

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

**İZMİR İLİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE  
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN ALERJİK  
HASTALIKLARI TANIMA VE YÖNETMEDEKİ BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ**

**DR. MERVE SPRONK**

**UZMANLIK TEZİ**

**2019 - İZMİR**

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

İZMİR İLİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE  
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN ALERJİK  
HASTALIKLARI TANIMA VE YÖNETMEDEKİ BİLGİ  
DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

DR. MERVE SPRONK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: PROF. DR. VİLDAN MEVSİM

## İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLO LİSTESİ .....	III
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	V
KISALTMALAR .....	VI
TEŞEKKÜR.....	VII
ÖZET .....	1
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	7
2.1. Alerjinin Tanımı Ve Tarihçesi .....	7
2.2. Alerjik Hastalıkların Patogenezi .....	8
2.2.1 Genetik Ve Çevresel Faktörler .....	8
2.2.2. Alerjenlerin Yapı Ve Fonksiyonu .....	8
2.3. Alerjik İmmün Cevap Oluşumunun Mekanizması.....	10
2.4. Alerjik Hastalıkların Tanı Ve Tedavisi.....	12
2.4.1. Alerjik Hastalıklar .....	12
2.4.2. Alerjik Hastalıkların Tanısı .....	16
2.4.3 Alerjik Hastalıkların Tedavisi.....	18
2.5. Aile Hekimlerinin Alerjik Hastalık Yönetimindeki Yeri Ve Rollerini.....	18
2.5.1. Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Alerjik Hastalıklar İle Karşılaşma Sıklıkları .....	18
2.5.2. Aile Hekimlerinin Alerjik Hastalıklar İle İlgili Bilgi Düzeyleri .....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırma Modeli .....	21
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi .....	21
3.3. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama Yöntemi .....	22
3.3.1 Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi .....	22
3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	25
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.5.1 Bağımlı değişkenler .....	26

3.5.2. Bağımsız Değişkenler .....	26
<b>3.6. İstatistiksel Analiz .....</b>	<b>26</b>
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1. Tanımlayıcı Bulgular .....</b>	<b>27</b>
<b>4.2. Analitik Bulgular.....</b>	<b>36</b>
4.2.1. Katılımcıların Yaş, Birinci Basamakta Çalışma Yılı, Başvuran Hasta Sayılarının Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" Puanları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	36
4.2.2. Katılımcıların Bazı Özellikleri ile "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" Puanları Arasındaki İlişkisinin Değerlendirilmesi .....	40
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>45</b>
<b>5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri .....</b>	<b>45</b>
<b>5.2. Katılımcılara Uygulanan AHYBDA Değerlendirilmesi .....</b>	<b>46</b>
<b>5.3. Katılımcıların AHYBDA Puanlarının Değerlendirilmesi.....</b>	<b>46</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>50</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>51</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>55</b>
<b>Ek 1. Etik Kurul İzni .....</b>	<b>55</b>
<b>Ek 2 . İl Sağlık Müdürlüğü İzni.....</b>	<b>57</b>
<b>Ek 3- 'Aile Hekimleri alerjik hastalıkların yönetiminde hangi yeterliliklere sahip olmalıdır?' Anketi.....</b>	<b>59</b>
<b>Ek 4- Araştırmada Kullanılan Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi.....</b>	<b>61</b>

## TABLO LİSTESİ

- Tablo 1.** Alerjik hastalıkların tanısında tanı testleri ve tıbbi öykü
- Tablo 2.** Alerjik hastalıkların tanısında fizik muayene
- Tablo 3.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımları
- Tablo 4.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımları
- Tablo 5.** Katılımcıların alerjik hastalık durumlarının ile ilgili bazı değişkenlerin dağılımı
- Tablo 6.** Katılımcıların polikliniklerine başvuran hastaların bazı özelliklerine göre dağılımları
- Tablo 7.** Katılımcıların alerjik hastalıklar konusundaki katıldıkları eğitimlere göre dağılımları
- Tablo 8.** Katılımcıların "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi'nden aldıkları puanların ortalamaları
- Tablo 9.** Katılımcıların "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi'nden aldıkları puanların ortalamaları
- Tablo 10.** Katılımcıların AHYBD anket puanlarının yaş ile ilişkisinin değerlendirilmesi
- Tablo 11.** Katılımcıların AHYBD anket puanlarının hekimlik yılı ile ilişkisinin değerlendirilmesi
- Tablo 12.** Katılımcıların AHYBD anket puanlarının birinci basamakta çalışma yılı ile ilişkisinin değerlendirilmesi
- Tablo 13.** Aile hekimlerinin anket puanlarının, bir haftada polikliniklerine herhangi bir şikayetle başvuran hasta sayısı ile ilişkisi
- Tablo 14.** Aile hekimlerinin anket puanlarının, bir haftada polikliniklerine alerjik şikayetlerle başvuran hasta sayısı ile ilişkisi (AŞBHS)
- Tablo 15.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı
- Tablo 16.** Katılımcıların ünvalarına göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı
- Tablo 17.** Katılımcıların eğitime katılma durumlarına göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı

**Tablo 18.** Katılımcıların alerjik hastalık durumlarına göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı

**Tablo 19.** Katılımcıların ailede alerjik hastalık durumuna göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı



## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1. Alerjenlerin etkileşim mekanizması
- Şekil 2. Alerjik immün cevap oluşumunun mekanizması
- Şekil 3. İmmün yanıtın epitel hücre üzerinde etkisi



## KISALTMALAR

1. AHYBDA- Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi
2. WONCA- World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians
3. ASM- Aile Sağlığı Merkezi
4. PARFAIT- Prevalence and Risk Factors of Allergies in Turkey
5. DPT- Deri Prick Testi
6. IgE- İmmunglobulin E



## TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanması ve yürütülmesi sırasında her zaman bana destek olup, doğru ve geçerli bir araştırmanın nasıl yapılacağını bana öğreten, bilim dünyasındaki yenilikten haberdar olmamı sağlayan ve sürekli gelişmemi destekleyen ve vizyonumu geliştiren, çalışkanlığı, duruşu ve şıklığıyla bana örnek olan sevgili hocam Prof. Dr. Vildan Mevsim'e,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim boyunca eğitim sürecime katkıda bulunan ve aile hekimliğinin özelliklerini özümsememi sağlayan, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Nilgün Özçakar'a ve değerli hocalarım Prof. Dr. Dilek Güldal'a, Prof. Dr. Mehtap Kartal'a, Doç. Dr. Tolga Günvar'a, Uzm. Dr. Neslişah Tan'a, Uzm. Dr. Gizem Limini'ye ve Uzm. Dr. Ediz YILDIRIM'a,

Uzmanlık eğitimi boyunca her zaman yanımda olan Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndan uzmanlığını alan ve hala uzmanlık eğitimlerine devam eden tüm meslektaşlarıma,

Yoğun geçen tez dönemimde her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen sevgili annem Gülser Uygunsoy'a, babam Ferhat Uygunsoy'a, kardeşim Hazar Tan Uygunsoy'a ve eşim Wouter Spronk'a ve canım arkadaşlarım Seda Yaman ve Gözde Özaydın'a teşekkür ederim. (I would like to say how grateful i am for their support to my dear mother Gülser Uygunsoy, my dear father Ferhat Uygunsoy, my dear brother Hazar Tan Uygunsoy and my dear husband Wouter Spronk and my dearest friends Seda Yaman and Gözde Özaydın.)

## ÖZET

# İZMİR İLİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN ALERJİK HASTALIKLARI TANIMA VE YÖNETMEDEKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜLMESİ

Dr. Merve Spronk

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Amaç:** Bu çalışmayla İzmir ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin alerjik hastalıkları tanıma ve yönetmedeki bilgi düzeyleri ölçülmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Kesitsel analitik tipteki bu çalışmanın evrenini, İzmir ili merkez ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan tüm aile hekimleri oluşturmaktadır. Delphi methoduyla uzman görüşleri alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan, Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi ve sosyodemografik veri anketinin, küme örneklem yöntemiyle seçilen 268 hekime uygulanması hedeflenmiştir. İzmir ili merkezindeki 11 merkez ilçede yer alan her bir aile sağlığı merkezi (ASM) küme olarak kabul edilmiş olup, 54 asıl ve 6 adet yedek ASM seçilmiştir. Aile hekimleri ile yüz yüze görüşülerek, gönüllülük durumunda, anketler uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada 222 hekim ankete katılmayı kabul etmiştir. 208 adet anket araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen 208 katılımcının %39,4'ü (82) kadın, %60,6'u (126) erkek olup, yaş ortalamaları ortalaması  $50,34 \pm 6,90$  (min:27, max:66) idi. Katılımcıların hekimlik yıllarının ortalaması  $24,69 \pm 6,09$  (min:1, max:40) idi. Çalışmaya katılan hekimlerin, son bir haftada polikliniklerine başvuran hasta sayısı ortalaması  $304,7 \pm 118,6$  (min:10, max:600) idi. Çalışmaya katılan hekimlerin, son bir haftada polikliniklerine, herhangi bir alerjik şikayetle başvuran hasta sayısı ortalaması  $18,43 \pm 21,9$  (min: 0, max:200) idi. Katılımcıların %51'i (106) alerjik hastalıklar konusunda hiçbir eğitici etkinliğe katılmadığını belirtmiştir. Çalışmamıza katılan 202 aile hekiminin AHYBDA'ndan aldıkları ortalama puan 59,81 idi. Katılımcıların, yaş ( $r=-0,144$ ,  $p=0,038$ ), ve eğitime katılma durumlar

( $p=0,01$ ) anketten aldıkları toplam puan üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahipken, cinsiyet ( $p=0,91$ ), hekimlik yılı ( $r=-0,09$ ,  $p=0,19$ ), son bir haftada polikliniklerine alerjik şikayetlerle başvuran hasta sayısı ( $r=0,08$ ,  $p=0,25$ ), son bir haftada polikliniklerine herhangi bir şikayetle başvuran hasta sayısı ( $r=0,10$ ,  $p=0,14$ ), unvan ( $p=0,09$ ), alerjik hastalık durumu ( $p=0,05$ ), ailede atopi öyküsü ( $p=0,26$ ), anketten aldıkları toplam puan üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip değildi.

**Sonuç:** Çalışmamıza katılan birinci basamak hekimlerinin alerjik hastalık yönetimi konusundaki bilgi düzeyleri yetersizdi. Herhangi bir eğitime katılanlarda alerjik hastalık yönetimi bilgi düzeyleri yüksekti. Uzman aile hekimlerinin, alerjik hastalık tanı ve iletişim bilgi düzeyleri daha yüksekti. Aile hekimlerinin hekimlik yılları ve yaşları arttıkça iletişim bilgilerinin azaldığı saptandı.

**Anahtar kelimeler:** Alerji, birinci basamak, aile hekimliği

## SUMMARY

### EVALUATION OF KNOWLEDGE LEVELS IN THE RECOGNITION AND MANAGEMENT OF ALLERGIC DISEASES OF FAMILY PHYSICIANS WORKING IN FAMILY HEALTH CENTERS IN IZMIR

**Dr. Merve Spronk**

**Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine**

**Objective:** The term allergy is used in cases where increased reactivity of the immune system results in hypersensitivity in response to external or foreign substances. The prevalence of allergic diseases in the world is increasing dramatically in both developed and developing countries. Previous studies have shown that physicians fail to recognize allergic symptoms and manage allergic diseases. The aim of this study was to measure the level of knowledge of family physicians working in family health centers in İzmir to recognize and manage allergic diseases.

**Method:** The universe of this cross-sectional analytical study is all family physicians working in family health centers in central districts in İzmir . It is aimed to apply the Allergic Disease Management Knowledge Level Questionnaire and sociodemographic data questionnaire prepared by the researcher by taking expert opinions with Delphi method to 268 physicians selected by cluster sampling method. Each family health center in the 11 central districts of İzmir city center was accepted as a cluster and 54 original and 6 substitute family health centers were selected. In case of voluntariness, questionnaires were applied by face to face interviews with family physicians.

**Results:** All selected family health centers were visited and 222 physicians agreed to participate in the survey. 208 questionnaires were included in the study. Of the 208 participants included in the study, 39.4% (82) were female and 60.6% (126)

were male, and the mean age was  $50.34 \pm 6.90$  (min: 27, max: 66). Mean age of the participants was  $24.69 \pm 6.09$  (min: 1, max: 40). The mean number of patients consulted to the outpatient clinics in the last week was  $304.7 \pm 118.6$  (min: 10, max: 600). The mean number of patients consulted to the outpatient clinics with any allergic complaints in the last week was  $18.43 \pm 21.9$  (min: 0, max: 200). 51% (106) of the participants stated that they did not participate in any educational activities about allergic diseases. The average score of 202 family physicians who participated in our study was 59.81. While age ( $r = -0.144$ ,  $p = 0.038$ ), and participation in an education activity ( $p = 0.01$ ) had a statistically significant effect on the total score, gender ( $p = 0.91$ ), the working years as physician ( $r = -0.09$ ,  $p = 0.19$ ), the number of patients who applied to their outpatient clinics with allergic complaints in the last week ( $r = 0.08$ ,  $p = 0.25$ ), the number of patients who applied to their outpatient clinics with any complaints in the last week ( $r = 0$ ,  $p = 0.14$ ), title ( $p = 0.09$ ), allergic disease status ( $p = 0.05$ ), family history of atopy ( $p = 0.26$ ) did not have a statistically significant effect on the total score.

**Conclusion:** The knowledge level of primary care physicians who participated in our study about allergic disease management was insufficient. Allergic disease management knowledge levels were high in those attending any education. Specialist family physicians had higher knowledge of allergic disease diagnosis and communication. It was determined that communication knowledge levels of family physicians decreased with age and working year.

**Keywords:** Allergy, primary care, family medicine

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Alerjik hastalıklar 21.yüzyılın en büyük bulaşıcı olmayan toplum sağlığı sorunlarından biridir. Dünyadaki alerjik hastalıkların prevalansı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde dramatik biçimde artmaktadır (1).

2008 yılında yapılan Türkiye’de Alerjilerin Prevalansı ve Risk Faktörleri (PARFAIT) çalışmasında: Kırsal alanlarda astım, hırıltılı solunum, alerjik rinit ve egzema prevalansı erkeklerde sırasıyla: %8,5, %13,5, %17,5 ve %10,8 ve kadınlarda: %11,2, %14,7, %21,2 ve %13,1 idi. Kentsel alanlarda bunun karşılığı olan prevalans değerleri erkeklerde: %6,2, %10,8, %11,7 ve %6,6 ve kadınlarda: %7,5, %12,0, %17,0 ve %7,3 idi. Dünya Alerji Organizasyonu verilerine göre ülkeler arası farklılıklar göz önüne alındığında dünya alerji prevalansı %10-40 arasında değişmektedir (2). Alerji prevalansının büyüklüğü nedeniyle alerji, bulaşıcı olmayan hastalıklar çerçevesinde büyük bir halk sağlığı sorunu olarak görülmelidir (3).

Birinci basamağa başvuruların en yaygın sebepleri hem akut enfeksiyonları hem de KOAH, astım ve rinit gibi kronik hastalıkları kapsayan, solunum yolu semptomlarıdır. Astım ve astım atakları genellikle alerjiler tarafından tetiklenir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin bu hastalıkların alerjik tetikleyicilerini de değerlendirmeleri önemlidir. Bununla birlikte, alerji ve astım için uygun teşhis ve tedavi, birinci basamaktaki yetersiz bilgi düzeyi sebebiyle sınırlanmaktadır (2). Daha önce yapılmış çalışmalarda hekimlerin alerjik semptomları tanıma ve alerjik hastalıkların yönetiminde yetersiz kaldıkları gösterilmiştir (4). Pediatri ve dahiliye uzmanlarının katıldığı kesitsel bir çalışmada, katılımcıların %92.6’sı, alerjik hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyini ölçen anketin %50’sine doğru cevap vermeyi başaramamıştır (5). Aile hekimlerinin besin alerjileriyle ilgili bilgi düzeyini ölçen bir çalışmada, doğru cevap verme oranı %61’dir (6). Yapılan çalışmalarda ise astımı olan hastaların yetersiz yönetildiği, astım ve alerjik rinitin yaşam kalitesi ve sağlık üzerindeki etkilerinin hekimlerce yeterince tanınmadığı gösterilmiştir (7).

Türk Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Raporuna göre; Türkiye’de alerjik hastalık prevalansı artmaktadır. Nüfusun %15’inde bir ya da daha fazla alerjik hastalık görülmektedir. Alerjik hastalıkların ulusal maliyetiyle ilgili veri bulunmamaktadır. Pratisyenler tıp fakültesinde alerji eğitimi almaktadır. Ancak bilgi düzeyleri istenilen seviyede değildir. Alerjik hastalıklarda hasta bakımını geliştirmek için yapılan öneriler arasında pratisyen hekimlere alerjik hastalıklarla ilgili eğitim vermek ve toplumda alerji farkındalık düzeyini arttırmayı içermektedir (2).

Alerjik hastalıklar yüksek prevalanslı hastalıklardır. Ancak ülkemizde alerjik hastalık yönetimi ile ilgili, yapılmış çalışma bulunmadığından, birinci basamakta bu hastalıkların nasıl yönetildiği, tanı ve tedavilerinin yeterli yapılıp yapılmadığına dair elimizde çok az veri bulunmaktadır. Bu çalışma ile önemli bir sağlık sorunu olan alerjik hastalıklar konusunda hekimlerin hastalığı tanıma ve yönetmedeki durumları ortaya konması hedeflenmiştir. Bu çalışma, aile hekimlerinin alerjik hastalıklara karşı, sahadaki tutum ve davranışlarını değiştirmeye yönelik araştırma ve uygulamaların önünü açacaktır.

Bu çalışmanın amacı, İzmir ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin alerjik hastalıkları tanıma ve yönetmedeki bilgi düzeylerini ölçmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. ALERJİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Alerji" terimi, 24 Temmuz 'da Münchener Medizinische Wochenschrift'te "organizmanın özellikle değişmiş reaktivitesi " olarak doğmuştur. Bugün alerji, farklı patomekanizmalarla çeşitli hastalıklara yol açabilecek immünolojik aşırı duyarlılık olarak tanımlanmaktadır. Bu sebeple, tanı, tedavi ve korunmada farklı yaklaşımlar izlenmektedir. Alerji ile ilgili sık kullanılan terimlerden, duyarlılık; bir uyarana karşı gelişen normal yanıtı, aşırı duyarlılık; bir uyarana karşı gelişen aşırı güçlü yanıtı ifade etmektedir. Duyarlılaşma; tekrarlanan temastan sonra gelişen artmış hassasiyet, anafilaksi; ciddi, hayatı tehdit edici, genel veya sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak tanımlanmaktadır (8). Kısaca alerji, inhale edilen, yutulan, enjekte edilen, cilt, göz veya mukozayla temas eden maddeye karşı oluşan aşırı duyarlılık biçimidir. "Alerji" terimi, dış veya yabancı maddelere tepki olarak bağışıklık sisteminin artmış reaktivitesinin aşırı duyarlılıkla sonuçlandığı durumlar için kullanılır. Alerjileri provoke eden yabancı maddelere alergen denir (9).

19. yüzyılda alerjik astım ve rinit hastalıkları biliniyordu, ancak hastalıkların altında yatan mekanizma anlaşılabilmiş değildi. 1919'da Ramirez kan tranfüzyonlarının, alıcıda alerjik astım ve hafif sensitizasyona yol açabildiğini fark etti (10). 1921'de Prausnitz ve Küstner, daha sonra deri prick testi olarak adlandırılan cildin pasif sensitizasyonunu gösterdi. Pozitif test sonuçlarına sebep olan plazmadaki faktör, yaklaşık 45 yıl boyunca bulunamadı ve bu süreçte, bu reaksiyona IgA'nın sebep olduğu gibi yanlış ve karıştırıcı teoriler öne sürüldü. 1960'lı yıllarda K. ve T. Ishizaka, antikor ile reaksiyona girerek, deri prick testini engelleyebilecek bir antiserumu tanımlayan birkaç makale yayınladı. Bu antiseruma anti- $\gamma$ E adını verdiler. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, normalde serumda konsantrasyonu çok düşük olan IgE'yi izole edemediler (8).

1965 yılında S.G.O. Uppsala'daki Johansson, bir miyelom hastasının serumunda bilinen 4 immüoglobülin sınıfından herhangi biri olarak tanımlanamayan bir M bileşeni tespit etti. H. Bennich ile birlikte, yeni immüoglobulini IgND adıyla belgeledi. Çok az miktarda IgND deri prick testini bloke etti. Sağlıklı bireylerde son derece düşük serum konsantrasyonları, alerjik bireylerde 10-100 kat daha yüksek seviyelerde bulundu (8).



1968 DSÖ Lozan'daki Uluslararası Referans Merkezi, iki grubu, IgND ve γ'nin karşılaştırmalı laboratuvar çalışmalarını gözden geçirmek üzere bir toplantıya davet etti ve bu toplantılar sonucunda beşinci immünoglobulin sınıfı IgE resmi raporunun yayınlandı. IgE'nin keşfiyle, IgE aracılıklı alerjik hastalıklar ve diğer hipersensitivite reaksiyonlarının ayırımı yapıldı ve alerjik hastalıklar altta yatan temel mekanizmalarına göre yönetilmeye başlandı. Alerjik hastalık tanısında, güvenilir ve basit olan ve birçok alerjeni kapsayan IgE testleri kullanıma sunuldu. Klinik tanı ve immunoterapide kullanılan alerjen preparatlarının tanımlaması ve standardizasyonu yapıldı, bu konuda klinik çalışmalar günümüzde de devam etmektedir (1).

## **2.2. ALERJİK HASTALIKLARIN PATOGENEZİ**

### **2.2.1 Genetik ve Çevresel Faktörler**

Alerjik hastalıkların patogeneğinde genetik yatkınlık rol oynar. Genetik yatkınlıkta mutifaktöryel poligenik kontrol rol oynar (2).

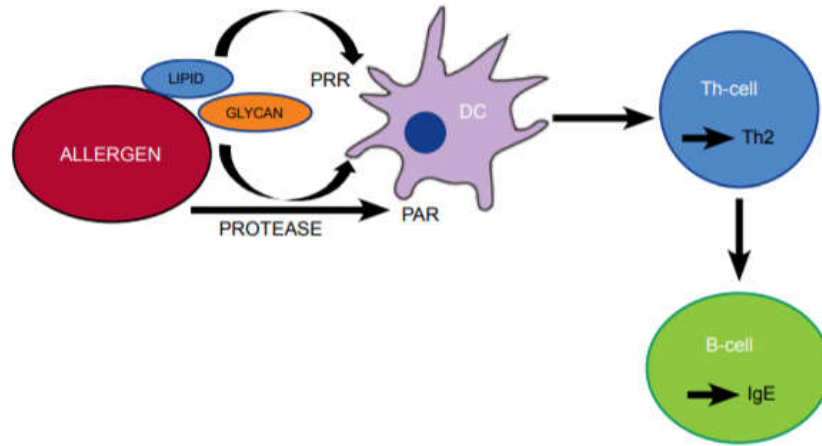
Kalıtıma ek olarak çevrenin de alerji gelişiminde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Tek yumurta ikizleri ile ilgili çalışmalar bu genetik olmayan faktörlerin güçlü rolünü göstermektedir. Genetik yapılarının aynı olmasına rağmen tek yumurta ikizlerinin sadece %25-50'si aynı alerjilere sahiptir. Bu farkların esas olarak değişik çevresel faktörlerden kaynaklandığı sanılmaktadır. Belli bir zaman süresince, belli bir alerjenle fazla maruziyeti olan kişinin o alerjene karşı duyarlılık kazanma şansı daha az karşılaşan kişiye göre daha fazladır (2).

### **2.2.2. Alerjenlerin Yapı ve Fonksiyonu**

Tip I alerjisi olan hastalar, maruz kaldıkları tüm çevresel veya diyet proteinlerden sadece bazı alerjenlere karşı IgE antikörlerini yaparlar. Aslında, çoğu alerjen sınırlı sayıda protein ailesine aittir. Proteinleri alerjen haline getiren ortak yapısal veya fonksiyonel özelliklerini tanımlayabilir miyiz? Bu soruyu cevaplamadan önce, bir alerjenin ne olduğunu açıkça tanımlamak önemlidir. Bir molekülün alerjen olarak tanımlanması için mutlak önkoşul, spesifik IgE antikörlerini bağlamasıdır. Bununla birlikte, bu gereksinimi karşılayan her protein, bağışıklık sisteminin IgE üretim yanıtını başlatamaz, birincil duyarlılaştırıcı olamaz (1).

Bir proteinin potansiyel endojen proalerjenik özellikleri, maruz kalan kişiden, maruz kalınan süre ve dozdan, maruz kalma şartlarından ve pro-alerjenik ya da antialerjenik adjuvanlar gibi davranan kofaktörlerin varlığından etkilenir (1).

Buna göre, alerjeniteyi belirleyen yaygın endojen yapısal veya fonksiyonel özellikler var mıdır? Bilinen birçok alerjen gerçekten de lipid bağlayıcı proteinlerdir (örn. Bet v1 ve homologları, ev tozu akar grubu 2 alerjenleri, evcil hayvanların lipokalinleri, bitki lipid transfer proteinleri) ve bazıları glikoproteinlerdir (örneğin yarfıstığı Ara h1 ve çim polen Phl p1). Bu proteinlerin lipid ligandları ve konjuge glikanlarının, antijen sunan hücrelerde Toll benzeri reseptörler ve C tipi lektinler gibi patojen tanıma reseptörleri ile etkileşime girdiği ve böylece immün sistemde Th2 tipi cevaba ve IgE üretimine yol açtıkları gösterilmiştir. Ek olarak, sistein proteaz Der p1 gibi proteaz aktivitesinin Th2 enflamasyonu yarattığı gösterilmiştir. Özet olarak, alerjeniteye katkıda bulunan çeşitli yapısal ve fonksiyonel özellikler tanımlanmıştır, ancak alerjenite için tek bir ortak payda olmadığını söylemek doğru olacaktır (1).



Şekil 1. Alerjenlerin etkileşim mekanizması (1)

Alerjenler, dendritik hücrelerle çeşitli mekanizmalar yoluyla etkileşime girebilir ve bunları bir DC2 fenotipine doğru çevirir ve bu da Th2 ve IgE üretimine ve uyarlanabilir bağışıklık cevabına sebep olur (Şekil 1).

Doğal bağışıklık sistemi, potansiyel olarak alerjen proteinlere verilen cevabı şekillendirmede temel bir rol oynar. Çok faktörlü bir süreç olan alerjik duyarlılık, bir proteinin biyolojik ve moleküler özelliklerinden ve bağışıklık sistemiyle etkileşim yolundan etkilerinden etkilenir. Proteinler, Toll benzeri, C tipi lektin, NOD benzeri ve proteazla aktive olmuş reseptörlerle (epitelyal hücrelerde ve dendritik hücrelerde

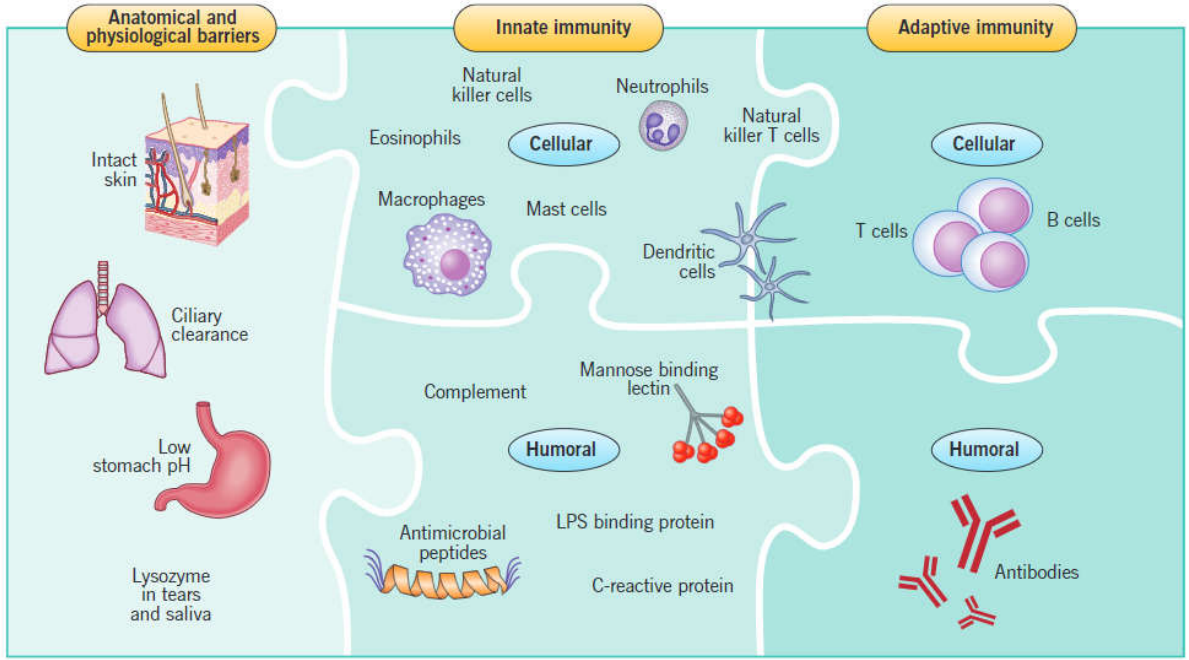
bulunur) veya alerjenliklerini göstermek için yüzey aktif cisimleriyle (surfaktan proteinleri, çözünür formda bulunur.) etkileşime girer. Lipitler (doğrudan alerjenlerle bağlı, alerjen kaynağında bulunan veya mikrobiyal kontaminasyonlardan kaynaklanan), doğuştan gelen immün sistemle etkileşime girerek, yatkınlığı olan kişilerin immün tepkisini düzenler (1).

### **2.3. ALERJİK İMMÜN CEVAP OLUŞUMUNUN MEKANİZMASI**

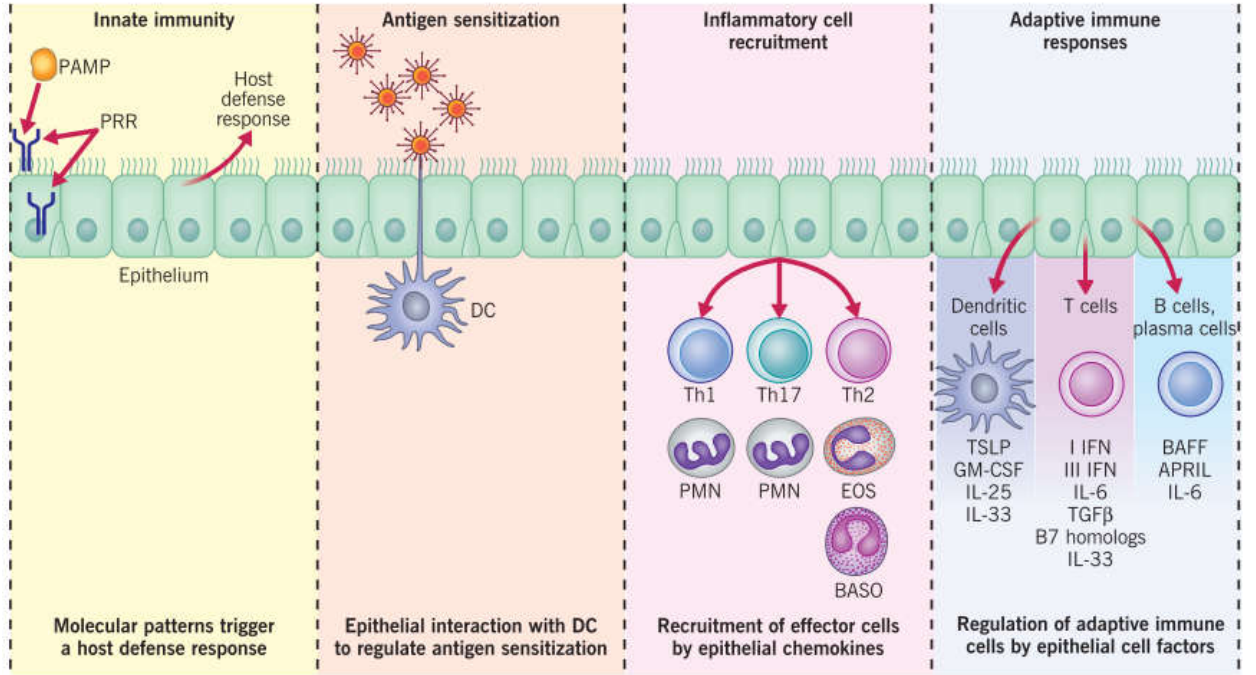
Bağışıklık sistemi, enfeksiyonlara karşı konak savunmasında önemli bir rol oynar. yi işleyen bir bağışıklık sisteminin temel bileşenleri, hem doğal hem de adaptif immün yanıt üretme yeteneğini içerir. Doğuştan gelen bağışıklık sistemi, hızlı bir immün yanıt için dokularda yerleşik hücresel elementler (yani epitel, makrofajlar, mast hücreleri) ve kan akımında dolaşan lökositleri (nötrofiller, eozinofiller, bazofiller, mono-nükleer hücreler, doğal öldürücü hücreler ve doğal öldürücü T hücreleri) içerir. Hücresel tepkiye ek olarak, doğuştan gelen bağışıklık sistemi, antijene özgü olmayan ve immünolojik hafızaya sahip olmayan enfeksiyona anında yanıt vermek için bir mekanizma sağlayan humoral elemanlara (kompleman, antimikrobiyal peptitler, mannoz bağlayan lektin) sahiptir. Buna karşılık, bileşenleri T ve B hücreleri tarafından meydana getirilen adaptif immün yanıt, enfeksiyonlara (günler süren) yanıt vermede daha yavaştır ancak antijen özgüllüğü ve immünolojik bellek oluşturma avantajına sahiptir. Arızalı bir bağışıklık sistemi sadece tekrarlayan enfeksiyonlarla immün yetmezliğe değil, aynı zamanda otoimmünite ve alerjik hastalıklara da yol açabilir (3).

Alerjik rinit, astım ve besin alerjisi gibi alerjik hastalıklar, çevresel bir alerjene karşı IgE antikor yanıtı verme özelliği ile karakterizedir. İmmünglobülin E (IgE) ilişkili alerjik tepkiler, en sık mukozal (burun, konjonktiva, hava yolu, gastrointestinal sistem) veya cilt yüzeylerinde meydana gelir, çünkü bu anatomik bölgeler, yüksek düzeylerde mast hücresi içerir. Atopik bir bireyin, çim polenleri gibi düşük seviyelerde alerjenlere maruziyeti, alerjenin antijen sunan hücreler (APC'ler) tarafından alınması, alerjenin, peptit fragmanlarını hücre içi kavraması ve APC yüzeyinde, insan lökosit antijeni (HLA) oluşunda alerjen peptid fragmanlarının oluşması ile sonuçlanır. Dolaşımdaki T hücreleri (alerjen peptidi için spesifik olan bir antijen hücre yüzey reseptörünü ifade eden) APC ile etkileşime girdiğinde, bu etkileşimle, IgE sentezinin yönetiminden sorumlu Tip 2 yardımcı T hücresi aktive olur (3). Th2 hücreleri IL-4, IL-5, IL-6 ve IL-

13 gibi bir çok farklı sitokin salgırlarlar (2). Th2 sitokinleri, B hücrelerinin sınıf geçişi yapmasında ve IgE ( IL-4) üretmesinde, kemik iliğinde eozinofil proliferasyonunun indüklemesinde (IL-5) ve dolaşımdaki eozinofiller ve bazofiller gibi alerjik enflamasyonla ilişkili enflamatuar hücrelerin doku infiltrasyonunu düzenlemekte önemli bir rol oynar. Alerjene spesifik IgE (bir alerjene ilk maruz kalma sonucu indüklenir) mast hücreleri ve bazofiller üzerindeki yüksek afiniteli IgE reseptörlerine bağlanır. Belirli bir alerjene tekrar maruz kalmaları üzerine bu IgE-duyarlılaştırılmış mast hücreleri, alerjik enflamatuar tepkiye katkıda bulunan histamin ve diğer birçok proinflamatuar mediatörün salınması için aktive olur (3).



Şekil 2. Alerjik immün cevap oluşumunun mekanizması (3)



Şekil 3. İmmün yanıtların epitel hücre üzerinde etkisi (3)

## 2.4. ALERJİK HASTALIKLARIN TANI VE TEDAVİSİ

### 2.4.1. Alerjik Hastalıklar

#### 1. Alerjik rinit

Alerjik rinit, alerjenle karşılaşıldıktan sonra gelişen IgE–aracılı hipersensitivite reaksiyonuna bağlı burun mukozasının inflamatuvar hastalığıdır. Sık görülen bulgular, hapşırma, kaşıntılı burun ve damak, burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve gözlerde kızarıklık, kaşıntıdır (4,5).

Alerjik rinit tanısı hastanın öyküsü ile konulur. Herhangi bir alerjene maruziyetten sonra tipik burun bulgularının görülmesiyle konulur. Genelde göz bulguları eşlik eder. Hastanın öyküsü alerjik rinit düşündürüyorsa, fizik muayenede burunun yapısal problemleri (polip, septal deviasyon) dışlanır, burun akıntısının karakteri ve burun mukozası gözlemlenir. Tanıyı doğrulamakta deri prick testi veya spesifik IgE ölçümü kullanılabilir ancak genelde gerekli değildir (6)

#### 2. Kronik rinosinüzit ve nazal polip

Kronik rinosinüzit, paranasal sinüslerin ve yollarının 12 haftadan uzun süren bir enflamatuvar hastalığı olarak tanımlanabilir (7).

Nazal polipozlu CRS orta meatusta bilateral nazal polip varlığı ile karakterizedir. Nazal polipler, saydam, sarımsı-gri ila beyaz, burun boşluğunda veya

paranasal sinüslerde oluşabilecek jelatinimsi enflamatuar materyalden oluşan parlak kütlelerdir. Gri-beyaz renk, polip dokusunun nispeten avasküler yapısından kaynaklanır. Genel popülasyonun yüzde 1-4'ünde nazal polip vardır ve çoğunun semptomatik olduğuna inanılmaktadır (8).

### 3. Anafilaksi

Anafilaksi, tüm doktorlar tarafından tanınması ve tedavi edilmesi gereken, potansiyel ölüm riski taşıyan, akut, sistemik bir cevaptır.

“Anafilaksi: Türk Ulusal Rehberi 2018” Anafilaksi tanı kriterleri aşağıdaki gibidir.

1. Akut olarak (dakikalar-saatler içinde) ortaya çıkan deri, mukoza veya ikisine ait tutulum belirtileri (yaygın ürtiker, kaşıntı, kızarıklık, dudaklar/dil/uvula şişliği) ve aşağıdakilerden en az biri

a. Solunumun bozulması (örn. dispne, hışıltı (hışıltı) /bronkospazm, stridor, PEF azalması, hipoksemi)

b. Kan basıncında azalma veya uç organ fonksiyon bozukluğu ile ilişkili belirtiler (örn. hipotoni (kollaps), senkop, inkontinans)

2. Hastanın olası bir allerjen ile karşılaşmasından sonra hızla (dakikalar-saatler içinde) aşağıdakilerden iki veya daha fazlasının oluşması

a. Deri, mukoza veya ikisine ait tutulum belirtileri (yaygın ürtiker, kaşıntı, kızarıklık, dudaklar/dil/uvula şişliği)

b. Solunumun bozulması (örn. dispne, hışıltı (hışıltı) / bronkospazm, stridor, PEF azalması, hipoksemi)

c. Kan basıncında azalma veya uç organ fonksiyon bozukluğu ile ilişkili belirtiler (örn. hipotoni (kollaps), senkop, inkontinans)

d. İnatçı gastrointestinal belirtiler (örn. kramp tarzında karın ağrısı, kusma)

3. Hasta için bilinen bir allerjen ile karşılaştıktan sonra (dakikalar-saatler içinde) kan basıncının düşmesi a. Bebek ve çocuklarda: Yaşa uygun sistolik kan basıncının düşüklüğü veya sistolik kan basıncında  $>30\%$  düşme b. Erişkinlerde: Kan basıncı  $<90$  mmHg veya hastanın bazal değerinden  $>30\%$  düşme (Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği, 2018) (9).

Anafilaksi, hayatı tehdit edebilen acil bir durum olduğu için tanı konulduktan sonra hemen hızla tedavi başlanmalıdır (10).

Anafilaksi: Türk Ulusal Rehberi 2018 tedavi önerileri aşağıdaki gibidir. Tedaviye başlamadan önce hastanın vital bulguları kontrol edilmeli, ABC değerlendirilmeli, antijenle teması hızlıca kesilmelidir. Tedavide verilmesi gereken ilk ilaç adrenalindir. Yetişkin dozu 0.2-0.5 mg; çocuk dozu 0.01 mg/kg olup (maksimum doz 0,30 mg) ilaç uyluğun ön yan tarafına (vastus lateralis kasına) intramüsküler (İM) yolla verilmelidir (9).

#### **4. Astım**

Astım, hava yolu aşırı duyarlılığı ve havayolu obstrüksiyonu ile ilişkili, genellikle kendiliğinden veya tedavi ile geri dönüşlü olan kronik enflamatuar bir bozukluktur (11).

Astımlı hastalar, özellikle gece veya sabahın erken saatlerinde tekrarlayan hırıltı, nefes darlığı, göğüste sıkışma ve öksürük dönemleri yaşarlar. Bu semptomlar genellikle kendiliğinden veya tedaviyi takiben gerileyen hava akımı obstrüksiyonu ile ilişkilidir. Astım teşhisini düşündüren semptomlar, alerjen maruziyetiyle ilişki, virüs enfeksiyonu, egzersiz ve yağış, duman, güçlü kokular, dış mekan hava kirleticiler ile tetiklenme, gece kötüleşmek ve uygun astım tedavisine yanıt vermek şeklindedir. Ailede astım öyküsü veya diğer atopik hastalıklar bulunması, semptomların astıma bağlı olma olasılığını artırır, ancak yaşamda daha sonra ortaya çıkan astım genelde atopik olmayan formdadır (11).

Değişken solunumsal semptom hikayesi ile birlikte değişken hava akımı kısıtlanmasının doğrulanması tanısaldır (12).

#### **6. Besin alerjisi**

Yiyecek alerjenlerine duyarlılık, gastrointestinal sistemde (geleneksel veya sınıf 1 gıda alerjisi)veya ciltte atopik dermati olarak ortaya çıkabilir veya bazı inhalan alerjenlere karşı çapraz reaksiyona (ikincil veya sınıf 2 gıda alerjisi) neden olabilir.

Yiyecek reaksiyonları, cildi, gastrointestinal sistemi, solunum sistemini ve / veya kardiyovasküler sistemi içeren, immünoglobulin E (IgE) aracılı, IgE aracılı olmayan veya IgE aracılı olan ve IgE aracılı olmayan mix tip patofizyolojik mekanizmaları içerebilir. Yiyecekler çocuklarda en yaygın anafilaksi tetikleyicileridir ve yetişkinlerde de majör tetikleyicilerdendir. Artan besine özgü serum IgE antikoru ya da deri prick testindeki(DPT) reaksiyon çapı, artan klinik reaktivite olasılığıyla ilişkilidir ama çift kör, plasebo kontrollü besin provokasyon testi, yiyecek alerjisinin

teşhisinde altın standart olarak kalmaya devam etmektedir. Yiyecek alerjilerinin yönetimi, alerjenlerden kaçınmayı ve alerjik reaksiyonların derhal tedavisini gerektirir (13). Besin alerjenlerinden kaçınmak için hastaları ve bakıcıları, içerik etiketlerini okuma, alerjenle çapraz temastan kaçınma ve çeşitli durumlarda güvenli yemekler edinmek konusunda eğitmek gerektirir (14).

## **7. Atopik dermatit**

Atopik dermatit (AD) özellikle çocuklarda oldukça sık görülen kronik, tekrarlayıcı, kaşıntılı ve enflamatuvar bir deri hastalığıdır (15).

AD'de tanı, klinik özelliklere ve anamneze dayanarak konulmaktadır. AD tanısında deri biyopsisi ve IgE'yi de içeren laboratuvar testleri rutin olarak kullanılmamakta ve yapılması önerilmemektedir, Hanifin ve Rajka'nın tanı kriterlerine göre;

Atopik Dermatitin tanısında ana kriterlerden en az 3 tanesi bulunmalıdır.

Majör (ana) kriterler

1. Kaşıntı
2. Deri lezyonlarının tipik morfoloji ve dağılımı (adölesan ve erişkinlerde fleksural alanların, bebek ve küçük çocuklarda ise ekstansör bölümler ve yüz tutulumu)
3. Kronik, yineleyen dermatit
4. Kişisel ya da ailesel atopi öyküsü

Yardımcı kriterlerden de yine en az 3 tanesi bulunmalıdır..

Minör (yardımcı) kriterler

1. Kserozis
2. İktiyozis/palmar hiperlinearite/keratozis pilaris
3. Tip-1 deri testlerinde reaktivite
4. Artmış serum IgE
5. Erken başlangıç yaşı
6. Deri enfeksiyonlarına eğilim
7. Non-spesifik el ve ayak dermatitlerine eğilim
8. Meme başı egzeması
9. Keilitis
10. Yineleyen konjunktivit



11. “Dennie-Morgan” infraorbital kıvrımları
12. Keratokonus
13. Anterior subkapsüler katarakt
14. Orbital koyulaşma
15. Yüzde solukluk ya da eritem
16. Pitriyazis alba
17. Ön boyun kıvrımları
18. Terlemeye bağlı kaşıntı
19. Yün ve lipid çözücülere karşı intolerans
20. Perifoliküler belirginleşme
21. Besin intoleransı
22. Çevresel ve emosyonel faktörlerden etkilenme
23. Beyaz dermografizm (15)

#### **8 Diğerleri**

İlaç alerjileri, böcek alerjileri, mesleksel alerjiler, ürtiker ve anjiyoödem (3).

#### **2.4.2. Alerjik Hastalıkların Tanısı**

Alerjinin doğru teşhisi için en iyi yaklaşım, iyi hedeflenmiş ve ayrıntılı bir tıbbi geçmiş ve fizik muayeneden toplanan bilgilere dayanır. Yalnızca in vitro testlere dayanan tedavi ve profilaktik öneriler yanıltıcıdır (11).

**Tablo 1.** Alerjik hastalıkların tanısında tanı testleri ve tıbbi öykü (11)

YÖNTEM	YORUM
Öykü- fizik muayene	Bulgular alerjen maruziyeti ile korelemi?
Cilt testleri	İn vivo özgül IgE tespiti
Spesifik IgE	İn vitro özgül IgE tespiti
Bazofil Aktivasyon Testleri	Alerjen kaynaklı bazofil aktivasyonu veya mediatör salınımı
Oral provakasyon testleri	İnvivo alerjen provokasyonu ile semptomların oluşması
Patch testleri	Kontakt dermatit tanısı
Total IgE	Non spesifik alerji belirteci
Serum triptaz	Anafilaksi belirteci
Eozinofinili	Non spesifik alerji belirteci
Diğer	Spirometre, bronkoskopi, bronş provokasyon testleri vb.
Çevresel eliminasyon	Evde veya iş yerindeki alerjenlerin belirlenmesi
<b>TIBBİ ÖYKÜ</b>	
Mevcut hastalık ve bulgular: başlangıç yaşı, şüphelenilen sebep, belirli durumlar, yerler, mevsimsel düzen, sıklık, süre, belirli tetikleyicilere veya faaliyetlere ilişki, maruziyet, yemek yeme, duygular, adet dönemi, sirkadyen ritimle ilişkisi	
Çevresel maruziyet öyküsü	
Mesleki maruziyet öyküsü	
Sigara öyküsü	
Daha önceki tanı ve tedaviler ve bu tedaviye verilen cevaplar	
Hastalığın etkisi: işten veya okuldan kaybedilen gün sayısı, sosyal düzenlemeler, faaliyetlerin kısıtlanması, gece semptomlarının varlığı, programlanmamış doktor ziyaretlerinin sıklığı, acil servis ziyaretleri veya hastaneye yatış, yorgunluk, uyku bozuklukları, öğrenme ve dikkat problemleri, devamsızlık veya sunum ve cinsel	

yaşam kalitesi
Sistem muayenesi
Geçmiş tıbbi öykü
Psikososyal durum
İlaç veya besin alerjisi öyküsü
Aile öyküsü

**Tablo 2.** Alerjik hastalıkların tanısında fizik muayene (11)

<b>FİZİK MUAYENE</b>
Vital bulgular: Boy, kilo, kan basıncı ölçümü, solunum sayısı, kalp atımı sayısı
Üst solunum yolu: Farenks, burun, adenoid hipertrofi, septal deviyasyon, ağızdan nefes alma, polipler, sinüsler
Kulak: Otit, öztaki borusu disfonksiyonu
Göz: Konjonktivit
Göğüs: Bronşiyal obstrüksiyon bulguları
Cilt: Atopik dermatit, ürtiker veya diğer alerji düşündürecek bulgular

### 2.4.3 Alerjik Hastalıkların Tedavisi

Alerjik hastalıkların tedavisi, farmakoterapi, immünoterapi ve hastalara ve bakıcılara eğitim sağlanmasından oluşur ve hastaya göre kişiselleştirilmelidir. Farmakolojik tedavi düzenlenirken, ilaçların etkinliğinin, güvenliğinin ve maliyet etkinliğinin, hastanın tercihleri ve yandaş hastalıkların varlığı dikkate alınmalıdır.

H1 antihistaminikler, glukokortikosteroidler, dekonjestanlar, lökotrien reseptör antagonistleri, bronkodilatörler, antikolinerjikler, kromonlar, teofilin ve adrenalin alerjik hastalıklarda en sık kullanılan farmakoterapik ajanlardır (11).

## 2.5. Aile Hekimlerinin Alerjik Hastalık Yönetimindeki Yeri ve Rollerini

### 2.5.1. Aile Hekimlerinin Birinci Basamakta Alerjik Hastalıklar ile Karşılaşma Sıklıkları

Alerjik hastalıkların insidansı ve prevalansı global olarak giderek artmaktadır. Bu artan ihtiyaca rağmen, alerji hizmetleri dünya çapında iyileşmemiştir (16).

Alerjinin insidansı, prevalansı ve maliyeti, Avrupa'nın birçok yerinde son yıllarda önemli ölçüde artmıştır. Birçok Avrupa ülkesinde alerjik hastalıklar için tıbbi yardım arayan hastaların büyük çoğunluğu ilk olarak birinci basamağa başvurmaktadır. Bu nedenle, genel pratisyen hekimlerin alerjik hastalıkların doğru teşhis ve yönetimindeki rolleri çok büyüktür (17).

Astım, rinosinüzit, atopik dermatit ve hayatı tehdit eden gıda, ilaç ve acı soğan böcek alerjileri gibi alerjik hastalıklar, popülasyonun en az% 30'unu ve ailelerin yaklaşık% 80'ini etkiler. Alerjik hastalıklar doktorlar tarafından doğru tanınmamaktadır. Bu doğru tanıma eksikliği, önemli ölçüde doğrudan ve dolaylı maliyetlerle sonuçlanan tanı eksikliği ve sıklıkla eksik hastalık yönetimi, yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkiler, artmış morbidite ve mortalite ile sonuçlanır. Alerjik hastalıkların yönetiminde doktorlar, tanı ve etkili, uygun ilaçların kullanımında gerekli eğitim ve becerilere sahip değildir (18).

İngiltere'de yapılmış bir çalışmada 2001-2005 yılları arasında, cinsiyet standardize edilmiş multipl alerjik hastalık insidansı 2001 yılında 1000 kişi başına 4.72 iken 2005 yılında % 32.9 artarak, 1000 hasta başına 6.28'e yükselmiştir. Kayıtlı çoklu alerjik hastalık tanısının yaşam boyu yaygınlığı, % 48.9 artarak, 2001'de 1000'de 31.00'den, 2005'te 46.16'ya yükselmiştir. İlgili önemli bir cevaplanmamış soru, bu hastaların bakım kalitesi ve semptom kontrolüyle ilgilidir (19).

### **2.5.2. Aile Hekimlerinin Alerjik Hastalıklar ile İlgili Bilgi Düzeyleri**

Alerjik sorunların yaygınlığı göz önüne alındığında, tıp fakülteleri öğrencilerinin, birinci basamak hekimlerinin ve genel dahiliye uzmanlarının eğitimine ve ayrıca alerjik hastalarla ilgilenmesi muhtemel olan sistem uzmanlarının daha yüksek bir eğitim seviyesine sahip olmalarına odaklanmalıdır (20).

Nijeria'da pratisyen hekimler, aile hekimleri ve göğüs hastalıkları uzman hekimleri ile yapılmış bir çalışmada, hekimlerin sadece %20,2'sinin astım rehberlerini yeterince anladığı saptanmıştır (21).

Fletcher ve ark. Çalışmasında 1994 ve 1999 yılları arasında alerji kursuna katılan 538 öğrenciye alerji prevalansı ve tanısız testlerin uygulanması ile ilgili bir anket uygulanmış. Katılımcılar sadece %12'si DPT kullandığını belirtmiştir. Alerji

eğitiminin gelişimi ve birinci basamakta alerji hizmetlerinin uygulanması, yaygın alerjik hastalıkların teşhis ve tedavisinin iyileştirilmesini kolaylaştıracaktır önerisinde bulunulmuştur (22).

Alerjik hastalara verilen hizmetin kalitesini dūřüren önemli bir faktör, lisans veya lisansüstü düzeyde verilen veya yapılan alerji eđitimi veya eđitiminin yetersizliđidir (6,17,23).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma kesitsel analitik bir araştırma olarak planlanmıştır. Nisan 2018'de Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma ve Değerlendirme Komisyonu'ndan 29.03.2018 Tarih ve 2018.08-40 sayılı izin alındı. Ardından Haziran 2018'de İzmir İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındı.(Ek1- Ek2) Araştırmada iki aşamada planlanmıştır. İlk aşamada ölçme araçları geliştirilmiş ikinci aşamada geliştirilen ölçme araçları araştırma evrenindeki hekimlere uygulanarak kesitsel analitik araştırma modeli uygulanmıştır.

#### 3.2. Araştırma Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, 2018 yılında İzmir ili merkez ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkez'lerinde (ASM) görev yapan aile hekimleridir. İzmir il merkezine bağlı 11 merkez ilçede çalışan toplam aile hekimi sayısı, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nün resmi sitesinde yer alan bilgilere göre 875 olarak hesaplandı.

Bu evren içinde örneklem sayısı,  $n = \frac{[DEFF * Np(1-p)]}{[(d^2 / Z^2 1-\alpha/2 * (N-1) + p*(1-p))]}$  formülü kullanılarak %95 güven düzeyi, 0.05 hata payı ve %50 prevalans ile 268 olarak hesaplanmıştır. Küme örneklem yöntemiyle katılımcılar seçilmiştir. İzmir ili merkezindeki 11 merkez ilçede yer alan her bir aile sağlığı merkezi (ASM) küme olarak kabul edilmiş olup, 54 asıl ve 6 adet yedek ASM seçilmiştir. Seçilen ASM'lerde çalışan toplam 268 hekime ulaşmak hedeflenmiştir.

Çalışma İzmir il merkezinde belirlenen ASM'lerde görev yapan birinci basamak hekimleri ile görüşülerek, gönüllülük durumunda araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu uygulanarak yapılmıştır. Araştırmada küme örneklem seçimi yöntemiyle hedeflenen sayıda hekime ulaşmak için, 54 asıl ve altı yedek ASM seçilmiştir. Araştırma, küme örneklem yöntemiyle seçilen 60 ASM'de Kasım 2018- Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Tüm ASM'lere gidilmiştir ve 222 hekim ankete katılmayı kabul etmiştir. 222 adet anket uygulanmıştır. Aile hekimleri ile yüz yüze görüşülerek, gönüllülük durumunda, araştırmacı tarafından literatür ışığında hazırlanan alerjik hastalık yönetimi bilgi düzeyi ve sosyodemografik özelliklere ilişkin soruların yer aldığı anket uygulanmıştır. Yedek listesindeki ASM'lerle birlikte 222

hekime ulaşıldı ancak veri formları değerlendirilirken eksik veri olması sebebiyle 14 form değerlendirilmeye alınmadığından analizler 208 anket formu ile yapıldı.

Aynı zamanda ölçme aracı geliştirmek için de araştırmaya katılmaya gönüllü birinci basamakta görev yapan on dört hekim seçilmiştir.

Dahil edilme kriterleri: Gönüllü olmak

Hariç bırakma kriterleri: Yok

### **3.3. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama Yöntemi**

#### **3.3.1 Veri Toplama Aracının Geliştirilmesi**

Çalışmanın ilk aşamasında hekimlerin alerjik hastalık yönetimindeki bilgi düzeylerini ölçme amacıyla "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi" geliştirildi. Soru formu oluşturulmasında delfi tekniği kullanıldı. İlk olarak 'Determination of required knowledge and skills for primary care of allergy patients.' çalışması deneyimli araştırmacılar tarafından Türkçe'ye çevrildi (24). Bu çalışmada Delphi yöntemi kullanılarak alerji hastalarının birinci basamak bakımı için gerekli bilgi ve beceriler belirlenmiştir.

Wallengren ve ark yaptıkları bu çalışmanın ilk aşamasında, İsveç'in her şehrinden, alerji alanında yetkin ve deneyimli uzman hekimler, alerjik hastalıkların birinci basamakta tanı ve tedavisi için gerekli, temel yeterlilikleri belirlemek için toplanmış. 15 pratisyen hekim, 15 uzman ve 5 astım/ KOAH hemşiresi davet edilmiş. Bu panelde katılımcılardan yazılı olarak alınan tüm öneriler dört ana başlık altında toplanmış: bilgi düzeyi, tanı, tedavi, iletişim. Sonuçta 80 maddelik bir anket oluşturulmuş (24).

İkinci aşamada, 80 maddeden oluşan anketler e-mail yoluyla pratisyen hekim ve hemşirelere gönderilmiş ve bu maddelerin 4 'lü likert ölçeği üzerinden 1- gerekli değil, 2- istenen, 3- önemli, 4- gerekli şeklinde puanlanması istenmiş. Puan ortalaması 3,25'in üzerinde olan maddeler bir sonraki ankete taşınmış (24).

Üçüncü aşamada son anket, 32 kişiden oluşan bir önceki grup ve ayrıca yedi birinci basamak hekimine soruldu. Maddelerin katılıyorum, katılmıyorum, bilmiyorum şeklinde cevaplanması istendi. Katılımcıların % 75'i tarafınca gerekli görülen

maddeler, ortaya çıkan sonuç anketine taşındı ve bu 46 madde, alerji hastalarının birinci basamak bakımı için gerekli temel yeterlilikler olarak belirlendi (24).

Wallengren ve ark tarafından yapılan çalışmada belirlenen alerji hastalarının birinci basamak bakımı için gerekli 46 temel yeterlilik, uzman araştırmacılar tarafında Türkçe 'ye çevrildi. Bu 46 temel yeterlilik, öğrenim hedefleri olarak tanımlandı ve bilgi düzeyi, tanı, tedavi ve iletişim adı altında 4 ana başlıkta toplandı. 46 öğrenim hedefinden oluşan 'Aile Hekimleri alerjik hastalıkların yönetiminde hangi yeterliliklere sahip olmalıdır?' anketi oluşturuldu. (Ek-3)

Alerjik hastalıklar konusunda yetkin, bir genel dahiliye, iki göğüs hastalıkları, bir genel pediatri, bir çocuk alerji ve yedi aile hekimliği uzmanından oluşan 12 hekimlik gruba elektronik posta yoluyla "Aile hekimleri alerjik hastalıkların yönetiminde hangi yeterliliklere sahip olmalıdır?" başlığı altında kırk altı maddeden oluşan anket mail yoluyla gönderildi ve maddelerin uygunluk ve gerekliliği hakkındaki görüşleri istendi. Uzmanlar sorgulanması gereken maddeleri 3'lü likert ölçeği üzerinden; gerekli, yararlı ancak gereksiz, gereksiz olarak değerlendirdi.

İlk turun sonunda kapsam geçerlilik ölçütü on iki uzman hekim için  $p=0,05$  anlamlılık düzeyinde minimum değer 0,56 alındığında 29 maddenin kullanılabilir olduğu saptandı. Sonraki adımda birinci anketin aynısı, her öğrenim hedefinin yanına kapsam geçerlilik oranları eklenerek, aynı on iki uzman hekime gönderildi ve ilk anketteki cevapları diğer hekimlerle uzlaşa sağlamak için, gözden geçirmeleri istendi. Hekimlerden cevaplarını tekrar değerlendirip, değiştirmek istedikleri cevapları, yeni cevaplar başlığı altında her öğrenim hedefinin yanına yazmaları istendi.

İkinci turun sonunda kapsam geçerlilik ölçütü on iki uzman hekim için  $p=0,05$  anlamlılık düzeyinde minimum değer 0,56 alındığında 25 maddenin kullanılabilir olduğu saptandı.

Her bir öğrenim hedefi için literatür ışığında, araştırmacı tarafından o öğrenim hedefi konusundaki bilgi düzeyini ölçmeye yönelik iki soru hazırlandı. Toplam elli soru içeren 'Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi' oluşturuldu. Anket birinci



basamakta çalışan hekimlerin, alerjik hastalıkları yeterli oranda yönetip yönetemediklerini ölçmek için hazırlandı.

'Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi' araştırmaya katılmaya gönüllü birinci basamakta görev yapan on iki hekime uygulandı. Maddelerin ayırt ediciliği ve güçlüğü hesaplandı. Gerekli sorular tekrar düzenlendi. Anket formu, Ek-4'de mevcuttur.

### **3.3.2. Veri Toplama Araçları**

Veri toplamak aracı olarak 'Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi ve katılımcıların sosyodemografik ve bazı özelliklerini sorgulayan veri toplama formu kullanıldı. Veri toplama forumunun ilk kısmında, katılımcının yaşını, cinsiyetini, akademik durumunu (pratisyen hekim, aile hekimliği uzmanı veya başka bir branşın uzmanı), hekim olarak çalıştığı yıl sayısını, birinci basamakta çalıştığı yıl sayısını, alerjik hastalık durumunu, ailesinde alerjik hastalık durumunu, mezun olduğu tıp fakültesini, alerjik hastalık konusunda eğitim alıp almadığını, alerjik hastalıklar konusunda çalışma yapıp yapmadığını, son bir haftada polikliniğine kaç hasta başvurduğunu, son bir haftada polikliniğine alerjik şikayetlerle kaç hasta başvurduğunu sorgulayan çoktan seçmeli ve yazılı 12 adet soru mevcuttur. AHYBA'nde katılımcının alerjik hastalıkların yönetimindeki bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik 50 soru mevcuttur. AHYBDA'de alerjik hastalıkların yönetimi için sahip olmaları gereken toplam 25 adet temel yeterlilik için oluşturulmuş, 50 sorudan oluşmaktadır. Her temel yeterliliği sorgulayan 2 adet soru vardır. Anket 4 alt başlıktan oluşmaktadır. Bu alt başlıklar bilgi(16 soru), tanı(10 soru), tedavi(14 soru) ve iletişimdir(10 soru). Katılımcıların bilgi düzeyini ölçmeye yönelik bu sorular doğru-yanlış soruları şeklinde hazırlanmıştır. Her soru için 3 cevap seçeneği vardır, bu cevap seçenekleri doğru, yanlış ve bir fikrim yok şeklindedir. AHYBDA değerlendirilirken doğru cevaplar 2, yanlış cevaplar ve bir fikrim yok cevabı 0 puan olarak değerlendirilir.

Hekimlerin anket sonuçları 5 ana başlık altında değerlendirildi: bilgi puanı, tanı puanı, tedavi puanı, iletişim puanı ve toplam puan.

Eğitim ve öğretim sürecinin önemli bir parçası olan ölçme ve değerlendirme,

belirlenen öğrenim hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığına karar vermede kullanılır.<sup>25</sup> Değerlendirme, ölçme çıktılarının bir ölçütle karşılaştırılarak, bir karara varılması işidir. Ölçütsüz değerlendirme yapılamaz. Ölçüt, ya daha önceden, tespit edilmiş bir standarttır ya da gruba bağlı olarak çıkarılmış bir puandır. Ölçüt, önceden kesin olarak belirlenmişse mutlak ölçüt, grubun ortalama başarısı gibi grubun başarısı göz önüne alınarak belirlenmiş bir norm ise bağıl ölçüt adını alır (26).

Norm dayanaklı değerlendirmeler kişilerin başarısı ile grup başarısını karşılaştırmayı sağlayan formal değerlendirmelerdir. Bu doğrultuda grubun sayıtımına göre kişileri ya da nesneyi grup ile karşılaştırır ve bağıl ölçüt kullanır (27).

Yükseköğretim kurumlarında başarılı varsayılmak için gerekli olan en düşük puanlar incelendiğinde ise yine farklılıklar göze çarpmaktadır. Bazı üniversitelerde bir dersten başarılı sayılmak için 60 ve üzeri not almak gerekirken, diğer üniversitelerde 50 ve üzerinde not almak yeterli olabilmektedir. Bunun yanında norm ve ölçüt dayanaklı değerlendirmelerin birlikte yapıldığı bazı üniversitelerde derslerden başarılı sayılmak için gerekli olan en düşük puan, üniversite birimleri arasında farklılık göstermektedir. Bu doğrultuda bir dersi başarıyla bitirmek için bağıl değerlendirme yapılan derslerde 60 ve üzeri, ölçüt ile değerlendirme yapılan derslerde 50 ve üzeri puan almak yeterlidir (27).

Norm-referanslı (bağıl) değerlendirmeye göre not vermede sınıfın aritmetik ortalaması ve standart sapması hesaplanır. Bu değerlere ve kullanılan not sistemine göre bir ölçek hazırlanır (28,29).

Bizim çalışmamızda katılımcıların AHYBDA'inden aldıkları ortalama puan 59,81(36-76) idi. Bağıl değerlendirme yöntemi benimsenerek anketimizin kesme puanı 60 olarak belirlenmiştir. AHYBDA'inden 60 puanın üzerinde alanlar başarılı, 60 puanın altında alanlar başarısız olarak değerlendirilmiştir.

### **3.4. Araştırmanın Uygulanması**

Hazırlanan 4 sayfalık veri toplama formu yüzyüze görüşme tekniğiyle basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilen ASM'lerde çalışan 223 hekim tarafından yanıtlandı. Bazı formların eksik olması sebebiyle 208 form değerlendirildi.

### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

'Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi' değerlendirilirken, her doğru yanıt için 2 puan, yanlış yanıt için 0 puan verilmiştir. Hesaplanan puanlar, 5 ana

başlık altında değerlendirilmiştir: Bilgi düzeyi puanı, tanı puanı, tedavi puanı, iletişim puanı ve toplam puan.

### **3.5.1 Bağımlı değişkenler**

1. Bilgi düzeyi puanı
2. Tanı puanı
3. Tedavi puanı
4. İletişim puanı
5. Toplam puan

### **3.5.2. Bağımsız Değişkenler**

1. Sosyo-demografik değişkenler

### **3.6. İstatistiksel Analiz**

İstatistiksel analizlerde SPSS 22.0 paket programı kullanıldı Tüm veriler için tanımlayıcı analizler (aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımları) yapılmış, karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için Pearson korelasyon testi ve bağımsız gruplarda T testi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Tanımlayıcı Bulgular

01.10.2018- 30.10.2018 tarihleri arasında "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi" (AHYBDA) cevaplayan 208 kişi çalışmaya alındı. Araştırmaya dahil edilen 208 katılımcının %39,4'ü (82) kadın, %60,6'u (126) erkek olup, yaş gruplarına göre dağılımları; 35 yaş ve altı %2,9 (6), 26-45 yaş arası %19,7 (41), 36-45 yaş arası %19,4 (41), 46-55 yaş arası %55,3 (115), 56 yaş ve üstü %22,1 (46) kişi olarak bulunmuştur (Tablo 3). 46-55 yaş arası katılımcıların daha çok olduğu görüldü. Katılımcıların yaş ortalaması  $50,34 \pm 6,90$  (min:27, max:66) idi. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımları Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımları

	Sayı (n)	Yüzde(%)
<b>Yaş grupları</b>		
35 yaş ve altı	6	2,9
36-45 yaş	41	19,7
46-55 yaş	115	55,3
56 yaş ve üstü	46	22,1
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	82	39,4
Erkek	126	60,6
<b>TOPLAM</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya katılan tüm doktorların %16,3'ü (34) uzman aile hekimi, %83,2'si (173) pratisyen aile hekimiydi.

**Tablo 4.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımları

	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Hekimlik yılları</b>		
10 yıl ve altı	8	3,8
11-20 yıl	48	23,1
21-30 yıl	111	53,4
31 yıl ve üstü	41	19,7
<b>Ünvanları</b>		
Uzman	34	16,3
Pratisyen	173	83,2
Diğer	1	0,5
<b>Birinci basamakta çalışma yılları</b>		
5 yıl altı	13	6,3
6-10 yıl	22	10,6
11-15 yıl	34	16,3
16-20 yıl	34	16,3
21-25 yıl	42	20,2
25-30 yıl	37	17,8
31 yıl ve üstü	26	12,5
<b>TOPLAM</b>	<b>208</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların %3,8'i (8) 10 yılın altında, %23,1'i (48) 11- 20 yıl arası, %53,4'ü (111) 21-30 yıl arası, %19,7'si (41) 31 yılın üstünde hekimlik yaptığını belirtti. Katılımcıların hekimlik yıllarının ortalaması  $24,69 \pm 6,09$  (min:1, max:40) idi.

Katılımcıların %49,5'i (103) 20 yıl ve altında, %51,5'i (105) 21 yıldan fazla süre birinci basamakta çalıştığını belirtti. Katılımcıların birinci basamakta çalışma yıllarının ortalaması  $20,36 \pm 8,97$  (min:0, max:40) idi (Tablo 4).

Çalışmaya katılan hekimlerin %28,8'i (60) alerjik hastalığı olduğunu, % 71,2'si alerjik hastalığı olmadığını ifade etti. Katılımcıların % 3,8'i (8) alerjik astım, %13'ü (27) alerjik rinit tanısı olduğunu söyledi (Tablo 5).

Katılımcıların %42,8'inin (89) ailesinde alerjik hastalık öyküsü (atopi) vardı (Tablo 5).



**Tablo 5.** Katılımcıların alerjik hastalık durumlarının ile ilgili bazı değişkenlerin dağılımı

	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Alerjik hastalık varlığı</b>		
Var	60	28,8
Yok	148	71,2
<b>Alerjik hastalık tanısı</b>		
Alerjik astım	8	13,3
Alerjik rinit	27	45
Atopik dermatit	4	6,6
Kronik ürtiker	1	1,6
Penisilin alerjisi	1	1,6
Dermatit	1	1,6
Venom alerjisi	1	1,6
Yok	163	78,4
<b>Atopi varlığı</b>		
Var	89	42,8
Yok	119	57,2
<b>TOPLAM</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

**Tablo 6.** Katılımcıların polikliniklerine başvuran hastaların bazı özelliklerine göre dağılımları

	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde(%)</b>
<b>Alerjik şikayetlerle başvuran hasta (Son bir hafta)</b>		
Hiç hasta başvurmayan	8	3,8
5 ve altında hasta	48	23,1
6-10 hasta	52	25
11-20 hasta	48	23,1
21-40 hasta	31	14,9
41 ve üstü hasta	21	10,1
<b>Polikliniğe başvuran hasta (son bir hafta)</b>		
100 ve altında hasta	11	5,3
101-200 hasta	34	16,3
201-300 hasta	75	36,1
301-400 hasta	54	26
400-500 hasta	27	13
500 hasta ve üstü	7	3,4
<b>TOPLAM</b>	<b>208</b>	<b>100</b>



Çalışmaya katılan hekimlerin, son bir haftada polikliniklerine başvuran hasta sayısı ortalaması  $304,7 \pm 118,6$  (min:10, max:600) idi. Son bir haftada, katılımcıların %5,3'üne (11) 100 ve altında hasta, %16,3'üne (34) 101-200 hasta, %36,1'ine (75) 201-300 hasta, %26'sına (54) 301-400 hasta, %13 (27)'üne 401-500 hasta, %3,4'üne (7) 500 ve üstünde hasta, herhangi bir şikayetle başvurmuştur (Tablo 6).

Çalışmaya katılan hekimlerin, son bir haftada polikliniklerine, herhangi bir alerjik şikayetle başvuran hasta sayısı ortalaması  $18,43 \pm 21,9$  (min:0, max:200) idi. Son bir haftada, katılımcıların %3,8'ine (8), alerjik şikayetleri olan hiçbir hasta başvurmazken, katılımcıların %23,1'ine (48) 5 ve altında hasta, %25'ine (52) 6-10 hasta, %23,1'ine (48) 11-20 hasta, %14,9'una (31) 21-40 hasta, %10,1'ine (21) 41 ve üstünde hasta herhangi bir alerjik şikayetle başvurmuştur (Tablo 6). Katılımcıların polikliniklerine başvuran hasta sayıları ile ilgili veriler Tablo 6'da görülmektedir.

Katılımcıların %51'i (106) alerjik hastalıklar konusunda hiçbir eğitici etkinliğe katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %6,7'si (14) kongreye, %12'si (25) seminere, %2,4'ü (5) kursa, %13'ü (27) eğitime, %13,9'u (29) birden fazla eğitici etkinliğe katıldığını belirtti. Katılımcıların alerjik hastalıklar konusundaki katıldıkları eğitimlere göre dağılımları Tablo 7'de görülmektedir.

**Tablo 7.** Katılımcıların alerjik hastalıklar konusundaki katıldıkları eğitimlere göre dağılımları

	Sayı (n)	Yüzde(%)
<b>Alerjik hastalıklar ile ilgili eğitim etkinliklerine katılma</b>		
Hiçbir eğitici etkinliğe katılmayanlar	106	51
Kongre	14	6,7
Seminer	25	12
Kurs	5	2,4
Eğitim	27	13,0
Diğer	2	1,0
Birden fazla	29	13,9
<b>Mezun oldukları üniversite</b>		
Büyükşehir	140	67,8
Diğer	68	32,2
<b>TOPLAM</b>	<b>208</b>	<b>100</b>

**Tablo 8.** Katılımcıların "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi"nden aldıkları puanların ortalamaları

<b>Sorular</b>	<b>Doğru cevaplayanlar % (n)</b>	<b>Yanlış Cevaplayanlar % (n)</b>
Soru 1	56,7(118)	43,3(90)
Soru 2	78,8(164)	21,2(44)
Soru 3	72,6(151)	27,4(57)
Soru 4	65,4(136)	34,6(72)
Soru 5	91,8(191)	8,2(17)
Soru 6	5,3(12)	94,7(188)
Soru 7	77,9(162)	22,1(46)
Soru 8	46,2(96)	53,8(112)
Soru 9	22,1(46)	77,9(162)
Soru 10	57,8(120)	29,4(88)
Soru 11	51,0(106)	49,0(102)
Soru 12	94,2(196)	5,8(12)
Soru 13	98,6(205)	1,4(3)
Soru 14	75(156)	25(52)
Soru 15	31,7(66)	68,3(142)
Soru 16	12,5(26)	87,5(182)
Soru 17	84,1(175)	15,9(33)
Soru 18	67,8(141)	32,2(67)
Soru 19	96,6(201)	3,4(7)
Soru 20	69,2(144)	30,8(64)
Soru 21	90,9(189)	9,1(19)
Soru 22	39,4(82)	60,6(126)
Soru 23	16,8(35)	83,2(173)
Soru 24	29,8(62)	70,2(146)
Soru 25	84,1(175)	15,9(33)
Soru 26	54,3(113)	45,7(95)
Soru 27	80,3(167)	19,7(41)

Soru 28	39,4(82)	60,6(126)
Soru 29	27,4(57)	72,6(151)
Soru 30	90,4(188)	9,6(20)
Soru 31	36,1(75)	63,9(133)
Soru 32	67,3(140)	32,7(68)
Soru 33	68,8(143)	31,3(65)
Soru 34	10,6(22)	89,4(186)
Soru 35	30,3 (63)	69,7(145)
Soru 36	21,6(45)	78,4(163)
Soru 37	29,8(62)	70,2(146)
Soru 38	69,2(144)	30,8(64)
Soru 39	95,2(198)	4,8(10)
Soru 40	26,4(55)	73,6(153)
Soru 41	60,6(126)	39,4(82)
Soru 42	52,4(109)	47,6(99)
Soru 43	26,4(55)	73,6(153)
Soru 44	85,1(177)	14,9(31)
Soru 45	95,2(198)	4,8(10)
Soru 46	88,9(185)	11,1(23)
Soru 47	95,2(198)	4,8(10)
Soru 48	82,2(171)	17,8(37)
Soru 49	71,6(149)	28,4(59)
Soru 50	69,7(145)	30,3(63)

Katılımcıların "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" sorularına doğru yanıt oranlarının dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir. En düşük oranda doğru cevaplanan soru %5,7 ile altıncı soru (Zeynep hanımda ABC'yi değerlendirip ve hemen uyuşuna epinefrin (1: 1,000) 1 ml IM uygulanmalıdır.) iken, en yüksek oranda doğru cevaplanan soru %98,1 ile on üçüncü soru (Burun tıkanıklığı, burun ve göz çevresinde kaşıntı, şişmiş göz kapakları, hapşırma ve öksürük belirtileri alerjik rinitte sık görülen bulgulardır.) olmuştur (Tablo 8).

Katılımcıların "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi'nden aldıkları puanlara göre, bilgi puanı ortalamaları  $20,13 \pm 3,8$  (min:10, max:30), tanı puanı ortalamaları  $12,02 \pm 3,0$  (min:6, max:18), tedavi puanı ortalamaları  $13,12 \pm 3,0$  (min:4, max:20), iletişim puanı ortalamaları  $14,5 \pm 3,0$  (min:0, max:20) ve toplam puan ortalamaları  $59,8 \pm 8,2$  (min:36, max:76) idi. Katılımcıların "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi'nden aldıkları puanların ortalamaları Tablo 9'da görülmektedir.

**Tablo 9.** Katılımcıların "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi'nden aldıkları puanların ortalamaları

Alt grup puanları	Ortalama (minimum- maksimum)	Standart Sapma (SS)
Bilgi puanı (0-32)	20,13 (10- 30)	$\pm 3,8$
Tanı puanı (0-20)	12,02 (6- 18)	$\pm 2,9$
Tedavi puanı (0-28)	13,12 (4- 20)	$\pm 3,0$
İletişim puanı (0-20)	14,55 (0- 20)	$\pm 3,0$
Toplam puan (0-100)	59,81 (36- 76)	$\pm 8,2$

En düşük oranda doğru yanıt verilen öğrenim hedefleri, adrenalın otoenjektör reçetesi için endikasyonlar, ilaç reaksiyonları: ani ve gecikmiş, akciğer oskültasyonu, alerjik akut astımın tedavisi ve önlenmesi, anafilaksi tedavisi, akut şiddetli alerjik reaksiyonla baş etme, sedatif olmayan antihistaminiklerle ürtiker tedavisi idi (Ek 3).

## 4.2. Analitik Bulgular

### 4.2.1. Katılımcıların Yaş, Birinci Basamakta Çalışma Yılı, Başvuran Hasta Sayılarının Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" Puanları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların yaşlarının AHYBD anket puanları ile korelasyonu Tablo 15'te özetlenmiştir. Katılımcıların yaşları arttıkça iletişim puanlarının ve toplam puanlarının azaldığı saptanmış olup, aradaki ilişki zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $r=-0,159$ ,  $p=0,019$ ,  $r=-0,144$ ,  $p=0,038$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10.** Katılımcıların AHYBD anket puanlarının yaş ile ilişkisinin değerlendirilmesi

		Yaş	Bilgi puanı	Tanı puanı	Tedavi puanı	İletişim puanı	Toplam puan
Yaş	Korelasyon katsayısı (r) <sup>¥</sup>	1	-0,051	-0,085	-0,080	-0,159*	-0,144*
	p değeri		0,462	0,224	0,249	0,022	0,038
	n	208	208	208	208	208	208

¥ Pearson korelasyon katsayısı, \*p<0.05, \*\*p<0.01

Katılımcıların anket puanlarının, katılımcıların hekimlik yılı ile korelasyonu, Tablo 11'de özetlenmiştir. Katılımcıların hekimlik yılı arttıkça iletişim puanların azaldığı saptanmış olup, aradaki ilişki zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=-0,148, p=0,033) (Tablo 11).

**Tablo 11.** Katılımcıların AHYBD anket puanlarının hekimlik yılı ile ilişkisinin değerlendirilmesi

		Hekimlik yılı	Bilgi puanı	Tanı puanı	Tedavi puanı	İletişim puanı	Toplam puan
Hekimlik yılı	Korelasyon katsayısı (r) <sup>¥</sup>	1	-0,08	-0,043	-0,061	-0,148*	-0,090
	p değeri		0,912	0,534	0,380	0,033	0,196
	n	208	208	208	208	208	208

¥ Pearson korelasyon katsayısı, \*p<0.05, \*\*p<0.01

Katılımcıların birinci basamakta çalışma yıllarının, AHYBD anket puanları ile korelasyonu Tablo 12'te özetlenmiştir. Katılımcıların birinci basamakta çalışma yılı arttıkça iletişim puanların azaldığı saptanmış olup, aradaki ilişki zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (r=-0,152, p=0,028) (Tablo 12).

**Tablo 12.** Katılımcıların AHYBD anket puanlarının birinci basamakta çalışma yılı ile ilişkisinin değerlendirilmesi

		Birinci basamakta çalışma yılı	Bilgi puanı	Tanı puanı	Tedavi puanı	İletişim puanı	Toplam puan
Birinci basamakta çalışma yılı	Korelasyon katsayısı (r) <sup>¥</sup>	1	0,018	-0,072	-0,081	-0,152*	-0,105
	p değeri		0,793	0,300	0,243	0,028	0,131
	n	208	208	208	208	208	208

¥ Pearson korelasyon katsayısı, \*p<0.05, \*\*p<0.01

**Tablo 13.** Aile hekimlerinin anket puanlarının, bir haftada polikliniklerine herhangi bir şikayete başvuran hasta sayısı ile ilişkisi

		Son bir haftada başvuru	Bilgi puanı	Tanı puanı	Tedavi puanı	İletişim puanı	Toplam puan
Son bir haftada polikliniğe başvuran hasta	Korelasyon katsayısı (r) <sup>¥</sup>	1	0,40	0,126	0,027	0,070	0,101
	p değeri		0,562	0,069	0,703	0,316	0,145
	n	208	208	208	208	208	208

¥ Pearson korelasyon katsayısı, \*p<0.05, \*\*p<0.01

Katılımcıların anket puanlarının, katılımcıların son bir haftada polikliniklerine herhangi bir şikayete başvuran hasta sayısı ile korelasyonu, Tablo 13'te özetlenmiştir. Son bir haftada polikliniğe başvuran hasta sayısı ile puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 13).

Katılımcıların anket puanlarının, katılımcıların son bir haftada polikliniklerine alerjik şikayetlerle başvuran hasta sayısı ile korelasyonu, Tablo 14'te özetlenmiştir.

Son bir haftada polikliniğe başvuran hasta sayısı ile puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 14).

**Tablo 14.** Aile hekimlerinin anket puanlarının, bir haftada polikliniklerine alerjik şikayetlerle başvuran hasta sayısı ile (AŞBHS) ilişkisi

		AŞBHS	Bilgi puanı	Tanı puanı	Tedavi puanı	İletişim puanı	Toplam puan
AŞBHS	Korelasyon katsayısı (r) <sup>¥</sup>	1	0,068	0,097	0,065	-0,031	0,080
	p değeri		0,332	0,165	0,349	0,657	0,250
	n	208	208	208	208	208	208

¥ Pearson korelasyon katsayısı, \*p<0.05, \*\*p<0.01



#### 4.2.2. Katılımcıların Bazı Özellikleri ile "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" Puanları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyetlerine göre "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" alt grup puan ortalamalarının değerlendirilmesi Tablo 15'te özetlenmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" alt grup ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır (Tablo 15).

**Tablo 15.** Katılımcıların cinsiyetlerine göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı

Anket Puanları	Cinsiyet	Sayı(n)	Ortalama	ss	p
Bilgi puanı	Kadın	82	20,2	3,6	0,67
	Erkek	126	20,0	4,0	
Tanı puanı	Kadın	82	12,4	3,1	0,06
	Erkek	126	11,7	2,8	
Tedavi puanı	Kadın	82	12,7	3,2	0,19
	Erkek	126	13,3	2,9	
İletişim puanı	Kadın	82	14,2	3,4	0,17
	Erkek	126	14,7	2,7	
Toplam puan	Kadın	82	59,7	8,5	0,91
	Erkek	126	59,8	8,0	

\*p<0.05

**Tablo 16.** Katılımcıların ünvanlarına göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı

Anket puanları	Ünvan	Sayı(n)	Ortalama	ss ±	p
Bilgi puanı	Uzman	35	20,0	3,7	0,08
	Pratisyen	173	20,1	3,9	
Tanı puanı	Uzman	35	13,1	2,8	0,01*
	Pratisyen	173	11,8	2,9	
Tedavi puanı	Uzman	35	13,1	3,4	0,89
	Pratisyen	173	12,9	3,0	
İletişim puanı	Uzman	35	15,5	2,8	0,02*
	Pratisyen	173	14,3	3,0	
Toplam puan	Uzman	35	61,9	8,0	0,09
	Pratisyen	173	59,3	8,2	

\*p<0.05

Katılımcıların ünvanlarına göre "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" alt grup puan ortalamalarının değerlendirilmesi Tablo 16'da özetlenmiştir. Uzman aile hekimlerinin pratisyen hekimlere göre "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" tanı (13,1±2,8; 11,8±2,9) ve iletişim (15,5±2,8; 14,3±3,0) puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olarak saptanırken (p=0,01, p=0,02), ünvana göre toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 16).

Katılımcıların alerjik hastalık eğitim durumlarına göre "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" alt grup puan ortalamalarının değerlendirilmesi Tablo 17'de özetlenmiştir. Eğitime katılan hekimlerin katılmayan hekimlere göre "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" toplam puan ( $61,6 \pm 7,85$ ;  $58,0 \pm 8,21$ ) ve bilgi puanı ortalamaları ( $21,1 \pm 3,76$ ;  $19,1 \pm 3,79$ ) daha yüksek olarak saptanmıştır ( $p=0,01$ ,  $p=0,01$ ) (Tablo 17).

**Tablo 17.** Katılımcıların eğitime katılma durumlarına göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı

Anket puanları	Alerjik hastalık eğitimi	Sayı(n)	Ortalama	ss±	p
Bilgi puanı	Var	102	21,1	3,76	0,01*
	Yok	106	19,1	3,79	
Tanı puanı	Var	102	12,3	2,61	0,11
	Yok	106	11,7	3,29	
Tedavi puanı	Var	102	13,5	3,08	0,07
	Yok	106	12,7	3,04	
İletişim puanı	Var	102	14,6	3,08	0,64
	Yok	106	14,4	3,00	
Toplam puan	Var	102	61,6	7,85	0,01*
	Yok	106	58,0	8,21	

\* $p < 0.05$

**Tablo 18:** Katılımcıların alerjik hastalık durumlarına göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı

Anket puanları	Alerjik hastalık durumu	Sayı(n)	Ortalama	ss±	p
Bilgi puanı	Var	60	20,4	4,1	0,51
	Yok	148	20,0	3,8	
Tanı puanı	Var	60	12,4	2,9	0,17
	Yok	148	11,8	3,0	
Tedavi puanı	Var	60	13,5	3,0	0,26
	Yok	148	12,9	3,3	
İletişim puanı	Var	60	15,1	2,6	0,07
	Yok	148	14,3	3,6	
Toplam puan	Var	60	61,5	7,7	0,05
	Yok	148	59,1	9,4	

\*p<0.05

Katılımcıların alerjik hastalık durumlarına göre "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" alt grup puan ortalamalarının değerlendirilmesi Tablo 18'de özetlenmiştir. Alerjik hastalığı olan hekimlerinin olmayan hekimlere göre AHYBDA puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ )(Tablo 18).

**Tablo 19.** Katılımcıların ailede alerjik hastalık durumuna göre AHYBD anket alt grup ve toplam puan ortalamalarının dağılımı

Anket puanları	Ailede alerjik hastalık durumu	Sayı(n)	Ortalama	ss±	p
Bilgi puanı	Var	89	20,3	3,5	0,54
	Yok	119	19,9	4,1	
Tanı puanı	Var	89	12,3	3,1	0,21
	Yok	119	11,8	2,9	
Tedavi puanı	Var	89	13,2	3,0	0,65
	Yok	119	13,0	3,1	
İletişim puanı	Var	89	14,7	2,7	0,54
	Yok	119	14,4	3,2	
Toplam puan	Var	89	60,5	8,0	0,26
	Yok	119	59,2	8,3	

\*p<0.05

Katılımcıların ailelerinde alerjik hastalık olma durumlarına göre "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" alt grup puan ortalamalarının değerlendirilmesi Tablo 19'da özetlenmiştir. Ailelerinde alerjik hastalık olma durumuna göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo19).

## 5.TARTIŞMA

### 5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya dahil edilen 208 katılımcının %39,4' ü (82) kadın, %60,6'sı (126) erkek idi. Çolak'ın 2016 yılında İzmir'de birinci basamak doktorlarında yaptığı araştırmada kadın oranı %32,7, erkek oranı %67,3 saptanmıştır. Kahraman'ın 2011 yılında İzmir'de birinci basamak hekimlerine yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde, hekimlerin %39,8'i kadın, %60,2 i erkek idi (30). Araştırmaya dahil edilen 208 katılımcının yaş ortalaması  $50,34 \pm 6,9$  idi. Çolak'ın 2016 yılında İzmir'de birinci basamak doktorlarında yaptığı araştırmada yaş ortalaması  $48,05 \pm 6,11$ , Kahraman'ın 2011 yılında İzmir'de birinci basamak hekimlerine yaptığı çalışmada, yaş ortalaması  $43,21 \pm 7,00$  olarak bulunmuştur (31). Araştırmaya dahil edilen 208 katılımcının %16,3'i (34) uzman aile hekimi, %83,7'ü (173) pratisyen aile hekimi, %0,5'i (1) halk sağlığı uzmanı idi. Kahraman'ın 2011 yılında İzmir'de birinci basamak hekimlerine yaptığı çalışmada %12,5 uzman, %87,5 ise pratisyen aile hekimiydi. Araştırmaya dahil edilen 208 katılımcının hekimlik yıllarının ortalaması  $24,69 \pm 7$  (min:1, max:40) idi. Kahraman'ın 2011 yılında İzmir'de birinci basamak hekimlerine yaptığı çalışmada meslekteki ortalama süreleri  $18,90 \pm 6,24$  (5-35) yıl idi. Bizim çalışmamızdaki tanımlayıcı verilerimiz, Kahraman ve Çolak'ın İzmir birinci basamak hekimleriyle yaptıkları çalışmalarındaki verilerle benzer özellikler göstermektedir.

Araştırmaya dahil edilen 208 katılımcının %51,2'si (108) alerjik hastalıklar konusunda hiçbir eğitici etkinliğe katılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %6,6'sı (14) kongreye, %11,8'i (25) seminere, %2,4'ü (5) kursa, %12,8'i (27) eğitime, %14,2'si (30) birden fazla eğitici etkinliğe katıldığını belirtti. Daha önce yapılan çalışmalarda alerjik hastalıkların yönetiminde karşılaşılan en büyük problemlerden birinin birinci basamak hekimlerinin bilgi düzeyi eksikliği olduğu ve alerji eğitiminin sağlık çalışanlarına birinci basamak seviyesinde sağlanması gerektiği bildirilmiştir (32). Birinci basamak bakım sonuçta alerji ile gelen hastaların ilk bakımını sağlamalıdır, ancak birinci basamakta ciddi geliştirmeler yapılması gereklidir. Aile hekimlerinin ve birinci basamak hemşirelerinin alerji konusunda eğitilip, alerji pratiklerini geliştirilmeleri gereklidir (6,33,34). Aile hekimleri, haklı olarak, alerjik hastalıkları olan hastalar için ilk başvuru noktasıdır. Bununla birlikte, pratisyen hekimler(aile hekimleri)

alerji konusunda çok az eğitim alırlar veya hiç eğitim almazlar (çoğu tıp öğrencisi alerjinin klinik uygulamasında eğitim almaz) ve lisansüstü seviyede alerjik hastalık eğitimi için kaynaklar sınırlıdır (35).

Bizim çalışmamızda son bir haftada polikliniklerine, herhangi bir alerjik şikayete başvuran hasta sayısı ortalaması  $18,43 \pm 21,9$  idi. Bu verilere dayanarak, çalışmaya katılan hekimlerin, son bir haftada polikliniklerine başvuran hastaların %15'inin alerjik şikayetleri mevcuttur. Alerjik şikayetler toplumda yüksek prevalansla görülür. Dünya sağlık örgütüne göre alerji prevalansı %10-40 arasında değişiklik göstermektedir.

### **5.2. Katılımcılara Uygulanan AHYBDA Değerlendirilmesi**

Çalışmamızda kullandığımız AHYBD anketi doğru yanlış testi olarak geliştirilmiştir.

Doğru yanlış testlerinde, katılımcı cevaplarını sadece bir harf veya işaretle kaydeder, böylece sınav süresini sorular hakkında düşünmek için harcayacağından daha geniş konularda bilgi düzeyleri ölçülebilir. Tüm cevaplar doğru ve yanlış olarak kodlandığı için puanlaması tamamen objektiftir. Madde yapısı basit görünse de ileri düzeyde bilgileri ölçmeye de elverişlidir. Doğru yanlış testlerinin olumsuz yanı ise, sadece iki cevap seçeneği bulunduğu için önermenin doğru olup olmadığını bilmeden işaretleyen bir katılımcının doğru cevabı tutturabilme şansı yüksektir (36).

### **5.3. Katılımcıların AHYBDA Puanlarının Değerlendirilmesi**

Bizim çalışmamızda katılımcıların AHYBDA'ından aldıkları ortalama puan 59,81 (36-76) idi. Bağlı değerlendirme yöntemi benimsenerek anketimizin kesme puanı 60 olarak belirlenmiştir. AHYBDA'ından 60 puanın üzerinde alanlar başarılı, 60 puanın altında alanlar başarısız olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamıza katılan 208 birinci basamak hekiminin %43,2'sinin (90) anketten aldığı puan, ortalama puanın altındadır. Çalışmamıza katılan 208 birinci basamak hekiminin %43,2'sinin(90) alerjik hastalıkların yönetimindeki bilgi düzeyleri yetersizdir (28).

Yapılan birçok çalışmada aile hekimlerinin farklı alerjik hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu gösterilmiştir. Gupta ve ark çalışmasında besin alerjisiyle ilgili sordukları bilgi sorularının %61'ini bilmişlerdir (37).

İngiltere'de Ryan ve arkadaşlarının birinci basamakta yaptıkları çalışmada, alerjik rinitin yönetimi ile ilgili hekimlerin karşılaşması gereken standartlar

tanımlanmıştır. Çalışmaya katılan 190 birinci basamak hekiminden sadece %13,8'i semptomların tanınması ile ilgili standartları karşılayabilmişlerdir. Hekimlerin sadece %22,9'u klinik tanıyı desteklemek için bilgi toplama standardını karşılarken, hiçbir hekim klinik teşhisi desteklemek için inceleme ve test standardını karşılayamamıştır. Hekimlerin sadece %0,6'sı hastalığın tedavisi ve yönetimi standardını karşılayabilmıştır (38).

Roberts ve arkadaşlarının Avrupa'da çok merkezli olarak gerçekleştirdikleri çalışmada sadece astım rehberi (Gina veya yerel rehberler) (76.9%) yaygın olarak kullanılıyordu. Dermatitin yönetiminde hekimlerin sadece %34'ü herhangi bir rehber kullanıyordu (39).

Türkiye'de çok merkezli olarak birinci basamakta yapılmış müdahale çalışmasında aile hekimlerinin çocukluk çağı alerjilerinin sistemik yapısı ve atopik yürüyüş ile ilgili ölçülen bilgi düzeyleri, verilen eğitim sonrasında önemli düzeyde artmıştır (40).

Çalışmamızda, en düşük oranda doğru yanıt verilen öğrenim hedefleri, adrenalin otoenjektör reçetesi için endikasyonlar, ilaç reaksiyonları: ani ve gecikmiş, akciğer oskültasyonu, alerjik akut astımın tedavisi ve önlenmesi, anafilaksi tedavisi, akut şiddetli alerjik reaksiyonla baş etme, sedatif olmayan antihistaminiklerle ürtiker tedavisi idi. Erkoçoğlu M ve ark yaptığı çalışmada hekimlerin %53,1'i anafilaksi tedavisinde epinefrini ilk ilaç olarak seçerken, sadece %16,6'sı dozunu doğru bilmışlerdir. Bizim çalışmamızda %77,6'sı anafilaksi durumunda acil tedavi uygulanmasının gerekliliğini bilirken sadece %5,3'ü uygulanması gereken epinefrin dozuna doğru cevabı vermiştir. Anafilaksi hızlı başlangıçlı, hayatı tehdit edici, multisistemik aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak tanımlanır. Tanısı tıbbi öykü ve klinik bulgular ile konulan bu hastalık hızla tanınmalı ve erken müdahale edilmelidir (41). Anafilaksi klinik bir acil durumdur ve tüm sağlık profesyonelleri tanı, tedavi, takip ve yönetimine aşina olmalıdır (42). Çalışmamıza katılan 202 hekimin sadece %5,3'ünün uygulanması gereken epinefrin dozunu bilmesi anafilaksinin acil müdahalesindeki bilgi eksikliğini göstermektedir.

Sarrell ve ark yaptığı İsrail'de yaptığı çalışmada astım yönetiminde birinci basamak hekimlerinin %76'sı rehberlerden faydalandığını, ancak sadece %29'u son bir yıl içinde astımla ilgili bir eğitime katıldığını belirtmiş (43). Tüm birinci basamak



hekimlerinin astım konusundaki bilgilerini daha sık güncellemesi gerektiği sonucuna varılmış. Bizim çalışmamızda astımla ilgili sorulara verilen düşük yanıt oranı bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda uzman aile hekimlerinin, pratisyen hekimlere göre "Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" tanı ve iletişim puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanırken, ünvana göre toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bunun sebebi Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi müfredatının, alerjik hastalıklar ve anafeksi konularını içermesi ve hekimlerin uzmanlık eğitimi süresince daha iyi bir eğitim alması olabilir. Katılımcıların iletişim puan ortalamalarının daha yüksek saptanmasının sebebi yine, Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi müfredatının, WONCA tarafından tanımlanmış aile hekiminin sahip olması gereken çekirdek yeterliliklerin içinde yer alan bütüncül yaklaşımı, kişilere yaklaşımda biyopsikososyal bir model kullanabilmeyi içermesi olabilir. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Uzmanlığı tanımında yine aile hekimi uzmanından, rahatsızlıklarının yönetim planlarını hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslara oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendiren hekimler olarak bahseder (44).

Katılımcıların hekimlik yılları arttıkça iletişim puanların azaldığı saptanmış olup, aradaki ilişki zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Shanafeld ve ark İngiltere'de 2011-2014 yılları arasında yaptıkları çalışmada stresli bir ortamda çalışmaktan kaynaklanan fiziksel ve zihinsel tükenmişliğin, tüm hekimlerin % 50'sinde ve aile hekimlerinin %63'ünde olduğu bildirilmiştir ve görülme sıklığı gittikçe artmaktadır (45,46). Hekimlik yıllarının artması ve iletişim puanlarının azalması arasındaki ilişki, hekimlerin tükenmişliği ile ilişkili olabilir ancak bu konuda daha çok çalışma yapılmasında ihtiyaç vardır. Tükenmişliğin çalışma hayatı üzerinde yarattığı olumsuz durumlardan biri, hekimlerin hastalara yetersiz ilgi gösterilmesidir. İnsanlarla çalışmanın getirdiği duygusal gerginlik, hekimlerin diğer insanlarla daha az iletişim kurmalarına sebep olur (47).

Katılımcılardan herhangi bir eğitime katılanların Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" bilgi ve toplam puan ortalamaları, daha yüksek olarak saptanırken, tanı, tedavi ve iletişim puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Özellikle Birinci Basamakta alerji hizmetlerini geliştirmek için tıp

fakültelerindeki alerji eğitimini geliştirmek önerilmektedir. İngiltere’de yayınlanan bir çalışmada, genel pratisyenlerin ezici çoğunluğunun, alerji yönetimi konusunda hiçbir eğitimi olmadığını tespit edilmiş; dörtte birinden daha azı alerjinin yönetimi için herhangi bir klinik kılavuz bilgisine sahip olduğu; ve ilk etapta alerji testi yapmak ve klinik tanı koymak için eğitimsiz pratisyen hekimler arasında genel bir isteksizlik olduğu saptanmıştır (32).

Haftada poliklinik sayısına göre Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anket" puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştı. Staal ve ark yaptığı çalışmada, Hollanda’da birinci basamak hekimlerinin endometriozis konusunda bilgi puanları ölçülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde, bilgi puanları ve yılda endometriozis ön tanısı ile değerlendirilen hasta sayısı arasında korelasyon bulunamamıştır(48). Hekimlerin daha çok ya da daha az sayıda alerjik hasta görmesi, hekimlerin alerjik hastalıklar konusundaki bilgi eksiklerinin farkına varmalarını sağlamadığı söylenebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, 2018 yılı Kasım ayında İzmir İli merkez ilçelerinde çalışan 208 aile hekiminin alerjik hastalıkların yönetimindeki bilgi düzeyi durumları değerlendirildi.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin AHYBDA'nden aldıkları ortalama puan yetersizdi. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin alerjik hastalık yönetimi konusundaki bilgi düzeyleri yetersizdi.

Katılımcılardan herhangi bir eğitime katılanların alerjik hastalık yönetimi konusundaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızda eğitime katılmak, toplam puan ortalamasını etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda uzman aile hekimlerinin, pratisyen hekimlere göre alerjik hastalık yönetimi konusundaki tanı ve iletişim bilgi düzeyleri daha yüksek olarak saptandı.

Katılımcıların son bir haftada polikliniklerine başvuran hasta sayısı ve alerjik hasta sayısı, alerjik hastalıkların yönetimi konusunda ki bilgi düzeylerini etkilememiştir.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin hekimlik yılları ve yaşları arttıkça alerjik hastalık yönetimi konusundaki bilgi düzeyleri azalmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, aile hekimlerinin alerjik hastalıkların yönetimi konusunda bilgi düzeyleri yetersizdir. Hekimlerin meslekte çalışma yılları arttıkça azalan iletişim düzeylerinin iyileştirilmesinde, hekimlerin tükenmişliğinin önlenmesi önemlidir. Alerjik hastalıklarla ilgili eğitime katılma durumu alerjik hastalık yönetimini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Tıp fakültesi eğitim müfredatının ve pratik eğitimin, mezuniyet sonrası tıp eğitiminin alerjik hastalıklar açısından tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir. Sağlık bakanlığı tarafından birinci basamağa yönelik, alerjik hastalıkların yönetimi doğrultusunda bir eğitim takvimi hazırlanması ve mezuniyet sonrası eğitimlerin sıklığı ve ulaşılabilirliğinin artırılması önerilir.

## 7.KAYNAKLAR

1. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema. *Lancet* 1998; 351: 1225–32
2. Pawankar R, Holgate ST, Canonica GW, Lockey RT, Blaiss MS, editors. WAO White Book on Allergy Update 2013. World Allergy Organization; 2013. p. 11–9.
3. Kurt E, Metintas S, Basyigit I, Bulut I, Coskun E, Dabak S, et al. Prevalence and Risk Factors of Allergies in Turkey (PARFAIT): results of a multicentre crosssectional study in adults. *Eur Respir J* 2009;33:724-33.
4. Ryan D, Levy M, Morris A, Sheikh A, Walker S. Management of allergic problems in primary care: time for a rethink. *Primary Care Resp J* 2005;14:195–203.
5. Stukus DR, Green T, Montandon S V, Wada KJ. Deficits in allergy knowledge among physicians at academic medical centers. *Ann Allergy, Asthma Immunol.* 2019;115(1):51-55.e1.
6. Gupta RS, Elizabeth E, Kim JS, et al. Food Allergy Knowledge, Attitudes, and Beliefs of Primary Care Physicians. *Pediatrics.* 2010 Jan;125(1):126-32.
7. Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J.* 2004 Nov;24(5):758-64.
8. Buters JTM. Pollen allergens and geographical factors. In: Akdis C, Agache I, editors. *Global atlas of allergy*, chapter 31. Zurich: European Academy of Allergy and Clinical Immunology; 2014. p. 36–8.
9. Lee TH. Allergy: the unmet need. *ClinMed* 2003;3:303–305.
10. Ramirez M. Horse asthma following blood transfusion: Report of a case. *J Am Med Assoc.* 1919; 73:984
11. Gemicioğlu B. Allerji Tanımı ve immünopatogenezi. *Allerjiler Sempozyumu* 15-16 Mart 2001, İstanbul, s. 9-19
12. Oettgen H, Broide DH. Middleton's Allergy Essentials 2017, Pages 1-27. In: *Allergy.* Fourth Edi. Elsevier Ltd; 2012:1-32.
13. Angier E, Willington J, Scadding G, Holmes S, Walker S. Management of allergic and non-allergic rhinitis: A primary care summary of the BSACI guideline. *Prim Care Resp J.* 2010;19(3):217-222.
14. Klimek L, Bachert C, Pfaar O, et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic

- rhinitis in the German health system. *Allergo J Int.* 2019;28(7):255-276.
15. Orlandi RR, Kingdom TT, Hwang PH. International Consensus Statement on Allergy and Rhinology: Rhinosinusitis Executive Summary. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2016;6(September 2015):S3-S21.
16. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al. EPOS 2012 - EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology.* 2012 Mar;50(1):1-12.
17. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği, Anafilaksi Türk ulusal rehberi 2018. *Astım Allerji İmmünoloji*, Cilt / Volume: 16, Ek Sayı/Supplement: 1, Nisan / April, 2018
18. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 Update. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126(3):477-480.e42.
19. Kılınç O, Akgün M. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2016 Güncellemesi. *Turkish Thorac J.* 2016;17(4):1-96.
20. Sampson HA, Aceves S, Bock SA, James J ve ark. Practice parameter Food allergy: A practice parameter update-2014. *J Allergy Clin Immunol.* 2014 Nov;134(5):1016-25.e43.
21. Oettgen H, Broide DH. Middleton's Allergy Essentials 2017, Pages 301-343. In: *Allergy.* Fourth Edi. Elsevier Ltd; 2012:1-32.
22. Ertam İ, Alper S, Sarıcaoğlu H, Karadağ AS. Türkiye atopik dermatit tanı ve tedavi kılavuzu-2018. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereology* 2018;52:6-23.
23. Diwakar L, Cummins C, Lilford R, Roberts T. Systematic review of pathways for the delivery of allergy services. *BMJ Open.* 2017 Feb 7;7(2):e012647.
24. Jutel M, Angier L, Palkonen S, et al. Improving allergy management in the primary care network – a holistic approach. *Allergy.* 2013 No v;68(11):1362-9.
25. Sánchez-Borges M, Martin B. L, Muraro A. M, Wood R. A et al. The importance of allergic disease in public health: An iCAALL statement. *World Allergy Organization Journal*, 11(1), [8].
26. Simpson CR. Incidence and prevalence of multiple allergic disorders recorded in a national primary care database. *J R Soc Med.* 2008 Nov 1; 101(11): 558–563.
27. Warner JO, Kaliner A, Crisci CD, Giacco D, Frew J. *Allergy Practice Worldwide :*

- A Report by the World Allergy Organization Specialty and Training Council. *Int Arch Allergy Immunol.* 2006;139(2):166-74.
28. Umoh VA, Ukpe IE. Knowledge of the asthma guidelines among doctors in a tertiary hospital in Nigeria. *Indian J Allergy Asthma Immunol* 2012;26:77-82
29. Fletcher M, Howe M, Sm W. Abstracts presented at GPIAG / NARTC Congress 200 Allergic e Disease in Primary Care. *Nat Publ Gr.* 2001;10(3):74.
30. Agache I, Ryan D, Rodriguez MR, Yusuf O, Angier E, Jutel M. Allergy management in primary care across European countries - Actual status. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol.* 2013;68(7):836-843.
31. Wallengren, J. Identification of core competencies for primary care of allergy patients using a modified Delphi technique. *BMC Med Educ* 11, 12 (2011).
32. Turan Oluk N, Ekmekçi G. Alternatif Değerlendirme Teknikleri İle Geleneksel Değerlendirme Tekniklerinin Öğrenci Başarısını Ölçme Açısından Karşılaştırılması. *Eğitim ve Toplum Araştırmaları Dergisi/JRES*, 4(2), 172-199, 2017.
33. Turgut, M. F. & Baykul, Y. (2011). Eğitimde ölçme ve değerlendirme. (3.Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
34. Çukadar İ. Norm Ve Ölçüt Dayanaklı Değerlendirmelerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bir Çalışma, Ankara, 2013, Yüksek Lisans Tezi.
35. Turgut, MF. ve Baykul, Y. (2015). Eğitimde ölçme ve değerlendirme, Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
36. Akyıldız M. Açık ve uzaktan öğretimde ölçme ve değerlendirme politikaları. *AUAd* 2015, Cilt 1, Sayı 3, 8-25.
37. Kahraman, H. Birinci Basamakta Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin, Huzursuz Bacak Sendromu Konusundaki Eğitim Gereksinimlerinin Araştırılması. İzmir, 2011. Uzmanlık Tezi.
38. Çolak, M. Birinci Basamakta Çalışan Hekimlere Yönelik Şiddetin Farklı Boyutlarıyla Değerlendirilmesi. İzmir,2016. Uzmanlık Tezi.
39. House of Commons Health Committee.The provision of allergy services. Sixth Report of Session 2003–04 Volume I.
40. Levy M. Should UK allergy services focus on primary care? *BMJ* 2006;332:1347–8.
41. Royal College Of Physicians And Royal College Of Pathologists. Good Allergy

- Practice-Standards Of Care For Providers And Purchasers Of Allergy Services Within The National Health Service. *Clin Exp Allergy*. 1995 Jul;25(7):586-95.
42. Ewan PW, Durham SR. NHS allergy services in the UK : proposals to improve allergy care. *Clin Med (Lond)*. 2002 Mar-Apr;2(2):122-7.
43. Ebel, R. L. & Frisbie, D. A. (1991). *Essentials of Educational Measurement*. (Fifth Edition). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
44. Ryan D, Grant-casey J, Scadding G, et al. Management of allergic rhinitis in UK primary care : baseline audit. *Nat Publ Gr*. 2005;14(4):204-209.
45. Roberts N, Papageorgiou P, Partridge MR. Delivery of Asthma and Allergy Care in Europe Delivery of Asthma and Allergy Care in Europe. *Journal of Asthma*. 2009 ; October 46(8):767-72 .
46. Yilmaz O, Reisli I, Tahan F, Orhan F et al. Influence of education on primary care physicians ' knowledge on childhood allergy as a systemic disease and the atopic march. *Allergol Immunopathol (Madr)*. 2011 Mar-Apr;39(2):73-8.
47. Sipahi S, Tamay ZÜ. Anafilaksiye Yaklaşım. *Çocuk Dergisi* 16(3-4):86-91, 2016.
48. EAACI. *Anaphylaxis : Guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology*. 2013.
49. Sarrell EM, Mandelberg A, Cohen HA, Kahan E. Compliance of Primary Care Doctors with Asthma Guidelines and Related Education Programs: the Employment Factor. *Isr Med Assoc J*. 2002 Jun;4(6):403-6.
50. Wonca Europe. *Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik- Avrupa Tanımı*. 2002.
51. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2019;90(12):1600-1613. doi:10.1016/j.mayocp.2015.08.023.
52. Puffer JC, Knight HC, Neill TRO, Baxley EG. Prevalence of Burnout in Board Certified Family Physicians See Related Commentary on. *J Am Board Fam Med*. 2017 Mar-Apr;30(2):125-126.
53. Işıkhani, V. (2016) Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu, Akciğer Kanserinde Destek Tedavisi, TÜSAD Eğitim Kitapları Serisi, 366-391.
54. Staal AH, van der Zanden M, Nap AW.. Diagnostic Delay of Endometriosis in the Netherlands. *Gynecol Obstet Invest*. 2016;81(4):321-4.

## 8.EKLER

### 1. Ek 1- Etik Kurul İzni

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

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3844-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/> ÖÇM <input type="checkbox"/> YÜKSEKLİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İzmir İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Alerjik Hastalıkları Tanıma ve Yönetmedeki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Vildan MEVSİM Aile Hekimliği A.D
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>


DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>




KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/08-40	Tarih:29.03.2018
	Prof.Dr.Vildan MEVSİM'in sorumlusu olduğu "İzmir İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Alerjik Hastalıkları Tanıma ve Yönetmedeki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, Dephi tekniği sonrasında son aşamaya gelen ölçek formunun gönderilmesi koşuluyla etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
<b>ETİK KURUL ÜYELERİ</b>		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Gül Ergör
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Nejat
Prof.Dr. Mehmet Refik MAS	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Mehmet Refik MAS
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Müge KIRAY
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Sevda ÖZKARDEŞLER
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Sülen SARIOĞLU
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Bilge KARA
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	M.Aylin ARICI
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Murat BEKTAŞ
Doç.Dr.Yasemin SOYSAL	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Moleküler Tıp Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Yasemin SOYSAL
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Ahmet Can BİLGİN
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U.Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Mehmet Erhan ÖZKUL

## 2. Ek 2- İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 77597247-604.02  
Konu : Prof. Dr. Vildan MEVSİM'in  
Araştırma Başvurusu

**KARAR**

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**(Aile Hekimliği Anabilim Dalı)**

İlgi : 21/09/2018 tarihli ve 77597247-604.02-392 sayılı yazı.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Vildan MEVSİM sorumluluğunda yapılmak istenen "İzmir İl Merkez İlçelerindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Alerjik Hastalıkları Tanıma ve Yönetmedeki Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi" konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından yapılan değerlendirme neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir" öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmî Gazete' de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu"nu hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılacağı hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminin ve katılımcıların onayı çerçevesinde çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca aile hekimlerinin

İletişim bilgilerinin verilmeyeceği ancak araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması durumunda araştırmanın yapılabileceği kararına varılmıştır.

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur." denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.  
Dr. Hakan BAYRAKCI  
MÜDÜR  
Başkan

Ek: Araştırma İzin Talebi (Prof. Dr. Vildan MEVSİM)

### 3. Ek 3- 'Aile Hekimleri alerjik hastalıkların yönetiminde hangi yeterliliklere sahip olmalıdır?' Anketi

#### Aile Hekimleri alerjik hastalıkların yönetiminde hangi yeterliliklere sahip olmalıdır?

Sayın Katılımcı,

Bu anketin amacı, Aile Hekimlerinin alerjik hastalıkların yönetiminde sahip olması gereken yeterlilikleri size sunmak ve bu maddelere hangi düzeyde katıldığınızı belirlemektir. Lütfen her bir yeterlik maddesine ilişkin görüşünüzü ölçek üzerindeki 1'den 3'e kadar sıralı rakamlardan birini yeterlik maddesinin yanına yazarak belirtiniz.

Katınız için teşekkür ederiz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Aile Hekimliği AD

Ölçek: 1- Gerekli 2- Yararlı /yetersiz 3-Gereksiz

#### BİLGİ DÜZEYİ

	Aile Hekimleri alerjik hastalıkların yönetiminde <b>BİLGİ DÜZEYİ</b> olarak hangi yeterliliklere sahip olmalıdır?	Gerekli	Yararlı /yetersiz	Gereksiz
		1	2	3
1	Polen, akar ve hayvanlara karşı gelişen alerji belirtileri			
2	Huş ağacı ve pelin otu çapraz tepkileri, oral <u>alerji sendromu</u>			
3	Laktoz <u>intoleransı</u>			
4	Akut ürtiker / <u>anjioödem</u> in tetikleyici faktörleri			
5	<u>Anafilaksin</u> in tanımı			
6	Yiyecek, ilaç, eşek arısı veya arıdan <u>anafilaksi</u> gelişmesi			
7	Adrenalin otoenjektör reçetesi için <u>endikasyonlar</u>			
8	<u>İntolerans-alerji</u> ayırımı			
9	Farklı <u>allerjenler</u> panellerine neler <u>dahil</u> edilir?			
10	<u>Enfeksiyöz</u> astım ve <u>KOAH</u> 'ın temel mekanizmaları			
11	Burun ve <u>sinüs</u> deki alerjik ve <u>non-alerjik</u> rinitin ve organik bozuklukların temel mekanizmaları			
12	Burunda ve <u>sinüste</u> akut ve kronik bulaşıcı hastalıklar			
13	Ürtiker mekanizmaları			
14	İlaç reaksiyonları: Ani ve gecikmiş			
15	Solunum yollarında ve cilde <u>enflamatuar</u> bozuklukların tedavisinde kullanılan ortak ilaçların temel mekanizmaları			
16	Farklı farmakolojik tedavi seçenekleri (uzmanlar tarafından reçete edilenler <u>dahil</u> )			
17	Ne zaman bir uzmana danışılmalı			
18	Çocuklarda <u>spesifik IgE</u> 'nin ortaya çıkması nedeniyle, belirli gıdalardan sakınılması kararının pediatriye danışılmadan verilmemesi			

**TANI**

	<i>Aile Hekimleri alerjik hastalıkların yönetiminde <b>TANI KOYMADA</b> hangi yeterliliklere sahip olmalıdır?</i>	Gerekli	Yararlı /yetersiz	Gereksiz
		1	2	3
19	Öykü; mevsimsel alerjiler, çapraz alerjiler de dahil olmak üzere (Önerilen öykünün bir anket aracılığıyla alınması)			
20	Göz, burun ve deri muayenesi			
21	Akciğer oskültasyonu			
22	Obstrüktif akciğer hastalığının basit araştırması			
23	Rinitin basit araştırması			
24	Tip 1 ve tip 2 alerjilerin basit araştırması			
25	Spesifik IgE bakılmasının gerekli olduğu durumlar			
26	Spirometri ve PEF eğrisinin okunması			
27	Spirometri uygulama			
28	Temas alerjisi bulguları ve bir dermatologa sevk			

**TEDAVİ**

	<i>Aile Hekimleri alerjik hastalıkların yönetiminde <b>TEDAVİ KONUSUNDA</b> hangi yeterliliklere sahip olmalıdır?</i>	Gerekli	Yararlı /yetersiz	Gereksiz
		1	2	3
29	Alerjik rinokonjunktivit tedavisi (antihistaminik, nazal kortikosteroid ve göz damlası)			
30	İdiyopatik veya vazomotor rinit gibi alerjik olmayan rahatsızlıkların tedavisi			
31	Alerjik akut astımın tedavisi ve önlenmesi			
32	Çocuklarda alerjik akut astım tedavisi			
33	Akut şiddetli alerjik reaksiyonla baş etme			
34	Anafilaksi tedavisi			
35	Atopik egzama tedavisi; nemlendiriciler, yeterli potensli topikal steroidler ve sistemik steroidlerden kaçınılması			
36	Sedatif olmayan antihistaminiklerle ürtiker tedavisi			
37	Kaşıntı tedavisi			

**İLETİŞİM**

	<i>Aile Hekimleri alerjik hastalıkların yönetiminde <b>İLETİŞİMDE</b> hangi yeterliliklere sahip olmalıdır?</i>	Gerekli	Yararlı /yetersiz	Gereksiz
		1	2	3
38	Öyküyü sorgulamak için yeterli zaman ayırmak			
39	İlgi, bağlılık ve empati göstermek			
40	Özgül IgE için özenli konsültasyon notu yazma			
41	Hastaya basit bir şekilde alerjinin ne olduğunu ve sonuçlarını açıklamak			
42	Egzama ve rinokonjunktivit tedavisi hakkında temel tavsiyeler vermek			
43	Hastayı adrenalın otomatik enjektörün nasıl kullanılacağı konusunda bilgilendirmek			
44	Hastanın istikrarlı bir bilgi aldığından emin olmak için bir takım olarak (doktor ve hemşire) eğitim kurslarına katılmak			
45	Meslektaşları ve diğer personel kategorileri ile işbirliği yapma			
46	Hastanede bir uzmanla düzenli işbirliği kurmak			

#### 4. Ek 4- Araştırmada Kullanılan Alerjik Hastalıkların Yönetimi Bilgi Düzeyi Anketi

##### ALERJİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ BİLGİ DÜZEYİ ANKETİ

Değerli katılımcı, Bu anket formu Aile Sağlığı Merkezinde çalışan hekimlerin alerjik hastalık yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerini öğrenmek amacıyla yapılan araştırma için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneğin sonundaki seçeneği yuvarlak içine alınız. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araştırma yapan araştırmacının:

Adı- Soyadı: Merve Uygunsöy

Tel: 0232 412 49 51

Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

1	Yaşınız	
2	Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> 1. Kadın <input type="checkbox"/> 2. Erkek
3	Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz?	
4	Ünvanınız nedir?	<input type="checkbox"/> 1. Aile hekimi uzmanı <input type="checkbox"/> 2. Pratisyen hekim <input type="checkbox"/> 3. Diğer ( Lütfen belirtiniz ..... )
5	Kaç yıldır birinci basamakta çalışıyorsunuz?	.....
6	Daha önce alerjik hastalıklar konusunda herhangi bir eğitim, kurs, kongre, seminere katıldınız mı? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz. )	<input type="checkbox"/> 1. Hayır katılmadım. <input type="checkbox"/> 2. Kongreye katıldım. <input type="checkbox"/> 3. Seminere katıldım. <input type="checkbox"/> 4. Kursa katıldım. <input type="checkbox"/> 5. Eğitime katıldım. <input type="checkbox"/> 6. Diğer (Lütfen belirtiniz ..... )
7	Daha önce alerjik hastalıklarla ilgili bir çalışma yürüttünüz mü?	<input type="checkbox"/> 1. Hayır <input type="checkbox"/> 2. Evet (Nedir? Lütfen belirtiniz ..... )
8	Alerjik hastalığınız (alerjik rinit, astım, besin – ilaç alerjisi, ürtiker vb.) var mı?	<input type="checkbox"/> 1. Hayır <input type="checkbox"/> 2. Evet (Ne kullanıyorsunuz? Lütfen belirtiniz ..... )
9	Ailenizde alerjik hastalığı olan var mı?	<input type="checkbox"/> 1. Hayır <input type="checkbox"/> 2. Evet
10	Son bir haftada polikliniğinize kaç hasta başvurdu?	.....
11	Son bir haftada polikliniğinize kaç hasta alerjik şikayetlerle başvurdu?	.....
12	Hangi tıp fakültesinden mezunsunuz?	..... Üniversitesi

1. Ateş ve döküntü, alerjik hastalıklarda alerjen maruziyetine karşı sık gelişen belirtilerendir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
2. Alerjik hastalıklarda hastaların şikayetleri kış aylarında artar.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
3. Küçük çocuklarda akut ürtiker etyolojisinde yumurta, süt, soya, fıstık ve buğday en sık suçlanan gıdalar iken, daha büyük yaştaki çocuklarda balık, kabuklu deniz ürünleri ve fındık sorumlu tutulmuştur. Enfeksiyonlar pediatrik akut ürtiker olgularının yarısında etiyolojiden sorumlu tutulmaktadır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
4. Sigara, dental implant ve protezler, amalgam diş dolgusu kronik spontan ürtiker etyolojisinde rol oynar.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok

26 yaşındaki Zeynep, ormanlık alanda yürüyüşe çıktığı sırada sol ayak bileğinden ısırılıyor. Birkaç dakika içerisinde ısırik yerinde kızamıklik oluşuyor. On dakika sonra nefes darlığı ve göğüste sıkışma hissi tarifliyor. Hasta yakınları hastaneye götürülürken, yolda bilinci kapanıyor. Hastayı en yakın aile sağlık merkezine getiriyorlar. Hasta aile sağlık merkezine getirildiğinde yaygın ürtikeri mevcut, santral siyanozu var. Tıbbi öyküsünde bir özellik yok. İlaç kullanım öyküsü yok. Bilinen alerjisi yok. Daha önce hiçbir şeye buna benzer reaksiyon vermemiş.

Lütfen 5,6,7 ve 8. Soruları yukarıdaki vaka üzerinden cevaplayınız.

5. Zeynep hanımda ani olarak ortaya çıkan deri, mukoza veya ikisine ait tutulum belirtileri ve solunumun bozulması kesin anafilaksi tanısı koydurur.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
6. Zeynep hanımda ABC'yi değerlendirip ve hemen uyluğuna epinefrin (1: 1,000) 1 ml IM uygulanmalıdır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
7. Zeynep hanıma aile sağlık merkezi koşullarında bir tedavi uygulanmamalı ve acil servise sevk edilmelidir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
8. Zeynep Hanım, yanında sürekli adrenalin oto enjektörü taşımalıdır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
9. Daha önce iz miktarda (çok az) alerjen maruziyetiyle sistemik reaksiyon gelişen hastalara 1 miligramlık adrenalin enjektörü reçete edilmelidir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
10. Bilinen bir alerjisi olmayan 46 yaşında, erkek hasta, yer fıstığı yedikten sonra ani gelişen karın ağrısıyla aile sağlık merkezine başvuruyor. Fizik muayenesi normal olan bu hastada sistolik kan basıncının 80, diyastolik kan basıncının 60 ölçülmesi anafilaksi tanısı koydurur.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
11. Böcek ve anı alerjilerinde immünoterapi tedavisi yapılması ileride oluşabilecek alerji belirtilerini %90-98 önler.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
12. İlaç alerjilerinde çapraz reaksiyonlar sebebiyle başka ilaçlara karşı anafilaksi gelişebilir  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
13. Burun tıkanıklığı, burun ve göz çevresinde kaşıntı, şişmiş göz kapakları, hapşırma ve öksürük belirtileri alerjik rinitte sık görülen bulgulardır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
14. Alerjik rinit astım için bir risk faktörü değildir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
15. Tüm ilaç hipersensitivite reaksiyonları tip 1 hipersensitivite reaksiyonudur.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok

16. Erken ilaç hipersensitivite reaksiyonlar en son ilaç alımından sonra, ilk 48 saat içinde ortaya çıkar. Tipik semptomları ürtiker, anjiyo ödem, konjonktivit, rinit, bronkospazm, gastrointestinal semptomlar (bulantı, kusma, diyare, karın ağrısı), anafilaksi veya anafilaktik şok şeklindedir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
17. Çocuklarda astım tanısı konulması ve tedavi düzenlenmesinde alerji- immünoloji uzmanına danışılması gereklidir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
18. Akut ürtiker tanısı alan hastalar, tedavi düzenlenmesi için bir uzmana sevk edilmelidir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
19. Özgeçmiş ve soygeçmişte, atopi öyküsü olması, alerjik hastalık tanısını destekler.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
20. Alerjik hastalıkların tanısı, sadece pozitif deri prick testi ile konur.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
21. Gözlerde kızarıklık, nazal polip, konka hipertrofisi, dispne alerjik hastalıklarda sık görülen bulgularındandır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
22. Peteşi ve purpura alerjik hastalıklarda sık görülen cilt bulgularındandır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
23. Astımlı bir hastada, oskültasyonda inspiyumda süresince duyulan whizing obstrüksiyonun en önemli bulgusudur.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
24. İnce Raller, inspiyumun sonunda duyulan hafif şiddetli, kısa süreli sürekli, seslerdir. Hastanın öksürmesi ile kaybolurlar.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
25. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanı ve değerlendirmesinde spirometre altın standarttır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
26. Astımda hastanın aktif şikayeti yoksa fizik muayene bulgusu yoktur  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
27. Fizik muayenede sarı- yeşil renkli burun akıntısı alerjik rinit tanısını destekler.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
28. Pozitif deri prick testi vazomotor rinit tanısını destekler.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
29. Alerjik rinit tedavisinde oral ve nazal antihistaminikler, nazal dekonjestanlar ve oral kortikosteroidler kullanılır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
30. Kısa etkili antihistaminikler 4-6 saatte bir, uzun salınımlı antihistaminikler 12-24 saatte bir kullanılabilir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
31. Nazal antihistaminiklerin alerjik olmayan rinitin tedavisinde yeri yoktur.  
1. Doğru  2. Yanlış 3 Bir fikrim yok
32. Vazomotor rinitte burun tıkanıklığı, geniz akıntısı ön plandaysa tedavide öncelikli olarak nazal topikal kortikosteroidler verilir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok

30 yaşında kadın hasta, son üç bahar mevsimi boyunca giderek kötüleşen nefes darlığı ve hırıltılı nefes şikayetleriyle polikliniğine başvuruyor. Daha önceden astım tanısı olan hasta, 2 yaşındayken immünoterapi tedavisi aldığını söylüyor. Çocukluğundan beri hiç astım atağı geçirmemiş. Şu anda nefes darlığı ve hırıltısı için günlük loratadin ve gerektiğinde albuterol kullanıyor.



Her gün 4 kilometre koşan hasta, son bir aydır altı kez koşuya çıktıktan sonra gelişen nefes darlığı sonucu 2 fıs albuterol kullanması gerekmiş. İlaçla şikayetleri gerilemiş. Bir ayda iki kez gündüz sebebi olmayan ve 3-4 saat süren nefes darlığı tarifliyor. Gece öksürüğü yok, uykuları düzenli. Her gün koşmaya devam ediyor.

33 ve 34. Soruları yukarıdaki vaka üzerinden cevaplayınız.

33. Astım tanılı hastanın semptom kontrolü yetersizdir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
34. Tedavi olarak düşük doz inhaler kortikosteroid + lökotrien reseptör antagonisti tedavisi başlanmalıdır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
35. Akut şiddetli alerjik reaksiyonların mekanizması anafilaktik reaksiyonlardan farklıdır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
36. Astım tanılı bir hastada akut şiddetli alerjik reaksiyon geliştiğinde, tedaviye salbutamol eklenmesi üst hava yolu obstrüksiyonunu engeller.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
37. Hidroksizin HCl ürtiker tedavisinde kullanılan 2. nesil bir antihistaminiktir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
38. Kronik ürtiker tedavisinde birinci basamak tedavi oral kortikosteroidlerdir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
39. Atopik dermatit ve psöriazis tedavisinde topikal kortikosteroidler kullanılabilir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
40. Kapsaisin atopik dermatit tedavisinde kullanılan bir ajandır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
41. Alerjik şikayetlerle başvuran hastalarda öykü almak için , başka şikayetlerle başvuran hastalarla aynı süreyi ayırmak yeterlidir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
42. Alerjik hastalıklarda öykünün alınması için yeterli zaman ayrılması hastalara tanı koyulmasını kolaylaştırır ancak tedavi başarısını etkilemez.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
43. Alerjik hastalıkların hastada oluşturduğu olumsuz duygudurum nedeniyle, hastalara daha uzun zaman ayırmak gereklidir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
44. Alerjik şikayetleri olan hastaların düzenli kontrollere gelmesi gereklidir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
45. Alerjik şikayetleri olan hastalara alerjinin mekanizması, nasıl olduğu, tedavisi ve sonuçları açıklanmalıdır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
46. Alerjik şikayetleri olan hastalarda tedavi düzenlenirken hastaların deneyimleri ve talepleri dikkate alınmalıdır.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
47. Egzama tanısı alan hastaya, hastalığın tedavisi hakkında temel tavsiyeler verilir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
48. Rinokonjunktivit tanısı alan hastaya, hastalığın tedavisi hakkında temel tavsiyeler verilmesi gereksizdir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
49. Alerjik şikayetlerle gelen hastaların tanı, tedavi ve izleminde diğer aile hekimleriyle iş birliği yapmak gerekir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok
50. Alerjik hastaların yönetiminde diğer sağlık personelleriyle işbirliği yapmak gerekli değildir.  
1. Doğru  2. Yanlış 3. Bir fikrim yok