the screening test.

**Keywords:** Adult, colorectal cancer, risk factor, early diagnosis

© Telif hakkı Türk Aile Hekimliği Dergisi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.  
© Copyright Turkish Journal of Family Practice. Published by Logos Medical Publishing. Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

**Received/Geliş:** 08.04.2021  
**Accepted/Kabul:** 15.06.2021  
**Publication date:** 30.06.2021

**Corresponding Author:**  
**Ö. Tuncer**  
**ORCID:** 0000-0002-0683-1695  
SBÜ, İzmir Bozyaka Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Aile Hekimliği Kliniği,  
İzmir, Türkiye  
✉ dr.ozgeucman@gmail.com

**E. Sancaktar**  
**ORCID:** 0000-0001-5500-3645  
İzmir, Balçova 1 Nolu,  
Aile Sağlığı Merkezi,  
İzmir, Türkiye

## GİRİŞ

Kolorektal kanser, yüksek mortalite oranları ve sık görülmesi nedeniyle tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur.<sup>[1]</sup> Kolorektal kanser erken dönemde tanı aldığında morbiditesi ve mortalitesi daha düşük olan, cerrahi yaklaşım ile küratif tedavi şansı olabilen bir hastalıktır.<sup>[2]</sup> Kolorektal kanser yavaş gelişmektedir. Semptomatik hâle geldiklerinde ise hastalık genellikle ileri evreye varmış durumdadır.<sup>[3,4]</sup> Tanı anındaki evre, prognozu etkileyen en önemli faktörlerden biridir.<sup>[5]</sup> Lokalize hastalık evresinde beş yıllık sağkalım %93 iken, ileri evre kanserlerde bu oran %8'i geçmemektedir.<sup>[6]</sup> Semptomsuz hastalarda KRK'yı tanımak çok önemlidir ve toplumun bilgilendirilmesi ve KRK tarama testlerinin uygulanması gereklidir. Taramalar sonucunda erken evre kanseri veya prekanseröz lezyonu saptama olasılığı yüksektir. Tarama ve izlemin mortaliteyi azalttığı yapılan çalışmalar tarafından gösterilmiştir.<sup>[4]</sup>

Kolorektal kanser, dünyada en yaygın üçüncü kanser, kansere bağlı ölüm nedenleri arasında en yaygın dördüncü kanser ve dünya çapında tanıdan beş yıl sonra kanserle yaşayan birey sayısı bakımından en yaygın ikinci kanserdir.<sup>[7]</sup>

Aile hekimliği açısından KRK birinci basamak hekimliğinde çok önemli bir yere sahiptir. Etkin bireysel risk değerlendirmesi yapılarak (aile öyküsü ve diğer risk faktörleri) ve etkili tarama programlarıyla (dışkıda gizli kan testi, sigmoidoskopi, kolonoskopi vb.) erken evrede tanı alabilen ve tedavi şansı olası olan bir hastalıktır. KRK'nın yavaş ilerlemesi nedeniyle aile hekimlerinin yıllar içinde KRK'yı yakalama şansları yüksektir.<sup>[8]</sup>

Bu çalışmamızda, Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran bireylerin KRK risk faktörleri, semptomları ve tarama yöntemleri hakkında bilgi ve farkındalık düzeylerini saptamayı amaçladık.

## GEREÇ ve YÖNTEMLER

Bu çalışma, 16.01.2019 tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda alınan (Karar No. 03) onay ile başlatılmıştır.

Tanımlayıcı, kesitsel bir araştırma olan çalışmamızın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 40-70 yaş arasındaki gönüllü hastalar oluşturmuştur. Kolorektal kanser öyküsü olan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Tüm kanserler içinde KRK sıklığı %8 olarak alınarak evreni belli olmayan örneklem hesabı ile 112 kişi

olarak örneklem sayısı hesaplanmıştır. Aile Hekimliği Polikliniğine iki ay içinde başvuran dâhil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmamız 300 kişi ile yapılmıştır.

Hastalara uygulanmak üzere literatür taranarak çoktan seçmeli ve açık uçlu olarak hazırlanan toplam 32 soruluk bir anket çalışması hazırlanmıştır. Anketimiz bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını sorgulayan; KRK risk faktörleri, belirtisi olabilecek yakınmalar ve tarama testleri hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyini ölçen sorular olacak şekilde hazırlanmıştır. Çalışmanın verileri yüz yüze yanıtlama yöntemi ile elde edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri gözetilerek, çalışmaya alınacak hastalara çalışma hakkında bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş gönüllü onay formunun okutulması sağlanarak yazılı onayları alınmıştır. Katılımcıların anket sorularına verdikleri yanıtlar analiz edilmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. Sayısal veriler incelenirken merkezi eğilim ölçütlerinden ortalama, ortanca, tepe değeri; yayılım ölçütlerinden standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. Kategorik veriler incelenirken görülme sıklığı (frekans) ve yüzdeler şeklinde belirtilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ortalaması 51,80±8,66'dır. Üç yüz hastanın 205'i (%68,3) kadın, 95'i (%31,7) ise erkektir.

Çalışmaya dâhil edilen hastaların medeni durumları incelendiğinde, 257 kişinin (%85) evli, mesleki durumları incelendiğinde %35 ile en yüksek oranda ev hanımlığı görülürken, bunu %26 ile devlet memurluğu izlemektedir. Hastaların öğrenim durumları incelendiğinde, en yüksek oran %33 ile (n=99) ilköğretim mezunu olan kişilerdedir. Ardından %28,7 ile (n=86) üniversite mezunları gelmektedir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların (Birden fazla ek hastalığa sahip olan kişiler vardır.) %9,7'sinde (29) diabetes mellitus, %18'inde (54) hipertansiyon, %2,3'ünde (7) hiperlipidemi, %0,3'ünde (1) kalın bağırsakta polip ve %23,3'ünde (n=70) obezite bulunmaktadır.

Hastalara KRK gelişiminde önemli bir role sahip olan



sağlıklı yaşam davranışlarını incelemek için sigara ve alkol kullanma, düzenli fiziksel egzersiz yapma ile beslenme alışkanlığı sorulmuştur. Katılımcıların %30'u (90) sigara kullanmakta ve %26'sı (78) ise düzenli fiziksel egzersiz yapmaktadır. Sağlıklı yaşam davranışları içinde en yüksek oran %68,3 (205) ile taze sebze, meyve ve tahıl ağırlıklı beslenme olarak saptanmıştır. Hastaların sağlıklı yaşam davranışları Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarının incelenmesi.**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanma	90	30
Alkol kullanma	59	19,7
Düzenli fiziksel egzersiz yapma	78	26
Taze sebze-meyve ve tahıl ağırlıklı beslenme	205	68,3
Hayvansal kaynaklı gıda ağırlıklı beslenme	87	29
İşlenmiş hazır gıda/paket ürün ağırlıklı beslenme	8	2,7

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kolorektal kanser etiyolojisinde önemli bir faktör olan ailede KRK öyküsünün bulunması durumu sorgulandığında hastaların %87'si (n=261) ailesinde bilinen bir KRK öyküsü bulunmadığını dile getirirken, ailesinde KRK öyküsü bulunan 39 hastanın 27'si (%69,2'si) daha önce KRK tarama testlerini duyduğunu fakat 26'sı (%66,7'si) şimdiye kadar KRK tarama testi yaptırmadığını belirtmiştir, 4'ü (%10,3'ü) de ailede KRK öyküsü bulunmasının KRK riskini arttıran bir faktör olduğunu bilmemektedir.

Hastaların KRK risk faktörleri hakkında bilgi düzeyleri Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2. Kolorektal kanser risk faktörleri hakkında bilgi düzeyi.**

Hangisi/Hangileri Kolorektal Kanseri risk faktörüdür?	Cevap	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aşırı kilolu veya obez olmak	Evet	146	48,7
	Hayır	154	51,3
Fiziksel olarak aktif olmamak	Evet	164	54,7
	Hayır	136	45,3
Fazla miktarda işlenmiş gıda veya kırmızı et tüketmek	Evet	221	73,7
	Hayır	79	26,3
Taze sebze, meyve ve lifli gıdalardan fakir beslenmek	Evet	161	53,7
	Hayır	139	46,3
Alkol kullanmak	Evet	185	61,7
	Hayır	115	38,3
Sigara kullanmak	Evet	223	74,3
	Hayır	77	25,7
İleri yaş	Evet	156	52
	Hayır	144	48
Ailede benzer kanser öyküsünün bulunması	Evet	234	78
	Hayır	66	22

Çalışmaya dahil edilen hastalara KRK belirtisi olabilecek şikayetler sorulduğunda dışkılama alışkanlığında deği-

şiklik hastaların %82,3'ü (n=247) tarafından bilinerek en çok bilinen semptom olmuştur. En çok bilinen diğer semptomlar ise sırasıyla dışkıdan kan gelmesi (%79,3), kilo kaybı (%74), halsizlik (%68,3) olarak sıralanabilir.

Çalışmaya dâhil edilen 300 hastaya KRK tarama testlerini duyup duymadıkları sorulduğunda, %62,3'ü (n=187) KRK tarama testlerini duyduğunu belirtirken, sağlık çalışanları %66,3 (n=124) oranı ile bilgi edindiği kaynak olarak en çok verilen yanıt olmuştur. Hastaların %25,7'si (n=48) akraba ve arkadaşları, %24,6'sı (n=46) televizyon, %23'ü (n=43) yazılı medya ve %12,8'i (n=24) internet aracılığıyla duyduğunu belirtmiştir.

Hastaların %85'i (n=255) KRK tarama testlerinin amacının erken dönemde hastalığın saptanması olduğunu düşünmektedir.

Hastaların %96,7'si (n=290) KRK'nin erken teşhis ile tedavisinin olası olduğunu düşünmekte iken, hastalara KETEM'i (Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi) bilip bilmedikleri sorulduğunda, %37,3'ü (n=112) bildiğini belirtmiştir. Hastalara KRK tarama testlerinin yapılması için en uygun merkezin neresi olduğunu düşündükleri sorulduğunda, %32,3 (n=97 kişi) oranı ile büyük çoğunluğu KETEM yanıtını vermiştir. Diğer hastalar ise sırayla %29,3 (n=88) oranı ile devlet hastanesinin, %22 (n=66) oranı ile üniversite hastanesinin, %13,7 (n=41) oranı ile ASM'nin (Aile Sağlığı Merkezi) KRK tarama testlerinin yapılması için en uygun merkez olduğunu düşünmektedir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların %29'u (n=87) doktor tarafından daha önce KRK tarama testlerinden söz edildiğini söylerken, KRK tarama testlerinden söz edildiğini belirten 87 hastaya hangi kurumda bilgilendirildikleri sorulduğunda, %71,26'sı (n=62) ASM yanıtını vermiştir.

Hastalara birden fazla seçeneği olarak hangilerinin KRK tarama testi olduğu sorulduğunda, hastaların %8'i (n=24) yalnızca GGK (Gaitada Gizli Kan), %13'ü (n=39) yalnızca rektosigmoidoskopi/kolonoskopi ve %25'i (n=75) hem GGK hem rektosigmoidoskopi/kolonoskopi yanıtını vermiştir. Hastaların büyük çoğunluğu ise %32 oranı ile BT ve/veya MR'nin (GGK ve rektosigmoidoskopi/kolonoskopinin varlığı fark etmeksizin) KRK tarama testlerinden biri olduğunu belirtmiştir.

Hastaların KRK testlerini yaptırmaları sorgulandığında, %71,3'ünün (n=214) yaptırmadığı saptanmıştır. Çalışmamızdaki 50 yaş ve üzeri bireylerin ise %39,7'si (n=60) tarama testi yaptırmıştır. KRK tarama testi yaptıran hastaların büyük çoğunluğu, %39,5'i (n=34), ASM tarafından özendirilmiştir.



KRK tarama testi yaptırmayan hastalara nedeni sorulduğunda, %32,7 (n=70) oranı ile “Kendimi risk altında görmüyorum.” en çok verilen yanıt olurken, %29 (n=62) oranı ile “Tarama testleri hakkında bilgim yok.” ikinci en sık verilen yanıt olmuştur.

Hastalara KRK tarama testlerinin kimlere yapılması gerektiği sorulduğunda, çoğunluğu %46,3 (n=139) oranı ile yakınması olsun/olmasın 50 yaş ve üzeri tüm bireylerin yaptırması gerektiğini belirtmiştir. Hastaların %31’i (n=93) ise yaş fark etmeksizin tüm bireylere yaptırılması gerektiğini düşünmektedir.

Hastaların demografik özelliklerine göre KRK tarama testini duyma durumları incelendiğinde, meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır (p=0,014). Gruplar arasındaki farklılığı incelediğimizde devlet memuru olanların diğer gruplara göre daha yüksek oranda tarama testlerini duyduğu görülmüştür.

Hastaların demografik özelliklerine göre KRK tarama testlerinin yaptırılma amacı sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, öğrenim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır (p=0,004). Gruplar arasındaki farklılığı incelediğimizde öğrenim durumu okur-yazar olan hasta grubunun daha yüksek oranda “tedavi etmek” yanıtını verdikleri görülmektedir (%16,7).

Hastaların demografik özelliklerine göre KETEM’i bilme durumları incelendiğinde; cinsiyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir (p=0,05). Kadınların erkeklere göre daha fazla oranda KETEM’i bildiği görülmektedir. Devlet memuru olanlar diğer meslek gruplarına göre KETEM’i daha fazla oranda bilmektedir. Lise ve üniversite mezunu olan hastaların KETEM’i daha fazla bildiği görülmektedir. Yaş grupları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0,001). Yaş grupları arasında 50 yaş altında KETEM’i bilme farkındalığı daha yüksektir.

Hastaların demografik özelliklerine göre KRK tarama testlerinin kimlere yapılması gerektiği sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde, meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır (p=0,008). Esnaf (%75) ve işsiz (%100) grubundaki hastaların KRK tarama testlerinin tüm bireylere yapılması gerektiğini düşünme oranları daha yüksek bulunmuştur.

## TARTIŞMA

KRK son yıllarda en yaygın kanserlerden biri hâline gelmiştir ve görülme sıklığının önümüzdeki yıllarda da artmaya devam etmesi beklenmektedir. Bu nedenle bireylerin KRK tarama programlarına katılmaları büyük önem taşımaktadır.<sup>[9]</sup> Çalışmamızda, KRK ve tarama

testleri hakkında bilgi, farkındalık ve tarama programlarına katılım düzeyinin yetersiz olduğu görülmüştür. KRK tarama testini duymalarına rağmen, büyük çoğunluğun tarama testini yaptırmadıkları saptanmıştır. Yaptırmama nedenleri ise ilk sırada kendilerini risk altında görmemeleri ikinci sırada ise bilgi eksikliğinden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çalışmamızdaki bireylere KRK gelişiminde önemli role sahip olan beslenme alışkanlığı sorulduğunda, en yüksek oran %68,3 oranı ile taze sebze, meyve ve tahıl ağırlıklı beslenme olarak saptanmıştır. Bununla birlikte, taze sebze, meyve ve tahıldan fakir beslenmenin KRK için risk faktörü olduğu bireylerin yalnızca %53,7’si tarafından bilinmiştir. Çalışmadaki bireylerin çoğunluğunun taze sebze, meyve ve tahıl ağırlıklı beslenip hayvansal kaynaklı gıdaları daha az tercih ederken; bu durumun KRK ile ilişkili bir faktör olduğunun düşük yüzde ile bilinmesi çalışmanın Ege bölgesinde yapılması, yöresel beslenme alışkanlıkları ve sosyoekonomik durum gibi faktörler ile açıklanabilir. Vaizoğlu ve ark. çalışmalarında, katılımcıların %23,3’ünün sebze, %9,7’sinin meyve tüketmediklerini belirtmişler ve KRK’nin beslenme alışkanlığı ile ilişkili olduğunu bireylerin %35,9’u bilmıştır.<sup>[10]</sup>

Çalışmamızdaki bireylerin KRK risk faktörleri hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, ailede benzer KRK öyküsü olması durumunun %78 oranı ile en çok bilinen risk faktörü olduğu görülmüştür. Birinci basamak hastaları ile yapılan bir çalışmada, KRK’nin ailesel geçiş gösterebileceğini bireylerin %66’sı doğru olarak yanıtlamışlardır.<sup>[11]</sup> Otuz beş yaş üstü yerli Avustralyalılar ile gerçekleştirilen Christou ve Thompson’ın çalışmasında, bireylerin yalnızca %56’sı tarafından aile öyküsünün KRK için risk faktörü olduğu bilinmektedir.<sup>[12]</sup> Çalışmamızdaki bireylerin %13’ünün ailesinde KRK tanılı birinci derece akrabası olduğu saptanmıştır. Ailesinde KRK öyküsü bulunan bireylerin %30,8’i KRK tarama testlerini duymadığını ve %66,7’si herhangi bir KRK tarama testi yaptırmadığını belirtmiştir ve %10,3’ü de birinci derece akrabalarında KRK öyküsü bulunmasının KRK risk faktörlerinden biri olduğunu bilmemektedir. Akhtar ve ark.’nın yaptığı bir çalışmada, KRK tanılı hastaların akrabalarının %59’unun, KRK açısından yüksek risk altında olduğunu bildiği belirlenmiştir.<sup>[13]</sup> Sigara kullanımı %74,3 oranı ile ikinci en çok bilinen risk faktörü olmuştur ve çalışmadaki bireylerin %30’u sigara kullanmaktadır. Gültekin ve ark.’nın<sup>[14]</sup> çalışmasında ise, bireylerin %84’ü sigarayı risk faktörü olarak görmektedir. Çalışmamızdaki bireylerin %74’ü düzenli fiziksel egzersiz yapmadığını belirtmiş ve %54,7’si de düzenli fiziksel egzersiz yapmama durumunun KRK risk faktörlerinden biri olduğunu bilmektedir. Erdem ve ark. yaptıkları bir çalışmada, kadınların %79,5’i, erkeklerin de %76,8’i sigarayı kanser için risk faktörü olarak

görürken, fiziksel aktivite azlığını kadınların %26,5'i ve erkeklerin %21'i risk faktörü olarak görmektedir.<sup>[15]</sup> Çalışmamızda, bireylerin %53'ü fazla kilolu, %23'ü obez olarak saptanırken, aşırı kilolu, obez olma durumu hastaların %48,7'si tarafından risk faktörü olduğu belirtilerek en az bilinen risk faktörü olmuştur. Başka bir çalışmada ise bu oran daha az bulunmuştur. Katılımcıların %12'si obeziteyi risk faktörü olarak görmektedir.<sup>[16]</sup>

KRK belirtisi olabilecek yakınmaların hangileri olabileceği sorulduğunda, dışkılama alışkanlığında değişiklik hastaların %82,3'ü tarafından bilinerek en çok bilinen semptom olmuştur. Bunu %79,3 oranıyla dışkıdan kan gelmesi durumu izlerken, en az bilinen semptom %48 oranı ile tenesmus olmuştur. Şahin ve ark.'nın<sup>[17]</sup> çalışmalarında, KRK'nin önemli erken belirtilerinden olan dışkılama alışkanlığında değişiklik durumunu hiçbir birey bilememiştir. Başka bir çalışmada, bireylerin %48'i dışkılama alışkanlığında değişiklik ve %55'i de dışkıda kan olmasının KRK belirtisi olduğunu dile getirmiştir.<sup>[18]</sup>

Çalışmamıza katılan bireylerin %37,7'si daha önce KRK tarama testlerini duymadığını belirtmiştir. Çalışmamızda, devlet memuru olanlarda tarama testi duyma oranları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Öğrenim düzeyi daha yüksek olan kişilerin hem sosyal çevrelerinden duyma olasılığı hem de KRK ile ilgili kaynaklara ulaşma olasılığı daha fazla olabilir. Dolayısıyla bu kişilerin KRK ile ilgili bilgi düzeyinin de artması beklenebilir. Christou ve Thompson'ın, 35 yaş üstü Avustralyalılar ile yaptığı çalışmada, bireylerin %78'inin KRK'yi duyduğu, ancak yalnızca %15'inin doğru olarak tanımlayabildiği saptanmıştır.<sup>[12]</sup>

Çalışmamızda, KRK tarama testlerini duyduğunu belirten 187 (%62,3) hastaya birden fazla seçenekli olarak duyularının kaynağı sorulduğunda, en çok verilen yanıt %66,3 oranı ile sağlık çalışanları olmuştur. Tarama programları hakkında edinilen bilginin kaynağı, bir başka çalışmada, %33 oranında televizyon ve %30 oranında internet olarak gösterilmiştir.<sup>[16]</sup> Tarama programları hakkında farkındalık oluşmasında en başta sağlık çalışanlarına görev düşmektedir, ancak bireylerin yakın çevresinin ve medyanın rolü de inkâr edilemez bir gerçektir.

Çalışmamızdaki bireylerin %96,7'si kolorektal kanserin erken teşhis ile tedavisinin olası olduğunu ve kolorektal kanser tarama testlerinin yapılmasının gerekli olduğunu düşünmektedir. Erdem ve ark.'nın<sup>[15]</sup> çalışmalarında, ortaokulve öncesi mezunlarının %92,7'si, lise mezunlarının %97,4'ü, üniversite mezunlarının ise %99,4'ü erken teşhis ile tedavinin olası olduğunu düşünmektedirler. KRK'nın erken teşhis ile tedavisinin olası olduğu ve tarama testlerinin yapılması gerektiği bireyler tarafından çok yüksek yüzde ile bilinmesine rağmen, tarama program-

larına katılım oranının düşük kalması, bu durumu etkileyen faktörlerin incelenmesini gerektirmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin %85'i KRK tarama testlerinin amacının erken dönemde hastalığın saptanması olduğunu düşünmektedir. Ayrıca öğrenim durumu okur-yazar olan grup KRK tarama testlerinin tedavi etmek amacıyla yapıldığını daha yüksek oranda düşünmektedir. Başka bir çalışmada da bireylerin %72,8'i kanser taramalarının amacının sağlığı geliştirmek olduğunu belirtmişlerdir.<sup>[17]</sup> Çalışmamızda bireylerin %85'i KRK tarama testlerinin amacını doğru olarak belirtmiş olsa da bir kısmının tarama testleri hakkında yanlış beklentileri mevcuttur. Bu yüzden bireyleri tarama programları hakkında bilgilendirirken olası yanlış algıların önüne geçmeye çalışmalıyız.

Çalışmamızdaki bireylerin %62,7'si KETEM'i bilmektedir ve kadınların erkeklere göre daha fazla oranda bildiği görülmüştür. Kadınların daha fazla bilmesinin nedeni KETEM'de meme ve serviks kanseri taramalarının da yapılmasının etkisi olabilir. Ayrıca lise ve üniversite mezunu olanlar ve devlet memuru olanlar diğer meslek gruplarına göre KETEM'i daha fazla oranda bilmektedir. Öğrenim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça kişilerin sağlık algısı inançları değişebilmekte ve okuma-araştırma-sorma oranları da yükselebilmektedir. Pirinççi ve ark.<sup>[19]</sup> yaptıkları bir çalışmada, bireylerin %82,4'ü KETEM'i duymadığını belirtmiştir. Erdem ve ark.'nın çalışmalarında, 40 yaş ve altı bireylerin %54,1'i; 40 yaş ve üstü bireylerin ise %31,7'si KETEM'de kalın bağırsak kanserinin tarandığı belirtilmiştir.<sup>[15]</sup> Kanseri erken teşhisinde ülkemizde çok önemli yeri olan bu merkezlere yönlendirme ve bilgilendirme konusunda sağlık çalışanlarının daha fazla çaba göstermesi gerekmektedir. Çalışmamızdaki bireylerin %71'ine doktor tarafından daha önce KRK tarama testlerinden söz edildiği saptanmıştır. Doktor tarafından bilgilendirilen (%29) kişilerin de %71,26 oranı ile büyük çoğunluğu ASM'de bilgilendirildiklerini söylemiştir. Genel olarak sağlık çalışanlarının KRK hakkında bilgilendirme konusunda yetersiz kaldığını ancak birinci basamak hekimlerinin bu noktada önemli bir konumda olduklarını söyleyebiliriz. Çalışmamızdaki oranların aksine Amerika Virjinya'da yapılan bir çalışmada, doktorlarından KRK tarama testi yaptırmaya tavsiyesi almamış olan bireylerin oranı sadece %1,6'dır.<sup>[20]</sup> Sağlık çalışanları olarak, KRK hakkında bilgi ve farkındalık düzeyini arttırmaya yönelik çalışmalara ağırlık verdiğimiz taktirde tarama programlarına katılım oranının artabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda, KRK tarama testi yaptıran hastaların büyük çoğunluğu (%39,5'i) ASM tarafından özendirildiğini belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada, birinci basamak hekimlerin tarama programlarında yer almalarının

hastaların katılım oranlarını artırdığını göstermiştir.<sup>[21]</sup> Asya-Pasifik bölgesinde yapılan geniş çaplı bir araştırmada, doktorların KRK tarama programları konusundaki özendirilmesinin ve bireylerin taramalar hakkındaki bilgi düzeyinin, KRK tarama testi yaptırmada konusunda iki önemli belirleyici faktör olduğu gösterilmiştir.<sup>[22]</sup> KRK taramasına katılma kararının, bireylerin KRK ve taramalar konusundaki bilgi ve farkındalık düzeyine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

İki aylık süreçte Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 40-70 yaş aralığındaki kişiler ile yapılan çalışmamızın topluma genellenemeyecek olması ana kısıtlılığı oluşturmaktadır.

## SONUÇ

KRK'nın risk faktörleri ve KRK belirtisi olabilecek yakınmalar bireyler tarafından yeterli düzeyde bilinmemektedir. Çalışmamızdaki bireylerin büyük çoğunluğu kolorektal kanserin erken teşhis ile tedavisinin olası olduğunu ve KRK tarama testlerinin yapılmasının gerekli olduğunu düşünmektedir. Ancak, tarama yaptırmaları düşük bulunmuştur. Tarama yaptıranların büyük çoğunluğu aile hekimi tarafından yönlendirildiğini belirtmiştir. Bu nedenle özellikle birinci basamakta çalışan hekimlerin etkili yönlendirmeleriyle tarama yaptırmaları oranının artacağı düşünülmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındı (16.01.2019/03).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Hasta Onamı:** Alındı.

**Ethics Committee Approval:** İzmir Bozyaka Training and Research Hospital, Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (16.01.2019/03).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Receipt.

## KAYNAKLAR

1. Labianca R, Beretta GD, Kildani B, Milesi L, Merlin F, Mosconi S, et al. Colon Cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 2010;74(2):106-33. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2010.01.010>
2. Compton CC. Colorectal carcinoma: diagnostic, prognostic, and molecular features. *Mod Pathol*. 2003;16:376-88. <https://doi.org/10.1097/01.MP.0000062859.46942.93>
3. Tözün N, Şimşek H, Özkan H, Şimşek İ, Gören A, editörler. *Kolorektal Polipler ve Polipozis Sendromları*. Klinik Gastroenteroloji ve Hepatoloji. Medikal ve Nobel Yayıncılık. 2007: 963-70.
4. Dolar E, editör. *Kolorektal Tümörler*. Nobel ve Güneş Yayınları. 2005: 400-8.

5. Sarıdaki Z, Souglakos J, Georgoulas V. Prognostic and predictive significance of MSI in stages II/III colon cancer. *World J Gastroenterol*. 2014 Jun 14;20(22):6809-14. <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i22.6809>
6. O'Connell JB, Maggard MA, Ko CY. Colon cancer survival rates with the new AJCC sixth edition staging. *JNCI*. 2004;96:1420-4. <https://doi.org/10.1093/jnci/djh275>
7. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of Global Cancer Prevalence for 27 Sites in the Adult Population in 2008. *International Journal of Cancer*. 2013;132(5):1133-45. <https://doi.org/10.1002/ijc.27711>
8. Tinmouth J, Ritvo P, McGregor SE, et al. Colon Cancer Check Primary Care Invitation Pilot project: family physician perceptions. *Can Fam Physician*. 2012;58:570-7.
9. Kuipers EJ et al. Colorectal cancer. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1(5):15065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.65>
10. Vaizoğlu SA ve ark. Birinci Basamakta 50 yaş ve üzeri bireylerde kolorektal kanser ile ilişkili Olabilecek Bazı Faktörlerin ve Gaitada Gizli Kan Tetkikine Uygun Değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Geriatrics*. 2010;13(2):79-86.
11. Christou A, Thompson SC. Colorectal cancer screening knowledge, attitudes and behavioural intention among Indigenous Western Australians. *BMC Public Health*. 2012;12:528-44. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-528>
12. Akhtar S, Sinha S, McKenzie S, Sagar PM, Finan PJ, Burke D. Awareness of risk factors amongst first degree relative patients with colorectal cancer. *Colorectal Dis*. 2007;10:887-90.
13. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Türk Halkının Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi ve Araştırılması. *Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology*. 2011;8(1):57-61.
14. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda AS, Bolu F, Durak AA, Şener Ö. Düzce'de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017;7(1):01-10.
15. Merdin A, Avcı F. Toplumsal Kanser ve Hematoloji Bilinci. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2013;28(4):150-3.
16. Baysal HY, Türkoğlu N. Birinci basamağa başvuran bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve kolorektal kanser ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2013;(10)1:1238-50.
17. Şahin NŞ ve ark. Aydın Merkez İlçede Kolorektal Kanser Taramasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Engeller Araştırması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2015;19(1):37-48. <https://doi.org/10.15511/tahd.15.01037>
18. Koo JH, Arasaratnam MM, Liu K, et al. Knowledge, perception and practices of colorectal cancer screening in an ethnically diverse population. *Cancer Epidemiology*. 2010;34:604-10. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2010.05.013>
19. Pirinççi S, Benli C, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık merkezine başvuranlarda kolorektal kanser tarama programı farkındalık çalışması. *TAF Prev Med Bull*. 2015;(3):14. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1398327138>
20. Jones RM, Devers KJ, Kuzel AJ, Wolf SH. Patient-Reported Barriers to Colorectal Cancer Screening: A Mixed-Methods Analysis. *Am J Prev Med*. 2010 May;38(5):508-16. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.01.021>
21. Camilloni L. et al. Methods to increase participation in organised screening programs: A systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13(1):464. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-464>
22. Koo JH, Leong RWL, Ching J, et al. Knowledge of, attitudes towards, and barriers to participation of colorectal screening tests in the Asia-Pacific region: a multicenter study. *Gastrointest Endosc*. 2012;76:126-35. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2012.03.168>



# Aile Hekimlerinin Vertigo Farkındalığının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma

## Evaluation of Family Physician's Awareness of Vertigo: A Cross-sectional Study

İrfan Kara <sup>®</sup>, Muhammed Gazi Yıldız <sup>®</sup>, Raziye Şule Gümüştakım <sup>®</sup>, Adem Doğaner <sup>®</sup>, Saime Sağıroğlu <sup>®</sup>  
Nagihan Bilal <sup>®</sup>, İsrail Orhan <sup>®</sup>

**Atf/Cite as:** Kara İ, Yıldız MG, Gümüştakım RŞ, et al. Aile hekimlerinin vertigo farkındalığının değerlendirilmesi: Kesitsel bir çalışma. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(2):59-65.

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerinin vertigo konusundaki farkındalığını ortaya koymaktır. Vertigo-dizziness ayırıcı tanısı, en sık vertigo yapan hastalıklar ve bu hastalıkların tanısı ve tedavisi ile ilgili aile hekimlerinin yaklaşımlarını ve bilgilerini ortaya koymak ve çıkan sonuçları KBB hekimleri ile karşılaştırmaktır.

**Yöntem:** Bu çalışma "google forms" açık web adresi üzerinden internet anketi şeklinde yapıldı. Anket 1 yıl üzeri mesleki tecrübesi olan ve aktif olarak çalışan asistan hekimler, uzman hekimler ve öğretim üyeleri ile yapıldı. Katılımcılara sosyodemografik bilgileri, vertigo tanımı, en sık vertigo yapan hastalıklar ve bu hastalıkların tedavisi ve vertigo konusunda eğitim isteği ilgili olmak üzere toplam 34 soru soruldu.

**Bulgular:** Ankete 160 KBB hekimi, 192 aile hekimi olmak üzere toplam 352 hekim katıldı. "Vertigo denilince aklınıza gelen ilk hastalık nedir?" sorusuna KBB hekimlerinin %95'i benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV), %3'ü Meniere hastalığı yanıtını verirken, aile hekimlerinin %53'ü BPPV, %35'i Meniere hastalığı yanıtını verdi. Vertigo yakınması ile başvuran hastalardan KBB hekimlerinin %31'i, aile hekimlerinin %63'ü genellikle kan tahlili istediğini belirtti. "BPPV'nin temel tedavisi nedir?" sorusuna KBB hekimlerinin %96'sı, aile hekimlerinin ise %71'i reposizyon manevraları yanıtını verdi. BPPV'li hastalarda reposizyon manevralarının uygulama oranları ise KBB hekimlerinde %97 iken, aile hekimlerinde bu oran %29 idi.

**Sonuç:** Bu çalışmadan çıkarılan en önemli sonuç, ankete katılan aile hekimlerin vertigo ve dizziness ayırımında ve periferik vertigo yapan hastalıklar konusunda bazı temel noktalarda daha çok bilgiye gereksinimleri olduğudur. Bu noktada aile hekimlerine yönelik vertigo konusunda kurslar düzenlenmesinin bu konuda yararlı olacağı düşüncesindeyiz.

**Anahtar kelimeler:** Vertigo, dizziness, aile hekimliği, BPPV, Meniere hastalığı

### ABSTRACT

**Objective:** This study aims to determine the family physician's level of awareness on vertigo. The approaches of family medical practitioners and ENT physicians on vertigo-dizziness was determined, as well as the knowledge on most common vertigo-causing diseases and the diagnostic and therapeutic approaches of these diseases were contrasted.

**Methods:** 352 physicians including 160 ENT physicians and 192 family physicians were included in the survey study. This study was conducted in the form of an online survey using "google forms" open web page. The questionnaire study was completed by specialist physicians, lecturers and actively working medical residents with more than 1 year of professional experience. Participants were asked to fill in a 34-item questionnaire involving sociodemographic information, the definition of vertigo, the commonest vertigo-causing diseases, the treatment of these diseases and their willingness for education on vertigo.

**Results:** Concerning the questionnaire item "what is the first disease that comes to mind when vertigo is mentioned?", 95% of ENT physicians responded benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) and 3% of them mentioned Meniere's disease as their answer while 53% of the family physicians answered BPPV and 35% of them chose Meniere's disease. 31% of ENT physicians and 63% of family physicians stated that they usually order blood tests to the patients presenting with vertigo complaint. The reply to the question "what is the basic treatment of BPPV" was repositioning maneuvers in 96% of ENT physicians and 71% of family physicians. The rate of performing repositioning maneuvers on patients with BPPV is 97% in ENT physicians and 29% in family medical doctors.

**Conclusions:** The most crucial conclusion of this study is that family physicians participating in the questionnaire need more education about the distinction between vertigo and dizziness and some fundamental points about peripheral vertigo-causing diseases. At this point, we think that organizing courses on vertigo for family physicians will be beneficial in this regard.

**Keywords:** Vertigo, dizziness, family medicine, BPPV, Meniere hastalığı

Received/Geliş: 06.05.2021

Accepted/Kabul: 06.05.2021

Publication date: 30.06.2021

Corresponding Author:

İ. Kara

ORCID: 0000-0003-3884-3014

Kahramanmaraş Sütçü İmam

Üniversitesi Tıp Fakültesi

KBB Anabilim Dalı,

Kahramanmaraş - Türkiye

✉ drirfankara@gmail.com

M.G. Yıldız

ORCID: 0000-0002-1880-0685

S. Sağıroğlu

ORCID: 0000-0003-2608-7274

N. Bilal

ORCID: 0000-0002-2850-3481

İ. Orhan

ORCID: 0000-0002-9557-7050

Kahramanmaraş Sütçü İmam

Üniversitesi Tıp Fakültesi

KBB Anabilim Dalı,

Kahramanmaraş, Türkiye

R.Ş. Gümüştakım

ORCID: 0000-0003-0195-0895

Kahramanmaraş Sütçü İmam

Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Kahramanmaraş, Türkiye

A. Doğaner

ORCID: 0000-0002-0270-9350

Kahramanmaraş Sütçü İmam

Üniversitesi Tıp Fakültesi

Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim

Anabilim Dalı,

Kahramanmaraş, Türkiye

## GİRİŞ

Vertigo aniden ortaya çıkan bir dönme hissidir. Vücut sabitken ve buna neden olabilecek dış etken yokken etrafın, etraf sabitken vücudun dönme hissi şeklinde tanımlanır.<sup>[1]</sup> Soğuk terleme, bulantı-kusma ve denge-sizlik gibi semptomlar vertigoya eşlik edebilir.<sup>[2]</sup> Dizziness yönelim bozukluğu algısını belirten genel, non-spesifik bir terimdir. Dizziness; vertigo, disequilibrium, presenkop ve lightheadedness gibi 4 temel kate-goriye ayrılabilir.<sup>[3]</sup> Dizziness subjektiftir, klinisyenler ve araştırmacılar açısından tanımlaması zordur.<sup>[3]</sup> Dizziness'in vestibüler sisteme bağlı sorunlardan kay-naklanması gerçek vertigodur.<sup>[4]</sup> Dizziness sebepleri non-vestibüler (psödovertigo) kökenli de olabilir. Anemi, ortostatik hipotansiyon, gebelik, hiperventilasyon, anksiyete ve depresyon yaygın psödovertigo nedenleridir. Non-vestibüler nedenler daha yaygındır.<sup>[5]</sup> Presenkop; ortostatik hipotansiyon, aritmi ve diğer kardiovasküler patolojilere bağlı olarak azalan santral perfüzyon sonucu ortaya çıkan bir dizziness sebebidir.<sup>[6]</sup> Disequilibrium ise çoğunlukla yaşlılarda görülen bir semptom olup, dengesizlik veya denge kaybı anlamına gelmektedir.<sup>[6]</sup> Lightheadedness; sersemlik hissi, batma hissi, başta ağırlık hissi, düşme korkusu, denge-sizlik duygusu ve yerde sallanma hissi şeklinde tanımlanabilir.<sup>[3]</sup> Panik bozukluklar, depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklarla birlikte dir.<sup>[7]</sup>

Dizziness ve vertigo özellikle birinci basamak ve aile hekimleri, nöroloji uzmanları ve KBB uzmanlarının günlük pratiklerinde çok sık karşılaştıkları bir yakınmadır.<sup>[8]</sup> Vertigo ve dizziness olan hastaların yarısından fazlasına aile hekimleri tarafından bakılmaktadır ve bu hasta grubu aile hekimlerine yapılan başvuruların %5'ini oluşturmaktadır.<sup>[7]</sup> Semptomların belirsiz olması ve bu semptomlara neden olan çok sayıda patoloji varlığı, tanı konulmasını ve hastaların tedavisini zorlaştırmaktadır.<sup>[9]</sup>

Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerinin vertigolu hastalara yaklaşımlarını ortaya koymaktır. Çalışma ile periferik vertigonun en sık nedenleri ve bu patolojilere yaklaşım konusunda KBB hekimleri ile aile hekimlerinin yaklaşımlarının karşılaştırılması amaçlandı. Ayrıca vertigo yakınması olan hastaların doğru ve etkili bir şekilde tanısının konulması, tanı ve tedavi kalitesinin geliştirilmesi, hastaların yönetiminde gereksiz tetkik kullanımını ve uygunsuz ilaç başlanmasının azaltılması ve gerekli hastalarda tedavi edici repozisyon manevraları konusunda farkındalık oluşturmak diğer bir amacımızdı.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (2020/16 karar No. 14) onay alınmıştır. KBB hekimleri ve aile hekimlerinin vertigo farkındalık ve bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından literatürde yer alan benzer bir çalışma örnek alınarak (10) 34 soruluk anket formu oluşturuldu. Çalışmada kullanılan anket web tabanlı bir program yardımıyla (google forms) internet anketi şeklinde uyarlanarak hedef kitle olan KBB hastalıkları ve aile hekimliği asistanları, uzmanları ve öğretim üyelerine bir link aracılığıyla ulaştırıldı. Bir yıldan az çalışma deneyimi olan asistanlar hekimler, aktif olarak çalışmayan emekli uzman hekim ve emekli öğretim üyeleri çalışma dışı bırakıldı. Anket 34 sorudan oluşuyordu. Anketin ilk dört sorusu KBB ve aile hekimlerine göre uyarlandı ve sosyodemografik verilere yönelikti (yaş, cinsiyet, meslek, mesleki deneyimler gibi). Devamında vertigo ve en sık periferik vertigo nedeni olan hastalıkların tanısı, ayırıcı tanısı ve tedavisine yönelik sorular yer aldı. Anketin son kısmında da hekimlerin vertigo konusundaki eğitimi ve bu konu üzerine eğitim isteği hakkında idi. Bazı sorularda tek yanıt seçme hakkı bulunurken bazı sorularda birden fazla şık seçme hakkı sunuldu. Katılımcılara toplu cevapları görme hakkı tanınmadı. Anket Ek-1'de verildi. Örnek hacminin belirlenmesinde alfa:0,05 birinci tip hata düzeyi ve beta:0,20 ikinci tip hata düzeyinde 0,80 testin gücünde referans alınan çalışmadaki (10) "vertigo semptomunun bilinmesi değişkeni" dikkate alınarak p=0,471 oranı için yaklaşık 24.000 aile hekimi evreni ve 3.000 KBB hekimi evreni için KBB hekimleri için n:153, aile hekimleri için ise n:159 olmak üzere toplam n:312 hekimin çalışmaya alınması planlandı.

### İstatistiksel Yöntem

Verilerin değerlendirilmesinde değişkenin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Kategorik değişkenler arasındaki dağılım ilişkisi Pearson ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi ile gerçekleştirildi. İstatistiksel anlamlılık p<0,05 olarak kabul edildi. Veriler IBM SPSS versiyon 22 (IBM SPSS for Windows version 22, IBM Corporation, Armonk, New York, United States) ile değerlendirildi.

### BULGULAR

Ankete 160 KBB hekimi (asistan hekim, uzman hekim ve öğretim üyesi) ve 192 aile hekimi (aile hekimliği asistanı, aile hekimliği uzmanı, pratisyen aile hekimi, sözleşmeli aile hekimliği asistanı ve öğretim üyesi) katıldı. KBB hekimlerinden 54'ü kadın, 106'sı erkek

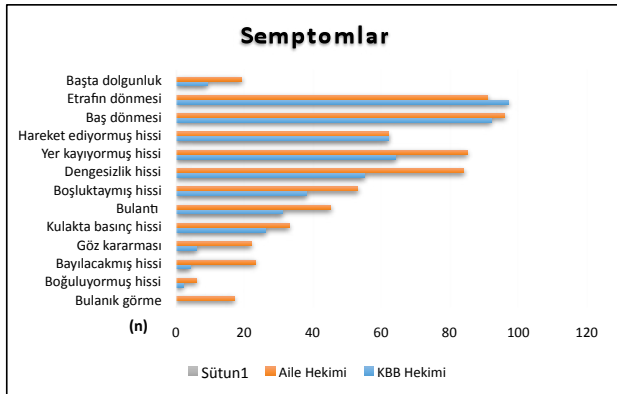


olup, yaş ortalaması  $37,7 \pm 7,04$  idi. Aile hekimlerinden 117'si kadın olup, 75'i erkek olup yaş ortalaması  $35,3 \pm 8,5$  idi.

Ankete katılan KBB hekimlerinin 19'u asistan hekim, 24'ü öğretim üyesi ve 116'sı KBB uzmanı olarak görev yapmaktaydı. Aile hekimliği grubunda ise hekimlerin 72'si asistan hekim, 23'ü sözleşmeli aile hekimliği asistanı, 61'i pratisyen aile hekimi, 36'sı aile hekimliği uzmanı ve 9'u öğretim üyesi olarak görev yapmaktaydı.

Mesleki tecrübe açısından bakıldığında KBB hekimlerinin %22'si 1-5 yıllık, %40'ı 6-10 yıllık, %32'si 11-20 yıllık ve %6'sı >20 yıllık mesleki deneyime sahipti. Aile hekimlerine bakıldığında hekimlerin %37,5'i 1-5 yıllık, %24,5'i 6-10 yıllık, %20'si 11-20 yıllık ve %15'i > 20 yıllık mesleki deneyime sahipti.

"Vertigoyu nasıl tanımlarsınız?" sorusuna KBB hekimlerinin % 50'si, "Bir hastalığın semptomudur." yanıtını verirken, %36'sı, "Bir semptomlar grubunun adıdır." yanıtını verdi. Aile hekimliği grubunda ise hekimlerin %45'i, "Vertigo bir semptomdur." derken, %41'i, "Vertigo bir semptomlar grubunun adıdır." yanıtını verdi (Grafik 1).



Grafik 1. "Hangi semptomlar vertigo kapsamına girer?" sorusuna verilen yanıtlar.

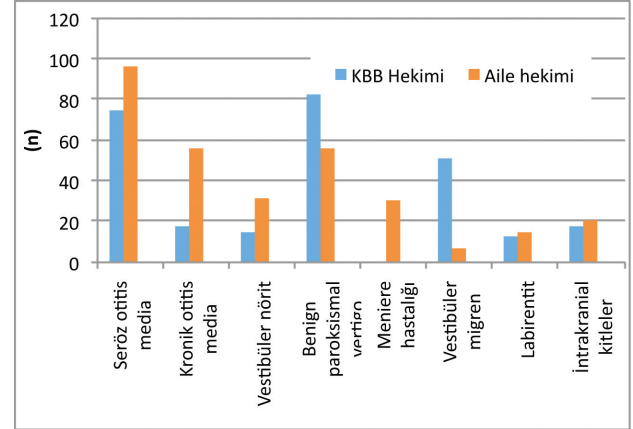
"Sizce vertigolu hasta tedavi için temel olarak hangi branşlara başvurmalı?" sorusuna her iki grup hekim de açık ara KBB (KBB grubu: %98, aile hekimliği grubu: %98) ve nöroloji (KBB grubu: %96, aile hekimliği grubu: %95) yanıtını verdi.

"Vertigo denilince aklınıza ilk gelen hastalık nedir?" sorusuna KBB hekimlerinin %95'i, "Benign paroksizmal pozisyonel vertigo." (BPPV), %3'ü, "Meniere hastalığı." yanıtını verirken, aile hekimlerinin %53'ü, "BPPV", % 35'i, "Meniere hastalığı." yanıtını verdi.

"Vertigo yakınması ile başvuran hastalar en sık hangi yaş grubundadır?" sorusuna KBB hekimleri %68'i,

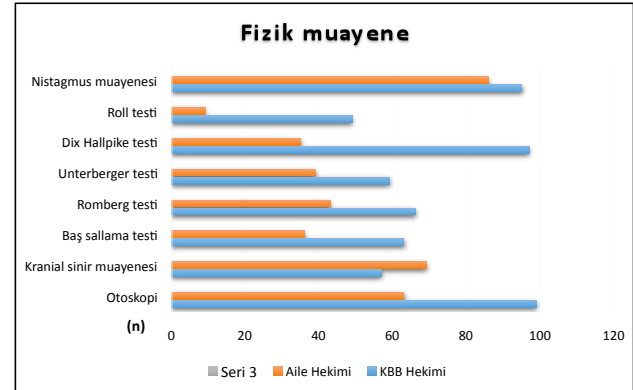
"41-60 yaş grubu.", aile hekimlerinin ise %55'i, "41-60 yaş grubu." yanıtını verdi.

KBB hekimlerinin %76'sı, aile hekimlerinin %79'u vertigo yakınması ile başvuran hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturduğunu belirtti. "Çocuklarda en sık vertigo yapan hastalıklar nelerdir?" sorusuna verilen yanıtlar Grafik 2'de verildi.



Grafik 2. "Çocuklarda en sık vertigo yapan hastalıklar?" sorusuna verilen yanıtlar.

"Vertigo ayırıcı tanısında en önemli basamak hangisidir?" sorusuna KBB hekimlerinin %95'i, "Hasta öyküsü." derken, aile hekimleri %78 oranında, "Hasta öyküsü." yanıtını verdi. Vertigo yakınması ile başvuran hastalarda uygulanan muayene yöntemleri ile ilgili soruya verilen yanıtlar Grafik 3'te verildi.

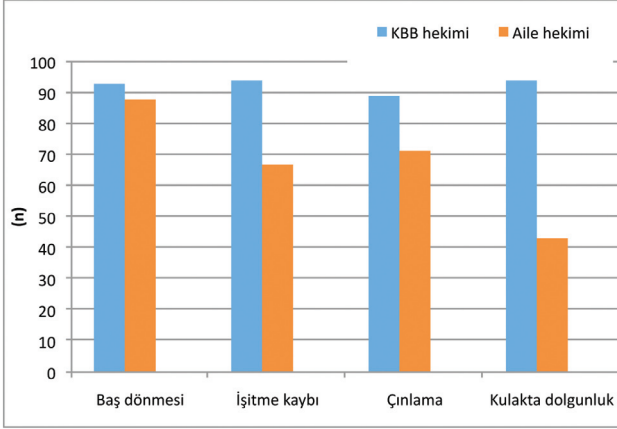


Grafik 3. Vertigolu hastalarda uygulanan muayene yöntemleri.

"Hangi vertigo tipi daha sık görülür?" sorusuna KBB hekimleri %94, aile hekimleri %91 oranında, "Periferik vertigo." yanıtını verdi. Meniere hastalığının temel semptomları ile ilgili soruya verilen yanıtlar Grafik 4'te verildi.

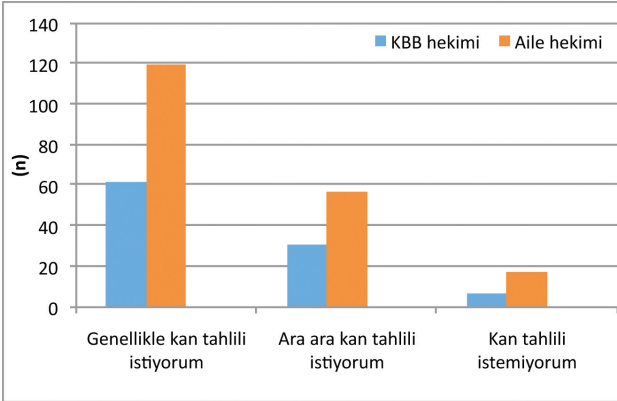
"Vertigonun psikojenik yönü var mıdır?" sorusuna KBB hekimleri %97,5 aile hekimleri %85 "Evet." yanıtını verdi. "Migren ile vertigo arasında ilişki var mıdır?" sorusuna KBB hekimleri %92 "Evet." yanıtını verirken

aile hekimlerinde bu oran %78 idi. “Vestibüler nörit tanısı koyduğunuz hastanız oldu mu?” sorusuna KBB hekimleri %96 “Evet.” yanıtını verirken, aile hekimleri %91 “Hayır.” yanıtını verdi.

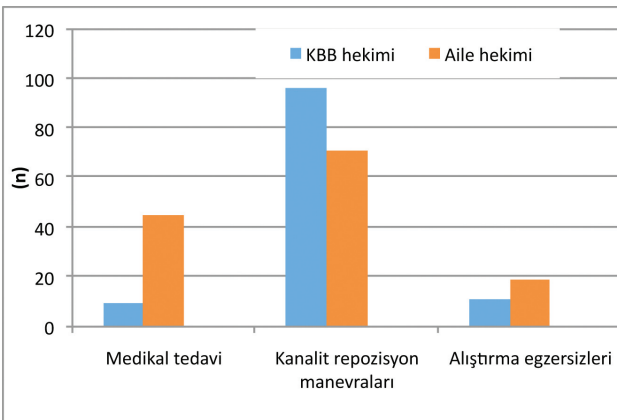


**Grafik 4.** “Meniere hastalığı ana semptomları hangileridir?” sorusuna verilen yanıtlar.

Vertigolu hastalarda en sık reçete edilen üç ilaç sırasıyla KBB grubunda “Betahistin” (%100), “anti-histaminik ilaçlar” (%51) ve “Nootropil” idi (%44). Aile hekimliği grubunda da ilk üç ilaç grubu sırasıyla “Betahistin” (%95), ‘anti-histaminik ilaçlar’ (%34) ve “Nootropildi” (%33).



**Grafik 5.** “Vertigolu hastalarda kan tahlili (kan şekeri, rutin biyokimya, hemoglobin düzeyi, B<sub>12</sub>, folik asit düzeyi gibi) ister misiniz?” sorusuna verilen yanıtlar.



**Grafik 6.** “BPPV'nin temel tedavisi nedir?” sorusuna verilen yanıtlar.

## TARTIŞMA

Vertigo; vestibüler labirent ve 8. kranial sinirin vestibüler dalı dâhil olmak üzere periferik vestibüler patolojilerden veya merkezi sinir sistemi, beyin sapı veya serebellar lezyonlardan kaynaklanabilir. Vertigo; altta yatan sebebe bağlı olarak iyi huylu ve kendi kendini sınırlayan bir patoloji veya şiddetli ve yaşamı tehdit edici bir durum olabilir.<sup>[11]</sup>

Ankette yer alan, “Hangi semptomlar vertigo kapsamındadır?” sorusunda, şıklarda yazılan tüm semptomlar belli oranlarda işaretlenmesine karşın en çok işaretlenen semptomlar “baş dönmesi” ve “etrafın dönmesi” seçenekleri idi (Grafik 1). Çalışmamız kapsamında tüm hekimlerin vertigo ve diziness ayırımında problem yaşadığı, primer yakınması vertigo olup, buna sekonder ortaya çıkan semptomlar ile psödovertigo ile ilgili semptomların birbirine karıştırıldığı düşüncesindeyiz.

Periferik kökenli vertigonun en sık sebepleri BPPV, Meniere hastalığı, vestibüler nörit, bilateral vestibülopati, vestibüler paroksizmi, süperior semisirküler kanal dehissansıdır.<sup>[11]</sup> Sekine ve ark.'nın<sup>[12]</sup> yaptığı çalışmaya göre, en sık görülen periferik vestibüler bozukluk BPPV olup bunu Meniere hastalığı takip etmektedir. Çalışmaya katılan hekimler, “Vertigo denilince aklınıza gelen ilk hastalık nedir sorusuna?” sırasıyla “BPPV” ve “Meniere hastalığı” yanıtını verdi. “En sık hangi yaş grubu hastalar vertigo ile başvurmaktadır?” sorusuna her iki grup hekimde en çok, “41-60 yaş grubu.” yanıtını verdi. BPPV en sık, hayatın 5.-7. dekatlarında görülmektedir.<sup>[13]</sup> Vestibüler nörit 40-50 yaş arası pik yapmaktadır.<sup>[14]</sup> Meniere hastalığı ise en sık 40-60 yaş aralığında görülmektedir.<sup>[15]</sup> Çalışmamızda, hekimlerin en sık başvuru yaş aralığı olarak belirttiği 41-60 yaş aralığı literatürle uyumlu bulundu. Vertigo; kadınlarda erkeklerden 2-3 kat daha sık görülmektedir ve yaşla birlikte sıklığı artmaktadır.<sup>[2]</sup> BPPV daha çok kadın hastalarda görülmektedir.<sup>[13]</sup> Her iki hekim grubunda vertigo yakınması ile daha çok kadın hastaların başvurduğunu belirtti. Bulunan sonuçlar literatürle uyumluluk göstermektedir.

Çocuklarda görülen vestibüler rahatsızlıkların tanısı ve prevalansı ile ilgili yapılan bir metaanalize göre çocukluk çağıının benign paroksizmal vertigosu (BPV) (%18,7) ve vestibüler migren (%17,6) en sık konulan tanılardır.<sup>[16]</sup> Yine başka bir çalışmaya göre, çocuklarda en sık diziness ve vertigo nedenleri migren sendromları, BPV, kafa travması, hareket hastalığı ve orta kulak hastalıklarıdır (efüzyon veya infeksiyon).<sup>[17]</sup> BPPV erişkinlerde en sık vertigo nedeniyken, vertigo kliniklerine başvuran çocuklarda BPPV tüm olguların %5'ine karşı-

lık gelmektedir.<sup>[18]</sup> “Çocuklarda vertigo yapan en sık patolojiler nelerdir?” ile ilgili soruya KBB grubu sıklık sırasına göre “BPV.”, “Seröz otitis media.” ve “Vestibüler migren.” yanıtını verirken aile hekimliği grubu sırasıyla, “Seröz otitis media.”, “Kronik otitis media.” ve “BPV” yanıtını verdi (Grafik 2). Pediatrik vertigo etyolojisinde en sık rastlanan patolojiler olan BPV ve vestibüler migrenin KBB grubunda bilinirliği daha fazladır ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Pediatrik vertigo farkındalık oluşturulması gereken diğer bir konudur.

Hastanın yakınmasının gerçek bir vertigo olup olmadığının ortaya konulabilmesi için anamez çok önemlidir.<sup>[7]</sup> Çalışmamızda; vertigo ayırıcı tanısında en önemli basamak olarak aile hekimlerinin %77’si, KBB hekimlerinin ise %95’i “Hasta öyküsü.” yanıtını verdi. “Hasta öyküsü.” yanıtının KBB grubunda aile hekimliği grubuna göre yüksek çıkması şaşırtıcı bulunmuştur. Bu durumdan aile hekimlerinin özellikle vertigolu hastalarda alınacak anamnez konusunda kendilerine güvenemedikleri sonucu çıkartılabilir. Yapılacak hizmet içi vertigo eğitimleri ile bu farkın giderilebileceği düşüncesindeyiz.

“Vertigo yakınması ile gelen hastalarda hangi muayene yöntemlerini kullanıyorsunuz?” sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında muayene yöntemlerinin KBB hekimleri tarafından daha sık yapıldığı görüldü (Grafik 3). Özellikle “otoskopik muayene”, “Dix-Hallpike testi” ve “Roll testinde” bu fark çok belirgindi. Vertigoya yaklaşım; ayırıcı tanıda çok fazla patoloji varlığı ve semptomların non-spesifik olması nedeniyle zor olabilir. Fakat birkaç basit soru ve fizik muayene olası nedenleri azaltmada bize çok yardımcı olacaktır. Yine anamnez kısmında olduğu gibi verilecek eğitimlerle aile hekimlerinin fizik muayene ve tanısal manevralar (Dix-Hallpike, Roll testi gibi) yönünden de desteklenmesi sağlanabilir.

“Meniere hastalığının temel semptomları nedir?” sorusuna verilen yanıtlara bakıldığında iki hekim grubu arasında istatistiksel olarak fark olmakla birlikte 4 temel semptomu hekimler hakimdi (Grafik 4). Aradaki fark; Meniere hastalığının sık görülmemesi, hastalığın kronik bir rahatsızlık olup, genellikle KBB kliniklerinde takip edilmesi ve tanı koymak için gerekli odyolojik testlerin aile hekimliği merkezlerinde olmaması ile açıklanabilir.

Fobik postural vertigo; 1986 yılında Brandt tarafından tanımlanmıştır. Brandt ve ark.<sup>[19]</sup> yazdıkları derlemede fobik postural vertigonun sıklıkla çevresel uyaranlarla oluşan (market, konser, boş oda, köprü vb.) ve rotasyonel olmayan, bedeninin sallanması illüzyonunu içeren

bir vertigo olduğunu tarifledi. Hastalarda baş hareketleri veya görsel uyaranlara bağlı olarak spontan veya pozisyonel vertigo, dizziness ve epizodik vertigo atakları olabilir.<sup>[20]</sup> Yapılan bir çalışmaya göre, dizziness yakınması olan hastaların %44’ünde periferik vestibüler patolojiler, %16’sında psikiyatrik rahatsızlıklar, %11’inde santral sinir sistemi hastalıkları tespit edilmiştir.<sup>[6]</sup> Yaptığımız çalışmada; vertigonun psikojenik yönü ile ilgili soruya KBB hekimlerinin %97,5’i, aile hekimlerinin %85’i ‘evet’ yanıtını verdi.

Vestibüler migren (migrenöz vertigo); epizodik vertigo ile birlikte mevcut migreni veya migren öyküsü olan ve en az iki vertigo atağında migren baş ağrısı, fotofobi, fonofobi veya aura gibi yakınmalarından birinin eşlik ettiği bir vertigo tipidir.<sup>[21]</sup> Vestibüler migren vertigo ve dizziness’in yaygın bir nedeni olmasına karşın, semptomların çeşitliliği nedeniyle tanı koymak kolay değildir.<sup>[22]</sup> Kirazlı ve ark.<sup>[23]</sup> yaptıkları çalışmada, vertigo yakınması olan hastalarda ayırıcı tanıda BPPV’den sonra 2. olarak vestibüler migren düşünülmesi gerektiğini bildirdi. “Migren ve vertigo ilişkisi var mıdır?” şeklindeki soruya KBB grubu %96, aile hekimliği grubu %78 “Evet.” yanıtını verdi. Vestibüler migren güncel bir hastalık olup, farkındalığın zamanla artacağı düşüncesindeyiz.

“Vestibüler nörit tanısı koydunuz mu?” sorusuna KBB grubu %96 “Evet.”, aile hekimliği grubu %91 “Hayır.” yanıtını verdi. Bu durum vestibüler nörit sıklığının BPPV’ye göre daha az olması aynı zamanda gürültülü kliniği, santral vestibüler patolojilerle karışabilmesi nedeniyle hastaların daha çok acil servislere başvurması ile açıklanabilir. Vestibüler nörit (VN) akut, spontan, tek taraflı vestibüler sinir fonksiyon kaybına bağlı ortaya çıkan bulantı-kusma ve dengesizliğin eşlik ettiği vertigo tablosudur.<sup>[24]</sup> Kliniğimizde takip ettiğimiz olguların çoğu acil servisten tarafımıza konsülte edilen hastalardır.

“Vertigo ile gelen hastada kan tahlili istenmesi.” ile ilgili soruya KBB grubunda hekimlerin %31’i “Genellikle kan tahlili istiyorum.” derken aile hekimliği grubunda ise bu oran %61’di (Grafik 5). Bu farkın nedeninin kısmen bilgi ve deneyim ile ilgili iken kısmen de KBB grubunda gerçek vertigo hastalarının kliniğe başvurması, aile hekimlerine ise psödovertigo hastalarında sık başvurması ile ilişkili olduğu düşüncesindeyiz. Tam kan sayımı, metabolik parametreler ve tiroid fonksiyon testleri dâhil olmak üzere laboratuvar testleri, dizziness etyolojisini saptamada çok düşük verime sahiptir. Yapılan bir metaanalizde 4,538 hastadan yalnızca 26’sında (%0,6) dizziness nedenini açıklayan laboratuvar anormallikleri saptandı.<sup>[25]</sup>

“BPPV'nin temel tedavisi nedir?” sorusuna KBB hekimleri %96 “Repozisyon manevraları.” derken, aile hekimlerinin %68'i, “Repozisyon manevraları.” yanıtını verdi (Grafik 6). BPPV; hastalığın belli bir vakit sonra kendiliğinden düzelebilmesi (benign), vertigo ataklarının saniyeler veya dakikalar gibi kısa süreli oluşu (paroksizmal), başın belirli pozisyonları ile (uzanmak, yatakta dönmek, yukarı bakmak) ortaya çıkması (pozisyonel) ile karakterize bir vertigo tablosudur.<sup>[26]</sup> Tanısı temel olarak etkilenen kanala spesifik yapılan pozisyonel testler (Dix-Hallpike, Roll testi gibi) ile konulur.<sup>[27]</sup> Klinisyen BPPV'li hastaya kanalit repozisyon manevrası uygulamalıdır veya uygulamayı bilen klinisyene sevk etmelidir.<sup>[28]</sup> BPPV en sık vestibüler patoloji olmasına karşın klinik pratikte nöro-otoloji uzmanları dışında iyi tanınmamaktadır.<sup>[29]</sup> Çalışmamızda, BPPV tedavisinde kullanılan repozisyon manevralarını KBB hekimlerinin %97,5'i uyguladığını belirtti. Bu oran aile hekimliği grubunda ise %29'du. En sık periferik vertigo nedeni olan ve asıl tedavisi kanalit repozisyon manevraları olan BPPV'nin farkındalığının artması önemlidir. Yapılan yayınlara göre, BPPV'si olan ve hekim tarafından görülen hastaların yalnızca %10-20'sine uygun repozisyon manevraları uygulanmakta iken<sup>[30,31]</sup>, BPPV'li hastaların >%65'ine gereksiz tanısal testler ve terapötik yaklaşımlar uygulanmaktadır.<sup>[32]</sup>

BPPV tedavisinde, KBB grubunda hekimlerin %9'u, aile hekimliği grubunda ise hekimlerin %46'sı “medikal tedavi” seçeneği işaretledi. Vestibüler süpresan ilaçlar, bulantı-kusma gibi şiddetli semptomları olan hastalardaki otonom semptomların kısa süreli yönetimi dışında BPPV tedavisinde rutin olarak önerilmemektedir.<sup>[33]</sup> BPPV tedavisinde ilaç kullanımı birinci basamak sağlık hizmetleri sunanlar ile uzmanlar arasında önemli ölçüde değişiklik göstermektedir.<sup>[34]</sup> Bunun nedeni aile hekimlerindeki bilgi ve deneyim eksikliği olabilir. Aile hekimlerinin yapılacak KBB rotasyonları veya hizmet içi kurslarla BPPV tanısının konulup tedavi edici manevraları yapılma oranlarının artacağı düşüncesindeyiz.

“Vertigo ile ilgili eğitime katıldınız mı?” sorusuna aile hekimleri grubunda yer alan hekimler %82 oranında “Hayır.” yanıtını verirken KBB grubunda katılanların oranı %81'di. KBB pratiğinde vertigo hastalarının sık görülmesi, KBB kongrelerinde vertigo ile ilgili kurslar olması, konu ile ilgili toplantılar düzenlenmesi ve KBB grubunda uzman hekim sayısının fazla olması bu farkı açıklayabilir. Hekimlere sorulan, “Vertigo ile ilgili eğitimin nasıl olması gerektiği?” ile ilgili soruya aile hekimliği grubu %69 “Günübirlik kurslar.”, %50 “Olgu kılavuzları.” şeklinde yanıt verirken, KBB grubu %68 “Günübirlik kurs.”, %43 “Vaka kılavuzları.” yanıtını vermişti (Tablo 1).

**Tablo 1. BPPV'li hastalarda tedavi edici manevraları uygulama, vertigolu hastalara diyet önerisinde bulunma, vertigo ile ilgili eğitime katılma ve vertigo konusunda yapılacak eğitimin nasıl olmasının istendiği sorularına verilen yanıtları gösteren tablo.**

Sorular	KBB Grubu	Aile Hekimliği Grubu	p değeri
<b>Kanalit repozisyon manevralarını uyguluyor musunuz?</b>			
Evet	%97,5 (156)	%29 (56)	p<0,001*
<b>Vertigolu hastada diyet önerisinde bulunuyor musunuz?</b>			
Evet	%96 (153)	%74 (142)	p<0,001*
<b>Vertigo konusunda düzenlenen eğitimlere hiç katıldınız mı?</b>			
Evet	%84 (134)	%18 (34)	p<0,001*
<b>Vertigo konusunda verilecek eğitimin nasıl olmasını istersiniz?</b>			
Günübirlik kurslar	%68 (109)	%70 (134)	p=0,880
Temel kitaplar	%9 (14)	%9 (17)	
Basit uygulama kitapları	%29 (46)	%38 (73)	
İnternet sayfaları	%14 (22)	%20 (38)	
Olgu kılavuzları	%43 (69)	%48 (92)	

Fisher'in kesin testi;  $\alpha:0,05$ ; \* istatistiksel olarak anlamlı

Çalışmanın internet anketi üzerinden yapılması, örneklemin rastlantısal olması, grupların homojen olmaması ve ankette yer alan bazı soruların kısmen de olsa yönlendirici olması çalışmanın zayıf yönleri arasında sayılabilir.

## SONUÇ

Vertigo ve dizziness günlük pratikte hastaların aile hekimlerine sık bir başvuru nedenidir. Sonuçlarımıza göre vertigo-dizziness ayrımı, hastalıkların bilinirliği, tanı ve tedavi yaklaşımları konusunda aile hekimleri ile KBB hekimleri arasında önemli farklılıklar mevcuttur. Aile hekimlerinin özellikle BPPV hastalarında tanı ve tedavi noktasında daha çok bilgiye gereksinim olduğu açıktır. Aile hekimliği eğitim programına KBB rotasyonu eklenmesinin, konu ile ilgili aile hekimliği asistan ve uzmanlarına yönelik hizmet içi kurslar düzenlenmesinin bu farklılıkların giderilmesi noktasında çok yararlı olacağı düşüncesindeyiz.

**Etik Kurul Onayı:** Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (2020/16-14).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Hasta Onamı:** Ankete katılanlardan onay alınmıştır.

**Ethics Committee Approval:** Kahramanmaraş Sütçü İmam University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee approval was received (2020/16-14).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Consent was obtained from the respondents.



## KAYNAKLAR

- Drachman DA, Hart CW. An approach to the dizzy patient. *Neurology*. 1972. <https://doi.org/10.1212/WNL.22.4.323>
- Benecke H, Agus S, Goodall G, Kuessner D, Strupp M. The burden and impact of vertigo: findings from the REVERT patient registry. *Frontiers in Neurology*. 2013;4:136. <https://doi.org/10.3389/fneur.2013.00136>
- Wojtczak R, Narozny W, Kuczkowski J, Siebert J. Epidemiology of dizziness in northern Poland-The first Polish neurootologic survey of the general population. *Ann Agric Environ Med*. 2017;24(3):502-6. <https://doi.org/10.5604/12321966.1228401>
- Wu V, Beyea MM, Simpson MT, Beyea JA. Standardizing your approach to dizziness and vertigo. *The Journal of family practice*. 2018;67(8):490; 2; 5; 8-; 2; 5; 8.
- Newman-Toker DE, Hsieh Y-H, Camargo Jr CA, Pelletier AJ, Butchy GT, Edlow JA, editors. *Spectrum of dizziness visits to US emergency departments: cross-sectional analysis from a nationally representative sample*. Mayo Clinic Proceedings; 2008: Elsevier. <https://doi.org/10.4065/83.7.765>
- Kroenke K, Hoffman RM, Einstadter D. How common are various causes of dizziness? A critical review. *Southern Medical Journal*. 2000;93(2):160-7. <https://doi.org/10.1097/00007611-200093020-00001>
- Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach. *American Family Physician*. 2010;82(4):361-8.
- Della-Morte D, Rundek T. Dizziness and vertigo. *Manifestations of Stroke*. 30: Karger Publishers; 2012. p. 22-5. <https://doi.org/10.1159/000333379>
- Sorathia S, Agrawal Y, Schubert MC. Dizziness and the otolaryngology point of view. *Medical Clinics*. 2018;102(6):1001-12. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.06.004>
- Ardıç FN, Mengi E, Kara CO. Vertigo'lu hastalara türk kulak burun boğaz hekimlerinin genel yaklaşımı: Anket çalışması.
- Brandt T, Dieterich M, Strupp M. *Somatoform Vertigo and Dizziness Syndromes*. Vertigo and Dizziness: Springer; 2013. p. 153-64. [https://doi.org/10.1007/978-0-85729-591-0\\_5](https://doi.org/10.1007/978-0-85729-591-0_5)
- Sekine K, Sato G, Takeda N. Incidence of vertigo and dizziness disorders at a university hospital. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*. 2005;108(9):842-9. <https://doi.org/10.3950/jibiinkoka.108.842>
- Neuhauser HK. Epidemiology of vertigo. *Current opinion in neurology*. 2007;20(1):40-6. <https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e328013f432>
- Bartual-Pastor J. Vestibular neuritis: etiopathogenesis. *Revue de laryngologie-otologie-rhinologie*. 2005;126(4):279.
- Watanabe Y, Mizukoshi K, Shojaku H, Watanabe I, Hinoki M, Kitahara M. Epidemiological and clinical characteristics of Meniere's disease in Japan. *Acta Oto-Laryngologica*. 1995;115(sup519):206-10. <https://doi.org/10.3109/00016489509121906>
- Gioacchini FM, Alicandri-Ciuffelli M, Kaleci S, Magliulo G, Re M. Prevalence and diagnosis of vestibular disorders in children: a review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2014;78(5):718-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.02.009>
- Inoue A, Iwasaki S, Ushio M, Chihara Y, Fujimoto C, Egami N, et al. Effect of vestibular dysfunction on the development of gross motor function in children with profound hearing loss. *Audiology and Neurotology*. 2013;18(3):143-51. <https://doi.org/10.1159/000346344>
- Jahn K, Langhagen T, Heinen F. Vertigo and dizziness in children. *Current opinion in neurology*. 2015;28(1):78-82. <https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000157>
- Brandt T, Dieterich M. Phobischer attackenschwankschwindel, ein neues syndrom. *Münch Med Wochenschr*. 1986;128:247-50.
- Hong SM, Lee H-J, Lee B, Park S-K, Hong SK, Park I-S, et al. Influence of vestibular disease on psychological distress: a multicenter study. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*. 2013;148(5):810-4. <https://doi.org/10.1177/0194599813476476>
- Lempert T, Neuhauser H, Daroff R. Vertigo as a symptom of migraine. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2009;1164(1):242-51. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.03852.x>
- Neuhauser H, Radtke A, Von Brevern M, Feldmann M, Lezius F, Ziese T, et al. Migrainous vertigo: prevalence and impact on quality of life. *Neurology*. 2006;67(6):1028-33. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000237539.09942.06>
- Kirazlı T, Karahan C. Vestibüler Migren. *Türkiye Klinikleri Kulak Burun Boğaz-Özel Konular*. 2015;8(3):22-7.
- Jeong S-H, Kim H-J, Kim J-S, editors. *Vestibular neuritis*. *Seminars in neurology*; 2013: Thieme Medical Publishers. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1354598>
- Hoffman RM, Einstadter D, Kroenke K. Evaluating dizziness. *The American journal of medicine*. 1999;107(5):468-78. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(99\)00260-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(99)00260-0)
- De Stefano A, Dispenza F, Suarez H, Perez-Fernandez N, Manrique-Huarte R, Ban JH, et al. A multicenter observational study on the role of comorbidities in the recurrent episodes of benign paroxysmal positional vertigo. *Auris nasus larynx*. 2014;41(1):31-6. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2013.07.007>
- Bhattacharyya N, Baugh RF, Orvidas L, Barrs D, Bronston LJ, Cass S, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*. 2008;139(5\_suppl):47-81. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2008.08.022>
- Basura GJ, Adams ME, Monfared A, Schwartz SR, Antonelli PJ, Burkard R, et al. Clinical practice guideline: Ménière's disease. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2020;162(2\_suppl):S1-S55. <https://doi.org/10.1177/0194599820909438>
- Pérez P, Manrique C, Álvarez MJ, Aldama P, Álvarez JC, Fernández ML, et al. Evaluation of benign paroxysmal positional vertigo in primary health-care and first level specialist care. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)*. 2008;59(6):277-82. [https://doi.org/10.1016/S2173-5735\(08\)70238-2](https://doi.org/10.1016/S2173-5735(08)70238-2)
- Von Brevern M, Radtke A, Lezius F, Feldmann M, Ziese T, Lempert T, et al. Epidemiology of benign paroxysmal positional vertigo: a population based study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2007;78(7):710-5. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2006.100420>
- Brevern MV, Lezius F, Tiel-Wilck K, Radtke A, Lempert T. Benign paroxysmal positional vertigo: current status of medical management. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2004;130(3):381-2. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2003.07.007>
- Wang H, Yu D, Song N, Su K, Yin S. Delayed diagnosis and treatment of benign paroxysmal positional vertigo associated with current practice. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2014;271(2):261-4. <https://doi.org/10.1007/s00405-012-2333-8>
- Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, et al. Clinical practice guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2017;156(3\_suppl):S1-S47. <https://doi.org/10.1177/0194599816689667>
- Fife D, Fitzgerald JE. Do patients with benign paroxysmal positional vertigo receive prompt treatment? analysis of waiting times and human and financial costs associated with current practice? Reciben tratamiento oportuno los pacientes con vértigo postural paroxístico benigno? Análisis del tiempo de espera y del costo humano y financiero asociado con la práctica actual. *International Journal of Audiology*. 2005;44(1):50-7. <https://doi.org/10.1080/14992020400022629>



# Kronik İshal ile Prezante Olan İnek Sütü ve Yumurta Alerjisi: Olgu Sunumu

## Cow's Milk and Egg Allergy Presented With Chronic Diarrhea: Case Report

Sadiye Şener Çalışkan<sup>®</sup>, Nurten Karataş<sup>®</sup>

**Atıf/Cite as:** Şener Çalışkan S, Karataş N. Kronik ishal ile prezante olan inek sütü ve yumurta alerjisi: Olgu sunumu. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(2):66-8.

### Öz

Sütcocukluğu döneminde geçmeyen ishal, besin alerjilerinin en sık başvuru yakınmalarından biridir. Hasta öyküleri detaylandırılmadığında kolaylıkla gözden kaçabilmekte, genel gastroenterit tedavileri ile kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır. Bu olgu sunumunda; geçmeyen ishal yakınması, demir eksikliği anemisi (DEA) ve büyüme gelişme geriliği (BGG) ile başvuran hastada saptanan inek sütü ve yumurta alerjisinden söz edildi. Bu doğrultuda, besin alerjilerinin kolaylıkla gözden kaçabileceğini ve birinci basamak hekimlerinin geçmeyen ishal yakınması ile başvuru bebek ve çocuklarda besin alerjisini de ayırıcı tanıda düşünmeleri gerektiğini vurgulamak istedik.

**Anahtar kelimeler:** Kronik ishal, inek sütü alerjisi, yumurta alerjisi

### ABSTRACT

Persistent diarrhea in infancy, is one of the most common complaints form of food allergies. When the patient's histories are not detailed, they can be easily overlooked and they are tried to be controlled with general gastroenteritis treatments. In this case report, cow's milk and egg allergy was mentioned which is detected by the symptoms of persistent diarrhea, iron deficiency anemia and growth retardation. In this respect, we aimed to emphasize that primary care physicians should evaluate food allergy in the differential diagnosis when they encounter infants and children with persistent diarrhea and growth retardation.

**Keywords:** Chronic diarrhea, cow's milk allergy, egg allergy

**Received/Geliş:** 04.04.2021  
**Accepted/Kabul:** 14.05.2021  
**Publication date:** 30.06.2021

### Corresponding Author:

**S.Ş. Çalışkan**  
**ORCID:** 0000-0001-8399-1345  
Adıyaman Samsat  
İlçe Devlet Hastanesi  
Aile Hekimliği,  
Adıyaman - Türkiye  
✉ sadiyesener86@gmail.com

### N. Karataş

**ORCID:** 0000-0002-3453-5957  
Adıyaman Samsat  
İlçe Devlet Hastanesi  
Aile Hekimliği,  
Adıyaman, Türkiye

### GİRİŞ

Spesifik bir besine karşı vücudumuzda gerçekleşen ve besinin fizyolojik etkileri ile ilgisi olmayan, tüm anormal immunolojik yanıtlara "besin alerjisi" denir.<sup>[1]</sup> Çocukluk çağında besin alerjisi %4,5-6 sıklığındadır.<sup>[2]</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilk 6 ay yalnızca anne sütü (AS) önermektedir.<sup>[3]</sup> AS'nin oral tolerans gelişimini kolaylaştırdığı, besin alerjilerini önlediği gösterilmiştir.<sup>[4]</sup> AS'nin olmadığı ya da bebek gelişimini geriletecek kadar azaldığı durumlarda doktor kontrolünde uygun formül mama kullanılabilir.<sup>[3]</sup>

Çocuk beslenmesine inek sütü 1 yaştan sonra, yumurta sarısı 6 aydan sonra, yumurta beyazı ise 1 yaştan sonra eklenebilmektedir. Ancak, günümüzde çok çeşitli nedenlerle (kültürel, sosyoekonomik, maddi vb.) bebek beslenmesinde inek sütü ile hazırlanan mamaların, yumurta içeren gıdaların zamanından daha erken baş-

lanması sağlıklı bağırsak mikrobiyaya gelişimini engellemektedir. Besin alerjisinde en sık rastlanan inek sütü alerjisi (İSA) %1,8-7,5'a kadar farklı sıklıklarda olup, ikinci sırada %0,5-2,5 sıklığında yumurta alerjisi görülmektedir.<sup>[5,6]</sup>

Besin alerjileri %50-70 oranında deri (ürtiker, atopik dermatit (AD), anjiödem, flushing, dermatitis herpetiformis vb.), %50-60 gastrointestinal sistem (oral ve peroral şişlik, disfaji, kusma, regürjitasyon, dispepsi, gıda reddi, ishal, karın ağrısı, inatçı kabızlık vb.), %20-30 solunum sistemi bulguları, %0,8-9 oranında fatal anafilaktik reaksiyonlarla karşımıza çıkmaktadır.<sup>[7,8]</sup> Bunların yanı sıra besin alerjileri, yorgunluk, göz altı morlukları, ağız ülseri, eklem ağrısı/hipermobilitesi, az uyku, gece terlemesi, baş ağrısı ve yatak ıslatma gibi çok değişken ekstra-intestinal bulgularla ilişkilendirilmiştir.<sup>[9]</sup>

İshal günlük dışkı miktarının veya dışkının su içeriğinin artmasıdır. Bebek ve çocuklarda ishal tanısı için dışkı miktarının 10 g/kg/gün olması gerekir. İshalin iki haftadan uzun süre, >3 kez/gün sulu olarak görülmesi kronik (persistan) ishal olarak tanımlanmaktadır.<sup>[10]</sup> Besin alerjilerinde sık rastlanan GIS semptomlardan ishal patolojisinde; alınan yabancı protein miktarının fazlalığı, bağırsaktaki salgısal IgA düzeyinin düşük olması ve bağırsak ilişki lenfoid dokunun olgunlaşmaması suçlanmaktadır.<sup>[4]</sup> Bu nedenle küçük sütçocuklarında rastlanan kronik ishallerde eşlik eden başka semptom olmadığında, tedaviye yanıt alınmadığında, çocuğun beslenme şekli ve ishalin beslenme ile ilişkisi sorgulanarak besin alerjisi akla getirilmelidir.<sup>[10]</sup>

Bu olguda, önce cilt bulguları ile başlayan sonrasında tedaviye yanıtız geçmeyen ishal ile prezante olan inek sütü ve yumurta alerjisi sunulmuştur. Bebek ve çocuk gelişimini yakından takip eden aile hekimlerinin, kronik ishal olgularında ayırıcı tanıda besin alerjisini de düşünmeleri gerektiği vurgulanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Kliniğimize 3,5 aylık kız bebek cilt kuruluğu, tüm vücudunda yaygın eritematöz, papüler döküntü yakınması ile getirildi. Ayırıcı tanıda yıkanma sıklığı, ortam sıcaklığı ve beslenmesi sorgulandı. Anne, sütünün yetmediğini düşünerek formül mama ve bisküvili inek sütü karışımını kullandığını belirtti. Kilosu 4,300 gr (<3 p), boyu 57 cm (10 p) olarak saptandı. Bebeğin atopik yakınmaları inek sütü ve içerisine karıştırılan bisküviye bağlanarak, beslenmeye anne sütü ve formül mama ile devam edilmesi planlandı. Atopik dermatit tanısı ile tedavi önerilerinde bulunuldu. Hasta büyüme ve gelişme açısından takibe alındı.

Bebek yaklaşık 7 aylık olduğunda tarafımıza günde 4-5 kez, sulu kıvamlı dışkılama yakınması ile getirildi. Cilt döküntülerinin de zaman zaman yinelediğini belirten aile, bebek beslenmesinde inek sütü ve yumurta kullandıklarını belirtti. Bu süreçte kusma başlamış ve aile bir üniversite hastanesinin çocuk acil servisine başvurmuş. Hastaya üriner sistem enfeksiyonu tanısı ile antibiyoterapi başlanmış, kusma kısmen azalmış ancak sonrasında yakınmalarına ishal de eklenmiş. Ailenin onayı ile geriye dönük yapılan tetkik ve verilen tedaviler incelendiğinde toplamda 7 kez idrar kültürü, 5 kez gaita bakısı ve kültürü yapıldığı görüldü. Bunlarda bir kere idrar kültüründe üreme olmuş ve gaita kültüründe herhangi bir patojene rastlanmamış. Rutin demir takviyesi alımına rağmen, DEA saptanan hastaya demir replasmanı ve multivitamin desteği verilmiş. Hastanın DEA gerilememiş. Anne bu dönemde ishalde aralıklı

azalmalar olduğunu, ancak tamamen geçmediğini belirtti. Kronik ishal, DEA ve BGG bulunan hastada besin alerjisinden şüphelenildi ve hasta besin alerji paneli bakılması için pediatriye yönlendirildi. Hastaya bakılan besin alerji panelinde “doku transglutaminaz Ig A” ve “doku transglutaminaz Ig G” negatif, spesifik IgE F2 inek sütü, spesifik IgE F1 yumurta akı, spesifik IgE F75 yumurta sarısı pozitif olarak saptandı.

Hastanın beslenmesinden inek sütü, yumurta ve bunları içeren besinler tamamen çıkarıldı. Beslenmesine özelliikli formül mama eklendi. Ailesi detaylı bir şekilde bilgilendirildi. Eliminasyon diyeti ve mama yardımı ile hastanın ishaliinde belirgin gerileme saptandı. Tanı aldıktan bir ay sonra yapılan ilk izlemde hasta 6,130 gr (3-10p), 68 cm (25-50p); 1 yaş izleminde ise 7,200 gr (10p), 71 cm (25-50p) belirlenerek hastanın kilo ve boy persentillerinde artış, DEA’da düzelme saptandı.

## TARTIŞMA

Besin alerjileri, en sık nedenlerinden inek sütü ve yumurtanın bebek beslenmesine zamanından önce eklenmesiyle ürtiker, tedaviye yanıtız ishal, BGG gibi multi-sistemik bulgularla karşımıza çıkmaktadır.<sup>[11,12]</sup> İSA’da etkilenen bebeklerin sıklıkla ilk 6 ayında oldukları, beslenmeye inek sütü eklendiğinde ilk haftada dahi semptom görüldüğü saptanmıştır.<sup>[11]</sup> Yumurta alerjisi ilk olarak yaşamın ikinci 6 ayında görülmekle birlikte, çocuklarda AD’e en sık neden olan besin alerjisidir.<sup>[11,12]</sup> Bir çalışmada, özellikle 2 yaş altı yumurta alerjisi olan hastaların %60’ında AD belirlenmiştir.<sup>[11]</sup> Yumurta alerjisi AD dışında kusma, ishal ve hışıltı ile ilişkilendirilmiştir.<sup>[12]</sup>

Gastrointestinal semptomlardan ishal, İSA olan çocukların %50-60 oranında saptanmıştır.<sup>[13]</sup> Yapılan bir çalışmada, 6 aydan küçük bebeklerde non-enfeksiyöz ishale en sık %80,6 oranında İSA neden olmaktadır. İSA’nın patognomik bir klinik bulgusu olmamakla birlikte, kronik ishal, dışkıda kan ve/veya mukus varlığı, perianal kızarıklık ve BGG varlığında akla getirilmelidir.<sup>[14]</sup> Demir replasmanı ile düzelmeyen DEA’da da altta yatan neden besin alerjisi olabilir. Kronik DEA’nın, süt-çocuğu ve çocuklarda İSA’nın tek bulgusu olabileceği bilinmektedir.<sup>[2]</sup> Olgumuzda esas yakınma kronik ishal olmak üzere, AD, DEA ve BGG kliniği mevcuttu. Aile özellikle ishaliin gerilememesi nedeniyle sıklıkla bir üniversite hastanesinin çocuk acil servisine başvurmuş ve her başvuruda hemogram, tam biyokimya ve gaita bakısı yapılmış. Bu değerlendirmelerde, DEA dışında bir patolojiye rastlanılmamış. Yapılan gaita tetkiklerinde herhangi bir enfeksiyöz ajan saptanmadığında ayırıcı tanıda non-enfeksiyöz nedenler araştırılabilir, mevcut

yakınmalar bütün olarak değerlendirilerek besin alerjisi tanısı daha erken konulabilirdi. Aynı şekilde aile hekimliği bebek izlemlerinde hastanın persentil geriliği dikkate alınıp, BGG'nin nedeninin araştırılması, gerekiyorsa üst basamağa sevk edilmesi tanıyı kolaylaştırabilirdi.

Bu yakınmalardan biri ya da birkaçı ile ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar; yoğunluk nedeniyle anamnezin detaylandırılmaması, hastaların tek vizitte değerlendirilmesi, üst basamak hastanelerin çalışma koşulları nedeniyle her başvuruda başka bir hekim ile karşılaşması gibi olumsuz etmenlerle doğru tanıyı alamamaktadır. Daha kolay ulaşılabilmesi nedeniyle birinci basamak sağlık kuruluşlarına benzer yakınmalar ile başvuran hastaların titizlikle değerlendirilmesi önemlidir.

## SONUÇ

Bebek ve çocuk izlemlerini yakından takip etme olanağı olan birinci basamak hekimlerine, doğumdan itibaren ailelerin çocuklarını besleme alışkanlıklarının sorgulanması, erken dönemde inek sütü ve yumurta gibi alerjen besinler eklendiğinde gelişebilecek klinik bulgular açısından dikkatli olunmalı, üst basamak sağlık kuruluşlarında kolaylıkla gözden kaçabilen, semptomatik tedavilere yanıtız kronik ishal yakınması olan hastalarda besin alerjisinin akla getirilmesi önerilmektedir.

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Hasta Onamı:** Alındı.

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Receipt.

## KAYNAKLAR

1. Salehi T, Pourpak Z, Karkon S ve ark. The study of egg allergy in children with atopic dermatitis. *WAO Journal*. 2009;2:123-7. <https://doi.org/10.1097/WOX.0b013e3181abe7cb>
2. Özçeker D, Tamay Z. Çocuklarda inek sütü alerjisine yaklaşım. *FNG & Bilim Tıp Dergisi*. 2015;1(2):108-14. <https://doi.org/10.5606/fng.btd.2015.021>
3. WHO, Global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, Geneva 2003.
4. Arıcan Ö, Hacımustafaoğlu OY. Besin alerjisi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. 2002;13(2):142-6.
5. Cığerci Günaydın N. İnek sütü alerjisine güncel yaklaşım. *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 2019;7(2):146-55.
6. Duman Şenol H, Köksal BT. Van' da besin alerjik çocukların klinik özellikleri. *Van Tıp Dergisi*. 2015;22(4):266-72.
7. Koca T, Akçam M. İnek sütü protein alerjisi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015;42(2):268-73. <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2015.02.0572>
8. Nacaroglu HT, Bahçeci Erdem S, Çetin Şentürk C ve ark. Yumurta alerjisi olan olgularımızın klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2016;6(2):103-8.
9. Domínguez-Ortega G, Borrelli O, Meyer R ve ark. Extraintestinal manifestations in children with gastrointestinal food allergy. *JPGN*. 2014;59:210-14. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000391>
10. Urgancı N. Çocuklarda kronik ishale yaklaşım. *Çocuk Dergisi*. 2018;18(2):52-8.
11. Lifschitz C, Szajewska H. Cow's milk allergy: evidence-based diagnosis and management for the practitioner. *Eur J Pediatr*. 2015;174:141-50. <https://doi.org/10.1007/s00431-014-2422-3>
12. Wendy Allen C, Campbell DE, Kemp AS. Egg allergy: Are all childhood food allergies the same? *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2007;43:214-8. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2007.00996.x>
13. Host A, Halken S, Jacobsen HP, Christensen AE, Herskind AM, Plesner K. Clinical course of cow's milk protein allergy/ intolerance and atopic diseases in childhood. *Pediatr Allergy Immunol*. 2002;13(Suppl.15):23-8. <https://doi.org/10.1034/j.1399-3038.13.s.15.7.x>
14. Mushtaq I, Cheema HA, Malik HS, Waheed N, Hashmi MA. Causes of chronic non-infectious diarrhea in infants less than 6 months of age: rarely recognized entities. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017;29(1):78-82.