SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN ALERJİ YÖNETİMİ

Dr. Sevtap UNAT

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN ALERJİ YÖNETİMİ

Dr. Sevtap UNAT

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Umut GÖK BALCI

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR III
KISALTMALAR IV
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ V
ÖZET VII
ABSTRACT IX
1.GİRİŞ VE AMAÇ 1
2.GENEL BİLGİLER 3
2.1.ALERJİ TANIMI 3
2.1.1.Alerjenler 4
2.2 ALERJİ İMMUNOPATOGENEZİ 5
2.3.ALERJİK HASTALIKLAR 7
2.3.1.Astım 7
2.3.2.Anafilaksi 10
2.3.3.Besin Alerjisi 13
2.3.4.İlaç Alerjileri 15
2.3.5. Alerjik Rinit 17
2.3.6.Ürtiker 19
2.3.7. Anjioödem 20
2.3.8.Kontakt Dermatit 21
2.3.9.Atopik Dermatit (Egzama) 22
2.3.10.Böcek Alerjileri 24
3.GEREÇ VE YÖNTEM 26
3.1.ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ 26
3.2.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ 26
3.3 ANKET FORMU 27
3.4.İSTATİSTİKSEL YÖNTEM 27
3.5.ETİK KURUL ONAYI 27
4.BULGULAR 28
4.1. ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ 28
4.1.1 Araştırmaya Katılanların Alerjik Hastalıkların Yönetimi İle İlgili Önermelere Verdikleri Cevapların Değerlendirilmesi 30
4.1.2. Araştırmaya Katılanların Alerjik Hastalıklar Ve Yönetimi İle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Cevaplar ve Bilgi Puanlarının Değerlendirilmesi 30

4.1.3.Araştırmaya Katılanların Anaflaksi Olgusuyla Karşılaşma Durumları ve Tutumlarının Değerlendirilmesi 32
4.1.4.Araştırmaya Katılanların Alerji ile İlgili Bilgi ve Eğitim Durumlarının Değerlendirilmesi 34
4.2. ALERJİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ İLE İLGİLİ DURUMLARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE KARŞILAŞTIRILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ 35
4.3. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE BİLGİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ 37
4.4. ALERJİK HASTALIKLAR KONUSUNDAKİ ÖNERMELERE VERİLEN YANITLARLA BİLGİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ 40
4.5.ALERJİK HASTALIKLARLA İLGİLİ BİLGİ VE EĞİTİM DURUMLARI İLE BİLGİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ 41
4.6.BULGULARIN ÖZETİ 44
5.TARTIŞMA 46
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 53
7.KAYNAKLAR 55
8.EKLER 61
8.1.EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU 61
8.2. EK 2: ANKET FORMU 62
8.3. EK 3: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ONAM FORMU 66
8.4. EK 4: ETİK KURUL ONAM FORMU 67
9. ÖZGEÇMİŞ 68

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez hazırlama süresince desteğini esirgemeyen, bilgi, tecrübe ve hoşgörüsüyle daima yanımda olan tez danışmanım değerli hocam Doç. Dr. Umut Gök Balcı'ya,

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bizlere yol gösteren, Doç. Dr. Haluk Mergen'e, Doç. Dr. Hülya Parıldar'a, Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK' e, Uzm. Dr. Bakiye Nurdan Tekgül'e, Uzm. Dr. Yusuf Adnan Güçlü'ye, Uzm. Dr. Tevfik Tanju Yılmazer'e ve Uzm. Dr. Muhammed Mustafa Uzan'a,

Rotasyonlar sırasında eğitimime katkıda bulunan tüm saygıdeğer hocalarıma, uzmanlarıma ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, evlatları olmaktan gurur duyduğum canım annem, babam; her zaman yanımda olan kardeşlerime, ve beni evlatlarından ayırmayan ikinci aileme,

Bana daima destek olan, geçtiğim tüm yollarda yanımda yürüyen yol arkadaşım, meslektaşım, eşim Ahmet Alp UNAT' a

Sonsuz teşekkürler.

KISALTMALAR

ARIA: Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma

ASA: Asetilsalisilik asit

EAACI: Avrupa Alerji ve Klinik İmmunoloji Derneği

FcεRI: Yüksek afiniteli immunglobulin E reseptörü

FcεRII: Düşük afiniteli immunglobulin E reseptörü

FEV1: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim

FVC: Zorlu vital kapasite

GM-CSF: Granülosit – makrofaj koloni stimüle edici faktör

IgE: İmmunglobulin E

IL: İnterlökin

İM: İntramusküler

NSAİİ: Non steroid anti inflamatuvar ilaçlar

PEF: Tepe akım hızı (peak expiratory flow)

PUVA: Psoralen Ultra-Violet A ışını

RAST: Radioallergosorbent test

s lgE: Spesifik immunglobulin E

Sc: Subkutan

Th2: T Helper 2

UVB: Ultraviole B ışını

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Anafilaksi tanı kriterleri

Tablo 2. Besin alerjisi semptomları

Tablo 3. Ürtiker ve anjioödem farkları

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Asistanlık Dönemleri ve Çalışma Durumlarıyla İlgili Özellikleri

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Mesleki Pratiklerinde Alerji ile Karşılaşma Sıklıkları

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıkların Yönetimi ile İlgili Önermelere Verdikleri Cevaplar

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi İle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Cevaplar

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi ile İlgili Bilgi Puanları

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Daha Önce Sistemik Reaksiyon (Anafilaksi) Olgusuyla Karşılaşma Durumları

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Sistemik Reaksiyon (Anafilaksi) Olgusuyla Karşılaşma Durumlarındaki Tutumları

Tablo 12. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin alerji ile ilgili bilgi ve eğitim durumları

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklardan Korunma/Tedavi Konusunda Bilgi Almayı İsteme durumları ve Bilgi Almak İstedikleri Konular

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Cinsiyetine Göre "Ürtikeri ve Alerjik Deri Hastalığını Yönetmekte Zorlanırım." Önermesine Verdikleri Cevapların Dağılımı

Tablo 15. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Asistanlık Sürelerine Göre "Ürtikeri ve Alerjik Deri Hastalığını Yönetmekte Zorlanırım." Önermesine Verdikleri Cevapların Dağılımı

Tablo 16. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre "Ürtikeri ve Alerjik Deri Hastalığını Yönetmekte Zorlanırım." Önermesine Verdikleri Cevapların Dağılımı

Tablo 17. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerji ile Karşılaşma Sıklığına Göre "Ürtikeri ve Alerjik Deri Hastalığını Yönetmekte Zorlanırım." Önermesine Verdikleri Cevapların Dağılımı

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Bazı Özelliklerine Göre Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi ile İlgili Bilgi Puanları

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklar Konusunda Bazı Önermelere Göre Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi ile İlgili Bilgi Puanları

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklarla İlgili Bazı Özelliklere Göre Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi ile İlgili Bilgi Puanları

Tablo 21. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalara Koruyucu Önlemler Önerme Durumuna Göre Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi ile İlgili Bilgi Puanları

Şekil 1. Mast hücresinin alerjen ve IgE aracılığı ile uyarılması ve mast hücrelerinden salınan mediatörler

ÖZET

Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimlerin Alerji Yönetimi

Amaç: Alerjik hastalıklar ve reaksiyonlarla her sahada sık karşılaşan hekimlerin tanı koyabilmesi, acil ilk müdahaleyi yapabilmesi, gerekli durumlarda ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastaları alerji ve immünoloji uzmanına yönlendirebilmesi büyük önem taşımaktadır. Çalışmamızdaki birincil amacımız asistan hekimlerin alerjik hastalıklar ile ilgili bilgi ve eğitim düzeylerini, alerjik hastalıkların yönetimi ile ilgili tutumlarını tespit etmek; bu alandaki eksikliklerin farkındalığını sağlamaktır. Diğer yandan hekimlerimizin dikkatlerini alerji konusuna çekerek konu hakkındaki farkındalıklarının artırılmasını sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütüldü. Araştırmanın evreni, 2019 yılı Şubat-Haziran aylarında halihazırda hastanede çalışmakta olan tüm branşlardan toplam 380 asistan hekimdi ve bunların içinde gönüllü onam formunu imzalayan ve ulaşılabilen hekimler örneklemi oluşturdu. Yapılacak olan çalışmanın içeriği, amacı ile ilgili gerekli bilgiler asistan hekimlere kısaca anlatılarak aydınlatılmış onamlarının alınmasını takiben araştırmacı tarafından tasarlanan anket formu uygulandı. Anket; hekimlerin demografik verileri, asistanlık dönemleri ve çalışma durumunu değerlendiren sorular ile alerji yönetimi ile ilgili önermeleri, bilgi sorularını ve tutumlarıyla ilgili soruları içermekteydi. Araştırma kapsamında 260 katılımcı ile çalışma analiz edildi. İstatistiksel analizde Pearson Ki-kare testi, Shapiro-Wilk testi, verilerin ileri analizinde; ikili gruplarda Mann Whitney U Testi, ikiden fazla olan gruplarda Kruskall Wallis Testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için 0,05'in altındaki p değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %55,4'ü kadın olup, bu katılımcılardan %77,3'ü 23-30 yaş arasında, %19,2'si 31-40 yaş arasında, %2,3'ü 41-50 yaş arasında, %1,2'si 51 yaş ve üzerindeydi. Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %69,6'sının uzmanlık alanı dahili bilimler %30,4'ünün uzmanlık alanı cerrahi bilimlerdi. Mesleki pratikte alerji olgusu ile karşılaşmayan hekim olmadığı ve %53,9 oranında sık veya çok sık alerji olgusu ile karşılaşıldığı görüldü. Hekimlerin %48,1'i alerji yönetiminin tüm hekimlerce yapılması gerektiğini düşünmekteydi. Bilgi sorularına verilen yanıtlar

incelendiğinde puan ortalaması 4,63±2,09 saptandı. Verilen yanıtlar 10 puan üzerinden değerlendirilmiş olup en yüksek puanın 8 olduğu ve tam puan alan asistan hekim olmadığı saptandı. Asistan hekimlerin %55' inin daha önce anafilaksi olgusu ile karşılaştığı; sistemik bulgular düzeldiğinde ise %46,5'inin alerji kliniğine araştırma için yönlendirdiği saptandı. Alerji semptomları görülen hastalarda kendilerinin tanı koymama sebebi olarak hekimlerin %39,2' sinin test yapacak materyali olmadığı, %27,3' ünün yeterli bilgi ve tecrübe sahibi olmadığını düşündüğü görüldü. Yine hekimlerin %14,6'sı tanı koymanın kendi işi olmadığını, %8,4' ü de zamanının olmadığını ifade etmekte idi. Alerjik hastalıklar konusundaki bilgi seviyesini asistan hekimlerin %84,7 gibi büyük bir çoğunluğu orta-yetersiz olarak algılamaktaydı, buna sebep olarak da %67,1'i tıpta yeterli eğitim alınmamasını ve yeterli kongre-seminer olmamasını göstermekte idi. Ürtikeri ve alerjik hastalıkları yönetmede cerrahi ve dahili branşlarda olunmasına göre ve alerjik hastalıklar ile karşılaşma sıklığına göre anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Cinsiyetin, asistanlık süresinin, meslek süresinin ve branşın bilgi puanları ile arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı fark olmadığı görüldü. Asistan hekimlerin yaş grupları ile aldıkları bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde 23-40 yaş arasındaki hekimlerin bilgi puanları 41 ve üzeri yaşlardaki hekimlerin puanlarından daha yüksekti (p=0,04). Alerji hastalarıyla karşılaşma sıklığı arttıkça bilgi puanları artmakta idi. Alerji hastalarıyla nadiren karşılaşan asistan hekimlerle çok sık karşılaşan asistan hekimlerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu.

Sonuç: Sonuç olarak, çalışmamız, hekimlerin alerjik hastalıklar ve anafilaksi konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Eksikliklerin giderilebilmesi için hekimlerimize etkili ve pratiğe dayalı eğitimlerin verilmesi elzemdir. Ayrıca yapılacak yeni anket çalışmalarına da ihtiyaç vardır. Çünkü her anket çalışması konu ile ilgili bir farkındalık oluşturarak bilgi düzeyinin artmasına katkı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, alerji, anaflaksi, asistan hekim, tutum

ABSTRACT

Allergy Management of Medical Residents in a Training and Research Hospital

Objectives: It has great importance that physicians who are frequently encountered with allergic diseases can diagnose, make an emergency intervention, and refer patients to an allergy and immunology specialist for further evaluation when necessary. The primary aim of this study is to determine the knowledge and training levels of residents about allergic diseases and management, reveal the deficiency in this matter. We also aimed to draw attention to this matter and raise awareness.

Methods: 380 medical residents participated in this cross-sectional study who work in various disciplines at Tepecik Training and Research Hospital from February to June 2019. 120 of these residents have been excluded for various reasons. After obtaining the informed consent form of 260 participants, they were conducted a questionnaire prepared by the researcher. The questionnaire included demographic information and the working conditions of residents. As well as questions about how they approach and manage allergic cases. Pearson Chi-square test and Shapiro-Wilk test are used in statistical analysis. In paired groups, the Mann-Whitney U test is used. Kruskal-Wallis Test is used in groups composed of more than two variants. A p-value of less than 0.05 considered significant.

Results: 55,4% of the participants were female and 64,6% were male. The age composition was: 77,3% (23-30 years), 19,2% (31-40 years), 2,3% (41-50 years), 1,2% (51 years and older). 69,6% of participants were worked in internal branches while 30,4% were in surgical branches. All participants had previously encountered an allergy case. 53,9% of participants encountered allergic cases often or very often. 48,1% of participants were thinking of all physicians should be able to do allergy management. The results of the knowledge questions revealed that the mean score was 4,63±2,09. While the possible highest score was 10, nobody acquired a full score. the highest score among the participants was eight. 55% of participants have been encountered with an anaphylaxis case. 46,5% of physicians referred the anaphylaxis

case to an Immunologist when systemic symptoms resolved. Causes of remaining undiagnosed despite the symptoms showed that: 39,2% insufficient diagnostic tools, 27,3% lack of knowledge and experience, 8,4% lack of time. 14,6% of participants claimed diagnosing is not their profession's field. The vast majority as 84,6% of residents find their knowledge levels about allergy poor or average. As a reason for that 67,1% of residents point inadequate training and lack of issued congress. There were no significant differences in the management of allergic diseases between internal and surgical branches. The frequency of encountering the allergic case was not a significant determiner to the management ability of allergic diseases. Gender, the period of residency, the period of occupation, type of profession have no significant impact on the knowledge score. Residents under 40 years of age had higher scores than those who are over 40 years of age (*pvalue*=0,04). Who encounters more frequently with allergic cases had higher scores.

Conclusion: Our study shows that physicians' knowledge of allergic diseases and anaphylaxis is insufficient. In order to eliminate deficiencies, effective and practical training should be provided to our physicians. Since each survey will raise knowledge level and awareness on the subject, more of these studies are necessary.

Keywords: allergy, anaphylaxis, knowledge, management, medical resident

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Alerji vücudun savunma sisteminin normalde diğer sağlıklı kişilerin reaksiyon vermediği maddelere aşırı reaksiyon vermesidir. Genetik yatkınlığı olanlarda gelişir. Bir alerjene karşı reaksiyon verebilmek için bireyin önceden o alerjenle karşılaşıp ona duyarlı hale gelmesi gerekir (1). Alerjenler alerjik reaksiyon başlatabilen maddelerdir. Bu alerjenler solunum yolu, deri, ağızdan ya da enjeksiyon yoluyla vücudumuza girebilir. Alerjik reaksiyona neden olan etkenin miktarı kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir. Aynı dozu bir kişi kolayca tolere edebilirken diğer kişide ciddi reaksiyonlar gelişebilir (2).

Alerjik hastalıklar olarak astım, rinit, anafilaksi, ilaç, besin ve böcek alerjileri, egzama, ürtiker ve anjiyoödem sayılabilir. İnsidansı ve prevalansı; alerjik hastalıkların mekanizmasının anlaşılmasında, tanısında ve tedavisindeki gelişmeler ile orantılı olarak giderek artmaktadır. Bu hastaların saptanması, sağlık durumundaki ve işlevselliklerindeki bozulmanın ve sağlık giderlerinin azaltılmasını sağlayabilir (3). Son iki dekat içinde, astım, atopik dermatit, alerjik rinit, gıda alerjisi, atopik konjonktivit gibi alerjik hastalıklarda belirgin artış gözlenmiştir. Değişik ülkelerdeki çalışmalarda alerjik hastalık oranındaki artışı yansıtan oldukça çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir (4).

Anafilaksi hızlı başlangıçlı ve ölümcül olabilen ciddi bir alerjik reaksiyondur. Uluslararası çalışmalara dayanarak hayat boyu prevalansının %0,05-2 olduğu bildirilmiştir (5). Anafilaksinin mortalitesi hakkında 164 olgu ile yapılan bir çalışmada ilk semptomların ortaya çıkması ile ölüm görülmesi arasında geçen süre ilaçlara bağlı anafilakside 15 dakika ve besinlere bağlı anafilakside 30 dakika olarak saptanmıştır (6). Anafilaksi tanı ve tedavisinin özellikle sağlık çalışanları tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir. Anafilaksi tedavisinde kullanılacak ilaçlar ve uygulama şekilleri "World Allergy Organization" tarafından oluşturulan "Anafilaksi rehberleri" ile belirlenmiş olsa da sağlık çalışanları arasında halen bilgi eksiklikleri ve yanlış uygulamalar devam etmektedir (5). Anafilaksinin tanı ve tedavisindeki gecikmenin ölümle sonuçlanabileceği akılda tutulmalıdır. Literatürde hekimlerin anafilaksi tanı ve tedavisi hakkındaki bilgilerinin eksik olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (7-8). Uluslararası literatürlerde anafilaksi tedavisi ve bu tedaviyi uygulayan sağlık

çalışanlarının bilgi düzeyi ve uygulama pratiklerine yönelik olarak çok sayıda araştırma olmasına rağmen, ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmalar kısıtlıdır (5).

Alerjik hastalıklar ve reaksiyonlarla her sahada sık karşılaşan hekimlerin hastaları değerlendirmesi, acil ilk müdahaleyi yapabilmesi, gerekli durumlarda ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastaları alerji ve immünoloji uzmanına yönlendirebilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada bir üçüncü basamak sağlık kurumu olan İzmir S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerin alerjik hastalıkların tanı, tedavi ve izlemi konusunda genel yaklaşımlarının ve bilgi düzeylerinin ölçülmesi amaçlandı.

Çalışmanın sonucunda ülkemizde alerji ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olması da göz önünde bulundurularak; asistan hekimlerin alerjik hastalıklar konusundaki tutum, bilgi ve davranışlarını etkileyen faktörlerin tartışılması; alerjik hastalıkları tanı, takip ve tedavisinin daha etkin yapılmasını sağlayacak verilerin elde edilmesi hedeflenmektedir. Diğer yandan hekimlerimizin dikkatlerini alerji konusuna çekerek konu hakkındaki farkındalıklarının artırılması hedeflenmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.ALERJİ TANIMI

‘Alerji’ kelimesi Yunanca’ da diğer anlamına gelen ‘allos’ sözcüğünden köken alır. Yirminci yüzyılın başlarında herhangi bir değişmiş reaksiyonu tanımlamak üzere ilk defa alerji terimi kullanıldı. Ancak günümüzde ‘alerji’ çoğu kişide sorun olmayabilecek bir maddeye karşı olan anormal duyarlılık olarak tanımlanmaktadır. Bugünkü bilgilerimiz ile 1921’de Prausnitz ve Küstner, balık alerjisi olan bir kişiye intradermal balık ekstresi enjekte ettiklerinde ani bir kızarıklık ve ödem gözleyip, ilk alerjik reaksiyonun tanımını yapmışlardır. 1923’de Cooke, alerjik reaksiyon görülen saman nezlesi, astım, alerjik egzama gibi hastalıkları belirtmek üzere, Yunanca’ da yerinde olmayan anlamına gelen ‘atopi’ terimini kullanmıştır. 1967’de Ishizaka alerjik reaksiyonları oluşturan IgE (immunglobulin E) antikorunu saman nezleli hastaların serumunda bularak, temel alerji kavramında önemli gelişmeleri başlatmıştır (9).

Kişide var olan bir genetik yatkınlığa, çevresel faktörlerin de katkısıyla ortaya çıkan bozulmuş immünoregülasyon ve/veya dengesiz nöral kontrol ve/veya uyarılmış non-immünolojik non-nöral yol ile meydana gelen inflamasyon alerji patogenezi oluşmaktadır. Bu inflamasyonun akut ve kronik döneminde farklı değişiklikler söz konusudur. Kronik değişiklikler dokularda kalıcı hasarlar ve farklılaşmanın ortaya çıkmasına neden olur (9).

Genetik yatkınlıkta multifaktoriyel poligenik kontrol söz konusudur. Ailesel olarak atopik hastalıklara yatkınlık olabilir. Halen geçerli olan tahminlere göre bir alerjik ebeveyni olan çocuğun alerji geliştirme oranı %30-50 iken, ebeveynlerinden her ikisi de alerjikse bu oran %60-80’e yükselmektedir (9). Fakat alerjik hastalıkların sıklığının popülasyonların genetik yapısındaki değişikliklere bağlı olarak değişmesinden çok daha hızlı bir şekilde artıyor olması bunun nedeninin çevresel faktörler olabileceğini düşündürmüştür (10). Kalıtıma ek olarak çevrenin de alerji gelişiminde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Tek yumurta ikizleri ile ilgili çalışmalar bu genetik olmayan faktörlerin güçlü rolünü ortaya koymaktadır. Genetik yapılarının aynı olmasına rağmen tek yumurta ikizlerinin sadece %25-50’si aynı alerjileri göstermektedir (9).

Bu farkların esas olarak değişik çevresel faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Belli bir zaman süresince, belli bir alerjenle yüksek düzeyde karşılaşan kişinin o alerjene karşı duyarlılık kazanma şansı daha az karşılaşan kişiye göre daha fazladır (11).

20. yüzyılın başlarında alerji nadir bir hastalık olarak görülüyorken, değişik faktörlerin tetiklemesiyle son kırk yıldaki artışın dramatik hale geldiği görülmektedir. Alerji günümüzde sadece Avrupa'da 150 milyondan fazla insanı etkileyen pandemi boyutunda bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde de rakamlar eşit düzeyde üzücüdür. Son yıllarda giderek artan alerjik hastalıkların sıklığı "hijyen hipotezi" ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu hipoteze göre sosyal ve ekonomik gelişime paralel olarak doğal yaşamdan uzaklaşılması bağışıklık sistemimizin farklı yönde davranışlarına neden olmaktadır. Doğal yaşamdan uzaklaşma, yoğun aşılama programları ile enfeksiyonlardan korunma, beslenme alışkanlıklarının değişimi, çekirdek aile yaşamı, hava kirliliği, tütün dumanına maruz kalınması vb. gelişen dünyamızdaki yaşam tarzlarımızdaki değişiklikler alerjik hastalıkların gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu süreçte bağışıklık sistemimizde olması gereken ve yabancı maddelere karşı verilmesi gereken normal yanıtlarda değişiklikler olur. Ve sonuç olarak genellikle hayatın ilk yıllarından başlamak üzere vücudumuza yabancı ama zararı olmayan maddelere (ev tozu akarları, polenler, besinler vb.) karşı IgE olarak adlandırdığımız antikorlar üretilmeye başlar. Sonunda zararsız olarak bilinen maddeler birey için "antijen" haline gelmiştir. Alerjen olarak adlandırılan bu antijenler solunum yoluyla, deri, ağızdan ya da enjeksiyon ile vücudumuza girebilir (12). 'Alerjen' genetik olarak yatkın kişilerde, yüksek spesifik immunglobulin E (sIg E) düzeyleri oluşturan antijene verilen isimdir (9). Antijene özgün IgE yapısındaki antikorlar mast hücrelerinin yüzeyinde tepkimeye girerek bu hücrelerden histamin ve çeşitli maddelerin salınımına neden olurlar. Ve o bölgede ani başlayan reaksiyon meydana gelir. Bulgularda organa göre farklılıklar gösterir. Bu reaksiyonlar hafif olabildiği gibi yaşamı tehdit eden anafilaksi (şok) gibi de olabilir (12).

2.1.1.Alerjenler

- İnhalan alerjenler: Ev tozu akarları, polenler, evcil hayvan alerjenleri, hamam böceği, mantar sporları.

- Besin alerjenleri: Süt, yumurta, kuruyemişler (fındık, fıstık), buğday, ceviz, soya, balık, kabuklu deniz ürünleri.
- Böcek zehirleri: Arı venomu
- İlaçlar: Antibiyotikler, antikonvülzanlar (epilepsi ilaçları), ağrı kesiciler (aspirin, NSAİİ (non steroid anti inflamatuvar ilaçlar)), Monoklonal antikorlar
- Kontakt alerjenler: Nikel, kobalt, potasyum dikromat
- Diğer: Lateks
- Tetikleyiciler: Egzersiz, Sigara dumanı, Hava kirliliği, Enfeksiyonlar, Stres (2).

2.2 ALERJİ İMMUNOPATOGENEZİ

Alerjik hastalıkların çoğu IgE aracılı mekanizmalarla ortaya çıkan inflamatuar hastalıklardır. Astım, rinit, egzama gibi çeşitli alerjik hastalıklarda ortaya çıkan inflamatuar yanıt ortak özellikler taşımaktadır. Alerjik inflamasyon mast hücre, lenfosit, bazofil, eozinofil ve nötrofillerin karşılıklı etkileşimleri sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu hücrelerden salınan çeşitli sitokinler, kemokinler, lipid mediatörler ve reaktif oksijen ürünleri inflamasyonu artırmaktadır. IgE 'ye bağlı olarak mast hücrelerinin aktivasyonu ve eozinofillerin dokuya infiltrasyonu alerjik inflamasyona özel olup alerjik inflamasyon artmış sayıdaki aktive T hücreleri tarafından yönetilmektedir (13).

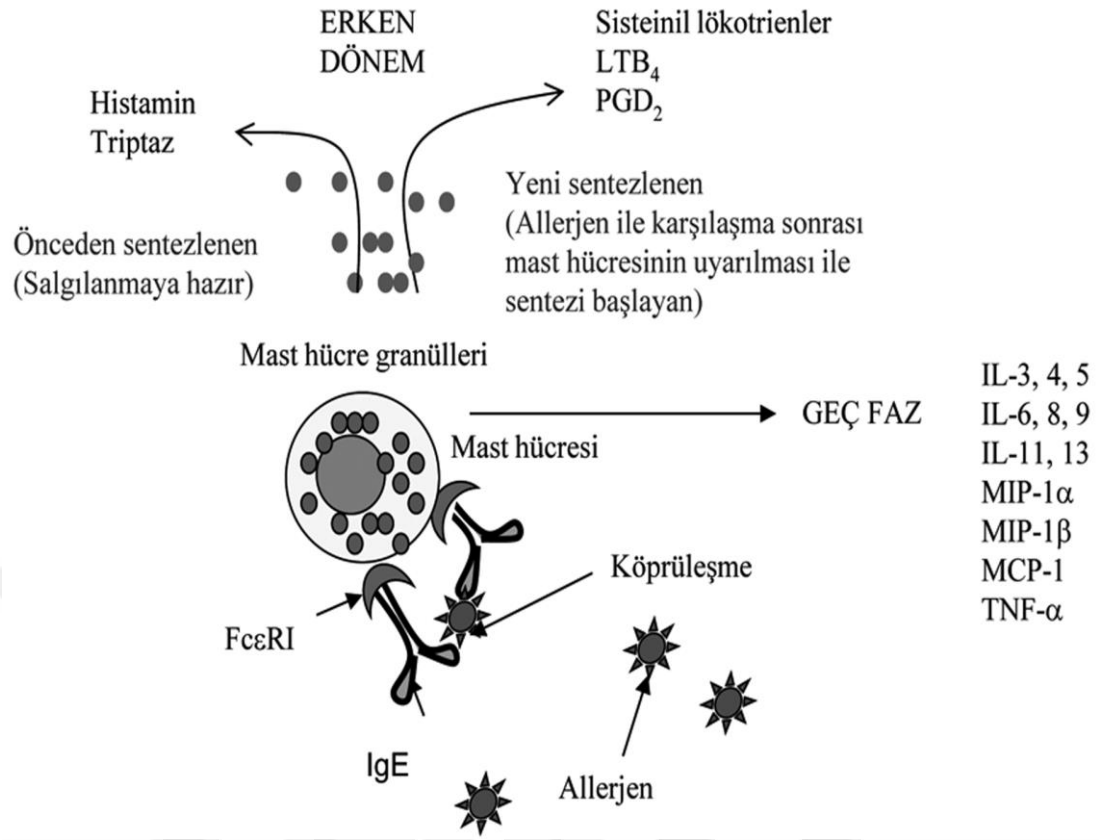
Alerjik cevabın oluşumunda ilk basamak duyarlanmadır. "Duyarlanma" yatkınlığı olan kişilerde alerjenin deri yolu, inhalasyon, oral yolla veya enjeksiyon yolu ile vücuda alınması ile başlamaktadır. Th2 (T helper 2) sitokinleri açısından zengin bir ortam varlığında alerjen ile karşılaştığında, lenf nodunda alerjene özgü T hücresi ile karşılaşan B hücrelerinden IgE salınımı gerçekleşmektedir. IgE yapımının başlatılması için, alerjenin, dendritik hücrelerle karşılaşması gerekir. Alerjenle karşılaşan dendritik hücreler, işlemiş oldukları antijeni T hücrelerine sundukları lenf düğümlerine göç ederler. Aktive T hücreleri salgıladıkları IL-4 (İnterlökin) ve IL-13 aracılığı ve B hücreleri ile temas etmeleri sonucu IgE yapımını sağlarlar. IgE antikorları B hücreleri tarafından yapılıp salgılandıktan sonra, dokudaki mast hücreleri veya periferal kan bazofilleri üzerinde yer alan yüksek afiniteli IgE reseptörlerine

(FcεRI) ve lenfosit, trombosit, eozinofil, makrofaj ve diğer pek çok hücrenin yüzeyinde yer alan düşük afiniteli IgE reseptörlerine (FcεRII) bağlanır (13).

Alerjik yanıtta ikinci aşama ise alerjenle yeniden karşılaşmadır. Bu aşamada daha önce duyarlanma gelişmiş olan birey aynı antijenle veya benzer yapıdaki diğer bir alerjenle karşılaştığında alerjen mast hücre ve bazofiller yüzeyindeki yüksek afiniteli IgE reseptörü FcεRI ile bağlı olan özgül IgE molekülü ile karşılaşır. Alerjen reseptöre bağlı IgE molekülü ile bağlandığı zaman oluşan FcεRI reseptörlerinin moleküler köprüleşmesi, hücrelerin aktivasyonuna neden olur ve önceden oluşturulmuş veya yeni sentezlenen mediatörlerin salınımına yol açar (Şekil 1) (14).

Bu aşamada ortaya çıkan klinik belirtiler lokal ya da sistemik olabilir. Alerjik reaksiyonun şiddeti ise karşılaşılan alerjen dozuna, alerjenin vücuda alınış yoluna, alerjen ile aynı anda karşılaşılan çevresel mikroorganizmaların varlığına, kişinin genetik yapısına bağlı olarak değişebilmektedir. Alerjenin hedef organa girişinden hemen sonra dakikalar içerisinde meydana gelen semptomlar erken dönem reaksiyonlar olarak adlandırılır. Alerjen ile karşılaşmadan 6-12 saat sonra semptomların görüldüğü ve genelde semptomların günler içinde kaybolduğu dönem ise geç dönem reaksiyonlar olarak isimlendirilir (13).

Dokuda meydana gelen enfeksiyon günlerce devam edebileceği gibi bazen yıllarca devam edebilmektedir. Tekrar eden karşılaşma ve mikrobiyal ajanlar dokudaki inflamasyonun sürekliliğini etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Mast hücre, bazofil ve eozinofiller gibi efektör hücrelerin sürekli olarak uyarılması ve Th2 hücrelerin varlığı inflamasyonun çözünmesini engellemekte ve kronik hale getirmektedir. Ayrıca alerjik inflamasyon sırasında Th2 hücrelerden salınan IL-3, IL-5 ve GM-CSF (Granulocyte Macrophage-Colony Stimulating Factor) gibi sitokinler alerjik efektör hücrelerin yaşam sürelerini uzatarak inflamasyonun uzamasına katkıda bulunmaktadır. Hedef organda geri dönüşümü olmayan değişikliklere neden olan ve dokunun yeniden yapılanması olarak tanımlanan “remodeling”, kronik alerjik hastalıklarda görülen bir özelliktir (13).



Şekil 1. Mast hücresinin alerjen ve IgE aracılığı ile uyarılması ve mast hücrelerinden salınan mediatörler (14).

(LTB4: Lökotrien B4, PGD2: Prostoglandin D2, IL: İnterlökin, MIP: macrophage inflammatory protein MCP-1: Monocyte chemoattractant protein-1, TNF: Tümör nekrozis faktör)

2.3.ALERJİK HASTALIKLAR

Alerjik reaksiyonun geliştiği organlara bağlı olarak hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Alerjik hastalıklar olarak; astım, anafilaksi, besin alerjisi, ilaç alerjileri, göz alerjileri, alerjik rinit, atopik dermatit (egzama), ürtiker, kontakt dermatit, böcek alerjileri sayılabilir (15).

2.3.1.Astım

Astım, hava yollarının kronik inflamatuar bir hastalığıdır. İnflamasyonda yer alan hücreler ve medyatörler çeşitli patofizyolojik mekanizmalarla hava yolu aşırı duyarlılığına ve onun sonucunda gelişen hava yolu obstrüksiyonuna sebep olur. Bronş etrafındaki düz kasların kontraksiyonu, mukozadaki ödem, mukus tıkaçları ve bronşlardaki yeniden yapılanma sonucu gelişen hava yolu obstrüksiyonu astımın karakteristik semptomları olan hırıltı, nefes darlığı, göğüs sıkışması, sabaha karşı artan

öksürük semptomlarından sorumludur. Astım kliniği zamanla değişkenlik gösterir ve sıklıkla ilaçlarla veya spontan düzelme görülür (16).

Astımın dünyada yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilediği düşünülmektedir. Astım son yıllarda hem çocuklarda hem yetişkinlerde yaygın hale gelmiştir. Dünyada astım prevalansındaki artış atopik duyarlılık artışı ile ilişkilendirilmekte ve astım sıklığındaki artış alerjik rinit ve egzama gibi diğer alerjik hastalıklardaki artış ile paralellik göstermektedir. Ülkemizdeki bölgesel prevalans çalışmaları sonuçlarına göre astım prevalansı çocuklarda %2-16 arasında bir dağılım göstermekte iken erişkinlerde %2-17 arasında değişmektedir (17).

Klinik değerlendirmede semptomların karakteristik özellikleri epizodlar halinde görülmesi ve bu epizodlar arasında asemptomatik olunması; semptomların diurnal değişkenlik göstermesi ve daha çok gece kötüleşmesi; fiziksel aktivite, alerjen, viral enfeksiyon gibi tetikleyicilerle şikayetlerin artmasıdır. Ayrıca doktor tarafından tespit edilmiş hışıltı olması, hastada atopi bulunması veya birinci derece yakınlarında astım olması da astım olasılığını arttırır. Doğru tanı için; hışıltılı solunumsal semptomların karakteristik seyrinin ve değişken hava akımı kısıtlanmasının gösterilmesi gereklidir (16). Solunum fonksiyonlarının ölçümü hava yolu kısıtlamasının ağırlığını, reverzibilitesini ve değişkenliğini göstererek astım tanısının desteklenmesini sağlamaktadır. Fakat solunum fonksiyon testlerinin normal olması astım tanısını ekarte ettirmez. Hava yolu kısıtlamasını değerlendirmek için çeşitli yöntemler vardır ama beş yaş ve üzerindeki hastalarda özellikle bu yöntemlerden iki tanesi genel olarak kabul edilmektedir. Bunlar spirometre ile ölçülen zorlu ekspiratuar akım birinci saniye (FEV1) ve zorlu vital kapasite (FVC) değerleri ve PEFmetre ile ölçülen zirve ekspiratuar akım (PEF) ölçümleridir. FEV1, FVC ve PEF ölçümlerinin beklenen değerleri popülasyondan elde edilen yaş, cinsiyet ve boy parametrelerine göre belirlenir. Semptomların astımı düşündürdüğü fakat solunum fonksiyonlarının normal olduğu hastalarda metakolin, histamin, adenozin, mannitol veya egzersiz ile bronş provokasyonu astım tanısının konmasına yardımcı olabilir. Astımlı kişilerde gerektiğinde ayrıntılı alerjik değerlendirme yapılması tanı ve tedavi yönünden yararlı olabilir. Alerjik etyolojiyi değerlendirmek için öncelikle detaylı bir anamnez alınmalıdır. Anamnezinde alerji düşünülen hastada ilk tercih edilecek yöntem deri

prick testidir. Spesifik IgE ölçümü, atopinin değerlendirilmesi için kullanılabilir fakat pahalı ve duyarlılığı düşük bir yöntemdir (17).

Astım, hasta ve ailesine önemli etkileri olan ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bugün için tam kür sağlayan bir tedavi şekli yoktur, ancak uygun bir yaklaşım ile hastalığı kontrol altına almak mümkündür. Başarılı bir astım tedavisindeki amaçlar şunlardır:

- Kronik semptomları (gece ve gündüz) önlemek veya en aza indirmek
- Normal günlük aktivitenin devamını sağlamak
- Normal veya normale yakın akciğer fonksiyonlarını sağlamak ve bu seviyede tutmak
- Astım ataklarını önlemek, hastaneye yatırılma ya da acil servise başvurma sıklığını en aza indirmek
- İlaçları en az yan etkiye sahip olacak şekilde ve dozda kullanmak
- Hava yollarında kalıcı yapısal değişiklikler ve buna bağlı irreverzibıl hava yolu obstrüksiyonunun oluşmasını engellemek
- Astım mortalitesini önlemek (18).

Tedavinin başarısında hasta-hekim iş birliği, hasta uyumu ve inhaler ilaçların doğru kullanılması çok önemlidir. Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar üç gruptur. Bunlar:

• *Kontrol edici ilaçlar:* Hastanın yakınması olsun, olmasın idame tedavide düzenli kullanılan ilaçlardır. Bunlar hava yolu inflamasyonunu baskılar, semptom kontrolü sağlar, atakları önler ve solunum fonksiyon kaybını azaltır.

• *Semptom giderici ilaçlar (kurtarıcılar):* Sadece semptom olduğu zaman semptomu gidermek amacıyla kullanılırlar. Kurtarıcı ilaçlara sık gereksinim olması kontrol edici ilaçların yetersiz olduğunun ya da kullanılmadığının göstergesidir.

• *Ek tedaviler:* Yüksek doz inhaler kortikosteroid/uzun etkili Beta 2 agonist kombinasyonu ile semptom kontrolü sağlanamayan veya atakları olan ağır hastalarda tedaviye eklenen ilaçlardır (17).

Astımın şiddeti ve hastanın kontrol düzeyine göre tedavinin planlanarak, en düşük doz ilaçla en etkin tedavinin sağlandığı yönteme “basamak tedavisi” denir.

Astımın uzun süreli tedavisinde öncelikle hastanın klinik bulgularına göre hangi basamakta olduğuna karar verilir. Hasta adına tespit edilen basamak için geçerli olan tedavi başlanıp hastalık en kısa zamanda kontrol altına alınır (16).

2.3.2.Anafilaksi

Anafilaksi birçok etkene ikincil olarak ani başlayan, birçok sistemi etkileyen ve ölüme neden olabilen ciddi bir alerjik reaksiyondur. Anafilaksiye sebep olan en önemli etkenler besinler (%33), venomlar (%19) ve ilaçlardır (%14). Vakaların %32-50'sinde ise etken bulunamamaktadır (19). Gelişmiş ülkelerde, anafilaksinin hayat boyu prevalansı genel popülasyonda %0,05-2,0 olarak bildirilmiştir. Her 170 çocuğun 1'inde, yetişkinlerde ise 100.000 kişinin 30'unda anafilaksi meydana geldiği tahmin edilmektedir. Anafilaksinin prevalansı ve mortalitesindeki artışa rağmen, anafilaksi tanısı ve bildirimi ile ilgili eksikliklerin olduğu bilinmektedir (20).

Anafilaksi semptom ve bulguları çoğunlukla alerjene maruziyet sonrası ilk 2 saat içinde ortaya çıkmaktadır. Ölüm ile sonuçlanan anafilaksi vakalarının incelendiği bir çalışmada semptomların ortaya çıkması ile ölüm arasında geçen süre sırası ile besin, venom ve parenteral tedavi için 30, 15 ve 5 dakika olarak bulunmuştur. Anafilaksinin klinik belirtileri etkilenen sisteme göre değişkenlik göstermektedir. Deri bulguları vakaların %80-90'ında görülmektedir, ancak deri tutulumu olmaksızın da anafilaksi gelişebilmekte ve tanı koymak güçleşebilmektedir. Çocuk ve erişkin hastalardan oluşan bir çalışmada cilt en sık etkilenen (%84) organ olarak bulunmuş; bunu sırası ile kardiyovasküler semptomlar (%72) ve solunum semptomları (%68) izlemiştir. Solunum sistemine ait semptomlar çocuklarda daha sık görülmekteyken; kardiyovasküler semptomlar erişkinlerde daha sık ortaya çıkmaktadır (21).

Bifazik reaksiyonlar genellikle ilk semptom veya bulgulardan 4-12 saat sonra görülmektedir ve ilk bulgulara göre daha şiddetli olabilmektedir. Adrenalin tedavisinde gecikme veya yetersizlik, kortikosteroid tedavisinin yapılmaması bifazik reaksiyon riskini arttırmaktadır (21).

Tablo 1. Anafilaksi tanı kriterleri (21).

Aşağıda belirtilen 3 kriterden herhangi biri mevcut ise anafilaksi tanısı kuvvetle muhtemeldir.

1) Ani başlangıçlı (dakikalar veya saatler içinde gelişen) deri, mukoza veya her ikisinin tutulumu (yaygın ürtiker, kaşıntı veya flushing, dudak dil-uvulada şişme) ve ek olarak aşağıdakilerden en az bir tanesinin eşlik etmesi:

a) Solunum problem (dispne, hışıltı-bronkospazm, stridor, PEF (peak ekspiratuar flow-tepe ekspiryum akım hızı)'de düşme, hipoksemi)

b) Hipotansiyon veya hipotansiyona bağlı uç organ disfonksiyonunu gösteren bulgular (hipotoni, kollaps, senkop, inkontinans)

2) Hastanın muhtemel bir alerjen ile karşılaşmada dakikalar veya saatler sonra aşağıdakilerden 2 veya daha fazlasının gelişmesi:

a) Deri ve/veya mukoza tutulumu (yaygın ürtiker, kaşıntı-flushing, dil-dudak-uvulada şişme)

b) Solunum sıkıntısı (dispne, hışıltı-bronkospazm, stridor, PEF' de düşme, hipoksemi)

c) Hipotansiyon veya ilişkili semptomlar (hipotoni, kollaps, senkop, inkontinans)

d) Persistan gastrointestinal semptomlar (kramp şeklinde karın ağrısı, kusma)

3) Hastanın daha önceden bilinen alerjen ile karşılaşmada dakikalar veya saatler içinde hipotansiyon gelişmesi:

a) Süt çocukları ve çocuklar için: Yaşa göre düşük sistolik kan basıncı veya sistolik kan basıncında %30'dan fazla düşüş

b) Yetişkinler için: Sistolik kan basıncının 90 mmHg'dan düşük olması veya kişinin bazal sistolik kan basıncından %30'dan fazla düşüş olması

Anafilaksi tanısı öykü ve klinik bulgular ile konulmaktadır. Bu nedenle hastalardan detaylı öykü alınmalı; olaydan önceki birkaç saat içinde maruz kalınan olası alerjenler açısından sorgulanmalıdır. Anafilaksi tanısının konulabilmesinde yardımcı olması için standart klinik tanı kriterleri geliştirilmiştir (21) (Tablo 1).

Tanı öncelikle klinik olarak konmakla birlikte bazı laboratuvar testleri tanıda destekleyici olarak veya ayırıcı tanıda kullanılabilir. Klinik teşhis bazen yüksek serum veya plazma total triptaz veya plazma histamin konsantrasyonları ile retrospektif olarak desteklenebilir, ancak bu testlerin sonuçları beklenmeden tedavi başlanmalıdır.

Mast hücresi ve bazofil mediatörlerin semptomların başlangıcından hemen sonra ölçülmesi için kan numunelerinin elde edilmesi kritiktir çünkü yükselmeler geçicidir (20).

Anafilaksi acil bir durumdur, hızla tanı konulup tedavisine başlanmalıdır. Öncelikle tetikleyici faktörler ortamdan uzaklaştırılmalı, hastanın vital bulguları kontrol edilip, hava yolu açıklığı, solunumu ve dolaşımı sağlanmalı ve acil tedavi olan adrenalin uygulanmalıdır. Kardiyopulmoner arrest gelişmiş ise hemen resüsitasyon uygulanmalıdır. Anafilaksi tedavisinde ilk seçenek ilaç olan adrenalin, ölüm ve hastaneye yatışı önleyen tek ilaçtır (22). Adrenalin alfa-1 reseptörler üzerinde etki ederek periferik vazokonstriksiyona neden olur, hipotansiyon ve mukozal ödemi geri döndürür; beta-1 reseptör üzerinden kalp kasılma gücünü ve kalp hızını arttırır; beta-2 reseptör üzerinden bronkokonstriksiyonu azaltır, inflamatuvar mediatör salınımını azaltır. Anafilaksi ile başvuran hastalarda adrenalin uygulanması ile ilgili mutlak kontrendikasyon yoktur, yaşlı ve kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde bile faydası risklere göre ağır basmaktadır (21). İlk müdahale ve tedavinin mümkünse tanının ilk konulduğu yerde yapılması hayati önem taşır (20). Anafilaksiye bağlı ölümlerin çoğu adrenalin uygulanmamasına veya adrenalin uygulanmasındaki gecikmeye bağlı gelişmektedir (19).

Adrenalin uyluk ön-yan tarafına (vastus lateralis kası) intramusküler (İM) yol ile uygulanmalıdır. İM adrenalin (1 mg/mL) kiloya göre 0,01 mg/kg dozunda çocuklarda maksimum 0,3 mg; erişkinlerde 0,5 mg uygulanmalıdır. Adrenalin oto-enjektör kullanılacak ise 7,5-25 kg arası 0,15 mg/doz, 25 kg üzerinde çocuklarda 0,3 mg/doz uygulanmalıdır. Doz klinik gereklilik halinde 5 dakika ara ile tekrarlanabilir. Yineleyen dozlarda adrenalin uygulanan refrakter anafilaksi durumunda adrenalin infüzyonu başlanmalıdır (21). Yetişkinlerde infüzyon pompası ile 2-10 μg/dk hızında ve kan basıncı izlenerek verilir. Çocuklarda infüzyon şeklinde verilmesi gerektiğinde 0.1-1 μg/kg/dk dozunda başlanır ve gerekirse kan basıncına göre doz artırılabilir (en fazla 10 μg/dk) (20). Adrenalin tedavisine yanıt vermeyen, özellikle beta-bloker ilaç kullanan hastalarda ise parenteral glukagon tedavisi fayda sağlamaktadır (21).

Bifazik reaksiyonlar çoğunlukla ilk semptomların ortaya çıkmasından 4-6 saat sonra oluştuğu için, hastaların izlem süresinin en az 4-6 saat olması kabul edilmektedir (21). Avrupa Alerji ve Klinik İmmunoloji Derneği (EAACI), solunum

yakınması ile gelen olguların 6-8 saat, dolaşım bozukluğu tablosunda gelenlerin ise 12-24 saat izlenmesini önermektedir. Anafilaksi olgularının izleminde standardizasyonun sağlanması için, personelin eğitimi gereklidir (20). Ancak yapılan çalışmalarda hekimlerin anafilaksiye yaklaşım konusunda bilgi ve tutumları konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır (19).

Taburculuk öncesi riskler değerlendirilmeli, hastaya ve bakım veren kişilere yazılı acil durum planı verilmeli, adrenalin oto-enjektör reçete edilip hangi durumlarda ve nasıl kullanılacağı anlatılmalıdır (21). Anafilaksi riskini taşıyan hastalarla ilgilenen tüm sağlık çalışanlarına da adrenalin oto-enjektörlerinin kullanımı, anafilaksinin tanınması ve yönetimi kapsamında eğitim verilmelidir. Sebebin belirlenmesi için alerji uzmanına yönlendirilmelidir (20).

2.3.3.Besin Alerjisi

Besin alımı sonrası gelişen herhangi bir anormal reaksiyon besin reaksiyonu olarak adlandırılır. Besin alerjenleri, alerjene özgü bağışıklık hücreleri tarafından tanınan ve spesifik immün reaksiyonlarla karakteristik semptomlara neden olan besin veya besin içindeki maddeler (genellikle protein, ancak bazen de kimyasal hapten) olarak tanımlanır. Bazı alerjenler (en sık meyve ve sebze) ilk kez çiğ olarak yenildiğinde bile alerjik reaksiyonlara neden olabilir (23). Besin alerjenleri olarak süt, yumurta, kuruyemişler (fındık, fıstık), buğday, ceviz, soya, balık, kabuklu deniz ürünleri sayılabilir (2).

Besin reaksiyonları iki gruba ayrılır. Herhangi bir alerjenin ve savunma sisteminin aşırı reaksiyonunun söz konusu olmadığı, diğer mekanizmalarla oluşan reaksiyonlar “besin intoleransı” olarak nitelendirilir. Diğer reaksiyonlar ise immünolojik sistem aracılığı ile besinlere karşı gösterilen aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır (23).

Avrupa alerji ve klinik immunoloji akademisi (EAACİ) besin alerjisi rehberine göre Avrupa’da kişi tarafından rapor edilen besin alerjisi sıklığı çocuklarda %6,9, erişkinlerde %5,1 olup yaşam boyu sıklığı yaklaşık %17 kadardır, besin provokasyon testiyle kanıtlanmış sıklık ise <%1 dir (24). Besin alerjileri en sık olarak 0-3 yaş grubunda görülmektedir. Besin alerjisi etkenleri arasında bu yaş grubunda en sık

olarak inek sütü, yumurta beyazı, soya alerjisi görülmektedir. Yaşın artması ile birlikte fıstık, fındık ve balık gibi besinler en sık sorumlu besinler arasında yer almaktadır (25).

Besin alerjisine ait klinik bulgular deri bulguları, gastrointestinal sistem bulguları, solunum sistemi bulguları ve sistemik reaksiyonlar olarak karşımıza çıkabilir (Tablo 2) (26).

Tablo 2. Besin alerjisi semptomları (26).

Hastalık	**Ig E aracılı**	**Karma mekanizma: Ig E ve hücre aracılı**	**Ig E aracılı olmayan**
Generalize	Anafilaksi, besin ilişkili egzersiz ile tetiklenen anafilaksi		
Kutanöz	Ürtiker, anjioödem, flaşing, akut morbiliform raş, akut kontakt ürtiker	Atopik dermatit, kontakt dermatit	Kontakt dermatit, dermatitis herpetiformis
Gastrointestinal	Oral alerji sendromu, gastrointestinal anafilaksi	Alerjik eozinofilik özofajit, alerjik eozinofilik gastroenterit	Alerjik proktokolit, besin protein indüklenen enterokolit sendromu, çölyak hastalığı, infantil kolik
Respiratuar	Akut rinokonjuktivit, akut bronkospazm	Astım	Pulmoner hemosideroz (Heiner sendromu)

Tanı için öncelikle iyi bir öykü ve fizik muayene; atopik dermatit, astım, ailede atopi gibi besin önemli risk faktörlerinin ortaya konulması ve alerjen olan besinin belirlenmesi açısından önemlidir (24). Reaksiyona neden olan şüpheli besin, alınması ile semptomların ortaya çıkması arasında geçen süre, besin alımını takiben ortaya çıkan semptomlar, farklı zamanda aynı gıda ile benzer bulguların tekrarlaması ve beraberinde egzersiz gibi başka faktörlerin varlığı sorgulanmalıdır. Alınma yolu da önemlidir. Ciltten maruziyet kontakt ürtikere yol açarken, besinin pişirilmesi sırasında inhalasyonu hışıltıya ve oral alım perioral, oral ve gastrointestinal semptomlara yol açarlar. Sıklıkla oral yoldan maruz kalınır. IgE 'ye bağlı reaksiyonların tanısında prik deri testleri ve radioallergosorbent test (RAST) yardımcıdır. Hücresel aracılı reaksiyonları göstermede besin yüklemesini takiben yapılacak eliminasyon diyeti tanı koydurucudur (27).

Besin alerjisinde tedavinin temeli etken besinin eliminasyonudur. Hastalar duyarlı oldukları besinlerin bulunabileceği tüketim maddeleri hakkında bilgilenmelidir. Ayrıca farklı besinler için aynı mutfak gereçlerinin kullanımı da bulaşa yol açar. Oluşabilecek çapraz reaksiyonlar hakkında da bilgilendirilmelidir (26). Çapraz reaksiyon denilen bir fenomen sadece orijinal alerjen ile değil aynı zamanda benzer bir alerjen ile reaksiyonun oluşabilmesi olarak tanımlanır (23). Bebeklik döneminde besinden sakınma uygularken, kesin tanı çok önemlidir. Çünkü özellikle en sık görülen süt alerjisi nedeniyle süt ve süt ürünleri kesilirken, yerine uygun beslenme düzenlemesi yapılmalıdır (27). Alerji gelişen bebekler eğer sadece anne sütü alıyorlarsa, anne besin eliminasyonuna alınır. Anne diyete uyamıyorsa ya da alerjen ortadan kaldırılamıyorsa (sebep bulunamadıysa) mamaya geçilebilir (26). Yumurta fibroblastlarında kültür edilen aşılar yumurta proteini içerebileceğinden bu aşıların uygulanması sırasında dikkatli olunmalı ve yumurta alerjisi sorgulanmalıdır. IgE 'ye bağlı ciddi reaksiyonu olan hastalara anafilaksi durumunda kullanılmak üzere epinefrin otoenjektör taşımaları önerilmelidir (27). Süt, yumurta, soya ve buğdaya bağlı alerjik reaksiyonlar genellikle 1-2 yaşından sonra kaybolabilir. Yer fıstığı, fındık, balık ve kabuklu deniz ürünlerine karşı gelişen reaksiyonlar ise uzun yıllar boyu hatta yaşam boyu devam edebilir (28).

Oral immunoterapi ve sublingual immunoterapi toleransı geliştirmek amacıyla ortaya koyulan tedavi yöntemleridir. Bu tedaviler besin alerjilerinin tedavisinde gelecek vaat etmektedir (24).

2.3.4.İlaç Alerjileri

Dünya Sağlık Örgütü bir ilacın tanı, tedavi veya koruma amacıyla uygun dozda kullanımı sırasında oluşan istenmeyen ve zararlı yanıtı ilaç ters etkisi olarak tanımlamaktadır (29). İlaç reaksiyonları immün ve immün olmayan mekanizmalarla gelişir. Dünya Alerji Organizasyonu oluşumunda IgE veya T hücre aracılı aşırı duyarlılık reaksiyonlarının yer aldığı ilaç reaksiyonlarını ilaç alerjisi olarak tanımlamaktadır. İstenmeyen ilaç reaksiyonları Tip A (beklenen ya da duyarlı olmaksızın herkeste görülebilen) ve Tip B (sadece duyarlı olan az bir grup insanda görülen ve beklenmeyen) olmak üzere iki ana gruba ayrılmıştır (30). A tipi reaksiyonlar, sağlıklı kişilerde görülebilen, ilacın farmakolojik etkisi ve uygulanan

dozla ilişkili, olağan reaksiyonlardır. İlaç reaksiyonlarının %80'den fazlası bu tip reaksiyonlardır. Toksite, yan etki, ikincil etki ve ilaçlar arası etkileşim bu gruptaki reaksiyonlardır. B tipi reaksiyonlar ise duyarlı kişilerde görülen, ilacın bilinen farmakolojik etkisiyle ve uygulanan dozla ilişkili olmayan ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır (31).

İlaç alerjilerinin sınıflanmasında altta yatan immunopatogeneze göre sınıflama yapıldığı gibi tanısal yaklaşımda sıklıkla reaksiyonların çıkış zamanına göre de sınıflandırma yapılmaktadır. İlaç alımından ilk bir saat sonra çıkan reaksiyonlar 'erken=immediate' reaksiyonlar, bir saatten sonra ortaya çıkan reaksiyonlar 'erken olmayan= nonimmedate' reaksiyonlar olarak tanımlanır. Erken reaksiyonlarda IgE aracılı Tip I ve anafilaktoid mekanizmalar sorumluyken, erken olmayan reaksiyonlarda asıl olarak Tip II, III ve IV aşırı duyarlılık mekanizmaları sorumlu olmakla birlikte Tip I reaksiyonun da rolü araştırılmalıdır (30).

İlaç alerjileri yaşamı tehdit edebilecek durumlara neden olabilmesi, hastanede yatış süresini uzatabilmesi, tedavi maliyetini artırabilmesi nedeni ile önemli bir sağlık sorunudur. Tüm hastane başvurularının %6,5'ini oluşturur. Hastaneye yatırılarak tedavi edilen hastalarda ise %15 oranında ilaç reaksiyonu gelişebilmektedir (32). Türkiye'de ilaç reaksiyonları ve alerjilerinin sıklığı ile ilgili ayrıntılı veriler olmamakla birlikte 6-9 yaş arası çocuklarda, ailelerin bildirdiği ilaç alerjisi sıklığı %2,8 olarak bulunmuştur (30).

En sık alerjiye neden olan ilaçlar beta laktam antibiyotikler ve non-steroid antienflamatuar ilaçlardır. Daha az sıklıkla radyokontrast maddeler, nöromüsküler bloke edici ajanlar ve antiepileptik ilaçlar gelmektedir (30).

Tanının en önemli kısmını dikkatli alınan bir anamnez oluşturur. Reaksiyon sonrası başvuran ve ek yakınması olmayan bir hastada muayene bulguları tamamen normal olabilir. En sık klinik bulgu ise, deri döküntüleri ve anafilaksidir. İlaç alımından sonra bir saat içerisinde gelişen hızlı reaksiyonlar kendini ürtiker, anji-yoödem, rinit, bronkospazm ve anafilaktik şok olarak gösterebilir. Hızlı olmayan reaksiyonlar ise ilaç alımının üzerinden 1 saatten daha fazla süre geçtiğinde meydana gelirler. Bu olgularda makülopapüler döküntüler ve geç oluşan ürtiker, anjiyoödem görülebilir. İlaç alerjilerinin tanınması çoğu kez altta yatan hastalığın klinik belirtileri ile ilacın oluşturduğu belirtilerin benzerliği, aynı anda birden fazla ilaç kullanımının

olabilmesi nedeni ile zordur. Yapılan bir çalışmada, ilaç alerjisi tanısı ile alerji kliniğine gönderilen hastaların sadece %23'ünde gerçek ilaç alerjisi saptanmıştır (33).

Erken reaksiyonlarda; anafilaksinin geriye dönük tanısında serum toplam triptaz veya serum beta-triptaz ölçümü yararlıdır, ancak bu testin duyarlılığı düşüktür. İlaç reaksiyonuna neden olan ilacın belirlenebilmesi için özgül testlerin uygulanması gereklidir. Deri testleri (prik ve deri içi) bu amaçla kullanılır ve genellikle ilaç reaksiyonundan sonraki 1-6 ay içinde yapılması önerilir. İlaç uyarı testi erken reaksiyonların tanısında deri testlerinin negatif olması durumunda kullanılan duyarlılığı en yüksek olan testtir. İlaç reaksiyonundan en erken bir ay sonra uygulanabilir. Ancak, deri testleri ve ilaç uyarı testi uygulanırken ciddi reaksiyon gelişebileceği göz önünde bulundurulmalı ve tüm testler alerji uzmanı tarafından, gerektiğinde acil müdahalenin yapılabileceği şartlar sağlandıktan sonra uygulanmalıdır (31).

İlaç alerjilerinin akut tedavisi suçlanan ilacın kesilmesi ve aktif lezyonun durumuna göre gerekli destek medikal tedavi uygulanması şeklindedir. En önemli noktalardan biri de kişinin sağlık kuruluşuna her başvurduğunda ilaç alerjisinin olduğu bilgisini vermesidir. Bu hastalara etkin ve güvenli olduğu bilinen, kimyasal yapısı reaksiyona neden olan ilaçtan farklı başka bir ilaç seçeneğinin sunulması gerekmektedir (33).

2.3.5. Alerjik Rinit

Alerjik rinit, duyarlı olunan alerjenle karşılaşıldıktan sonra gelişen IgE–aracılı hipersensitivite reaksiyonuna bağlı burun mukozasının inflamatuvar hastalığıdır.

Burun mukozasının inflamasyonu tıkanıklık, akıntı, hapşırık ve kaşıntıya, ayrıca sıklıkla gözde kaşıntı gibi şikâyet ve belirtilere yol açar. Nazal konjesyon, rinore, paroksismal hapşırık ve burun kaşıntısı semptomlarından en az ikisinin gün içerisinde 1 saatten fazla ve birbirini izleyen en az 2 gün sure ile gözlenmesi durumunda düşünülmelidir. Sıklıkla üst solunum yolunun tamamını, bazen de alt solunum yollarını tutup aynı kişide astımla beraber olabilmektedir (34).

Alerjik rinit sık görülen kronik hastalıklardandır. Tüm erişkinlerin %10-30'unu ve çocukların %40 kadarını etkilemektedir (35).

Uluslararası ‘Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma’ (ARIA) çalışma grubu raporunda, alerjik rinitin, semptomların sıklığı ve ağırlığına göre intermittan ve persistan, hafif ve orta-ağır olarak sınıflanması önerilmiştir (35). Semptomların haftada 4 günden az veya toplamda 4 haftadan az görülmesi halinde intermittan alerjik rinit tanısı konulurken, persistan hastalık tanısında haftada 4 günden uzun ve en az 4 hafta süre ile semptomların varlığı gerekmektedir. Semptomların hayat kalitesi üzerine etkisine göre de hastalık hafif veya orta/ağır olarak sınıflandırılmaktadır (36).

Alerjik rinit tanısı; şikayetlerin tipik öyküsü, risk faktörleri (kişisel ya da ailesel alerjik hastalık öyküsü vb.), fizik muayene bulguları yanında, alerjinin varlığını gösteren deri testleri ve/veya serum spesifik IgE ölçümlerine dayanır. Hastaların rinite spesifik semptomları, semptomların sıklığı ve paterni (aralıklı/intermittan, mevsimsel/perennial), tetikleyici faktörler, ilaçlara yanıt, eşlik eden hastalıklar, ev ve işyerindeki çevre koşulları detaylı sorgulanmalıdır (34). Alerjik selam, kronik venöz göllenmeye bağlı oluşan göz-altı morlukları fizik muayenede dikkat edilmesi gereken özelliklerdir. Rinitle birlikte konjonktivit bulguları saptanabilmektedir (37).

Deri testi (negatif saptanırsa büyük olasılıkla IgE aracılı hastalık ekarte edilir) veya in vitro testler aracılığı ile bakılan spesifik IgE alerjenin saptanmasında önemli rol oynamaktadır. RAST spesifik IgE araştırılmasında ilk uygulanan metot olmasına rağmen radyoaktif izotop kullanılması, pahalı olması ve çoklu antikorları simultane saptayamaması nedeni ile kullanımı sınırlıdır (37).

Alerjik hastalıkların tedavisine yaklaşımlar; hasta eğitimi, hastayı duyarlı olduğu alerjenden uzaklaştırmak, korunma yöntemlerinin uygulanması, ilaç tedavisi ve immünoterapidir (35). Tedavide alerjenden korunmanın yanı sıra medikal tedavide intranazal steroidler, H1 reseptör blokerleri ve lökotrien antagonistleri önemli yer alır (38). Hastalığın doğal seyrini etkileyebilen tek tedavi şekli olması nedeni ile immunoterapi alerjik rinit tedavisinde önemlidir. Uzun süreli remisyon sağlaması ve yeni sensitizasyonları önleyip astım gelişimini azaltması nedeni ile mevsimsel rinit çocuklarda erken dönemde başlanması önerilmektedir (37).

Alerjik hastalıkların ideal tedavisi spesifik alerjinin tespit edilerek bununla ilgili çevre kontrolünün yapılmasıdır. Ev tozu akarlarından korunmada; yünlü yorgan, halı ve tüylü oyuncakları evde bulundurmamaya, yatak ve yastık kılıflarını haftada bir kez sıcak suyla yıkamaya özen gösterilmelidir. Hayvan alerjilerinde hayvanın tüy ve

salyası önemlidir. Hayvan evden uzaklaştırılsa dahi ortamdaki alerjenler birkaç ay daha etkilerini sürdürebilirler. Mantarlardan korunmak için evde iyi bir havalandırma ve filtreleme sistemi bulunması gerekir. Polen alerjilerinin kontrolü mevsimsel oldukları ve tespit edilebildikleri için daha kolaydır. Polen mevsimlerinde pencerelerin kapalı tutulması, hava filtrelerinin kullanılması, özellikle sabahları açık havada gezilmemesi, dışarıdan eve girildiğinde elbiselerin değiştirilmesi ve duş alınması daha az polen miktarına maruz kalınmasını sağlayabilir (38).

2.3.6.Ürtiker

Ürtiker tüm toplumlarda sık görülen ve aniden ortaya çıkıp aynı gün içinde kendiliğinden kaybolan kaşıntılı ve ödemli plaklar ile karakterize bir deri hastalığıdır. Altı haftadan kısa süren klinik tablolar "akut ürtiker", altı hafta ya da daha uzun süren klinik tablolar ise kronik ürtiker olarak adlandırılır. Altı haftadan uzun süren, ancak haftada ikiden daha az atak gelişen durumlar için "epizodik kronik ürtiker" tanımı kullanılabilir. Ürtiker, özellikle kronik formlarında hastaların yaşam kalitesini belirgin olarak olumsuz etkilemekte ve sosyo-ekonomik sorunlara yol açabilmektedir (39).

Toplumdaki kişilerin %20-%30'unun yaşamları boyunca en az bir kez ürtiker atağı geçirdiği düşünülmektedir. Dermatolojik hastaların %1-%3'ünü oluşturmaktadır. Kronik ürtikerin sıklığı ise %0,5-%1 arasındadır (40). Akut ürtiker olgularında iyi bir anamnez etken neden ile bağlantı kurulmasını çoğunlukla mümkün kılar veya söz konusu tetikleyici hastanın sık temas etmediği bir şeydir. Bu nedenle de akut olgular genelde tedaviye iyi ve çabuk yanıt vermektedirler. Kronik ürtikerlerin ise bazı yazarlara göre %50, bazılarına göre ise %90'ından fazlası idiopatik olup genellikle tedaviye yanıt geç ve güç olmaktadır. Kronik ürtikerler hemen her zaman erişkinlerde görülür ve kadınlarda iki kez daha sıktır (41).

Ürtikeryal lezyonlar sıklıkla ortası soluk, sınırlı, ciltten kabarık eritemli plaklar şeklindedir. Lezyonlar yuvarlak, oval veya serpijinöz olabilir ve boyutları bir santimetreden birkaç santimetreye kadar değişebilir. Yoğun kaşıntılı olması karakteristiktir. Kaşıntı şiddeti geceleri artar. Günlük yaşamı veya uykuyu bozabilir.

Lezyonlar geçicidir. Dakikalar ve saatler içinde ortaya çıkar. Genelde ilk 24 saat içinde kaybolur. Lezyonlar büyüdükçe birleşebilir. Ağrılı değillerdir. Cilt

üzerinde iz bırakmadan kaybolurlar. Vücutta her bölgeyi etkileyebilir. Giysilerin baskı yerleri ve cilt birleşme bölgelerinde bulgular daha dramatik olabilir (42).

Akut ürtikerin sık görülen nedenleri arasında enfeksiyonlar; ilaçlar, besinler, böcek sokmaları; alerjik olmayan mast hücre aktivasyonuna neden olan ilaçlar (örneğin, narkotik) gösterilebilir. Enfeksiyonlar en sık saptanan akut ürtiker nedenidir. Birçok otoimmün hastalık ürtiker nedeni olabilir. Otoimmün tiroidit erişkinde ürtiker ile ilişkili en sık otoimmün hastalıktır (43).

Akut ürtikerde tanısı klinik öykü ve fizik muayene ile konulur. Klinik öykü ile şüpheli tetikleyici nedenin belirlenemediği durumlarda güncel uluslararası rehberler akut ürtiker tanısında rutin laboratuvar tetkiklerinin yapılmasını önermemektedir (43).

Ürtiker tedavisinin temel iki ayağını nedenin ortadan kaldırılması ve semptomların giderilmesi oluşturur. Ürtikeri tetikleyebilecek ya da alevlendirebilecek etmenlerden sakınılması tüm ürtiker hastalarına önerilmelidir. (39). Semptomatik tedavide H1 antihistaminikler tedavinin temelini oluştururlar. Antihistaminikler hastada kaşıntıyı önler ve ürtiker plaklarının oluşumunu baskılarlar. Semptomatik ve kolinerjik yan etki profili yüksek birinci nesil H1 antihistaminikler doz artırımına uygun ilaçlar olarak görülmemektedir. Güncel bütün rehberler ilk basamak tedavisi olarak yan etkileri sınırlı ve santral sinir sistemini baskılayıcı etkileri minimal olan ikinci nesil H1 antihistaminiklerin kullanılmasını önermektedir. Ürtiker tedavisinde etkinlikleri kanıtlanmış ilaçlardır. Güvenlik aralıkları geniştir. Uzun etkili olmaları bu nedenle tek doz olarak kullanılabilmeleri tedaviye uyumu artırır. Glukokortikoidler semptomatik tedavide sıklıkla kullanılmaktadır. Buna rağmen etkinliklerini gösteren yapılmış kontrollü çalışmaların sayısı oldukça azdır. Akut ürtikerli her hastada rutin sistemik kortikosteroid kullanımı kesinlikle önerilmez (43). Topikal kortikosteroidler, topikal antihistaminikler ve topikal anesteziklerin ise ürtiker tedavisinde yeri yoktur (41).

2.3.7. Anjioödem

Anjioödem çoğunlukla derinin dermis tabakasında belirginleşen, ayrıca solunum ve gastrointestinal sistemin submukozal tabakasında geçici, lokalize ödem ile karakterize bir durumdur (45). Bir başka deyişle ürtiker mukozaları tutarsa anjioödem

ismini almaktadır (Tablo3) (40). Ürtiker ve anjioödem birlikte bulunabilir. Anjioödem 48-72 saat sürebilir, kaşıntı bulunmaz, genellikle ağrı duyusu vardır (44). Sıklıkla dil, dudak, yüz ve larinkste görülmekle birlikte, alt ve üst ekstremite, genital ve visseral organlarda da gelişebilir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden daha fazla olup en sık etkilenen yaş grubu 40-50 yaş arası bireylerdir (45).

Tablo 3. Ürtiker ve anjioödem farkları (40).

Ürtiker	**Anjioödem**
Üst dermis	Derin dermis, subkutan ve submukozal doku
Keskin sınırlı, eritemli plaklar	Sınırları belirgin olmayan deri renginde kabarıklıklar
Kaşıntı, yanma	Ağrı, uyuşukluk, batma hissi
1-24 saat	>24 saat

Klasik sınıflamalar içinde geçen anjioödem formları arasında; idiyopatik anjioödem, alerjik anjioödem, C1 inhibitör proteininin eksikliği veya disfonksiyonuna bağlı olarak görülen edinsel anjioödem ve klasik herediter anjioödem (tip 1 ve tip 2), tip 3 (idiyopatik, östrogenle veya faktör 12 mutasyonuyla ilişkili) ile NSAİİ gibi belirli ilaç reaksiyonlarıyla ilişkili olarak görülen tablolar bulunmaktadır (46).

İlaçlar sıklıkla nedenidir. Penisilin ve diğer antibiyotikler en sık suçlanan ilaçlar arasındadır. Hastanın tıbbi öyküsünde mutlaka ailesel ve daha önce benzer atak olup olmadığı, mevcut ilaçları, alerjene ve fiziksel uyarana maruz kalma öyküsü, atak zamanı sorgulanmalıdır. Anjioödem olan hastaların ilk değerlendirme ve tedavi sürecinde; antihistaminiklerin, kortikosteroidlerin ve epinefrinin alerjik anjioödemde kullanımı önerilmektedir, ancak non-alerjik anjioödem tedavisinde bu müdahalenin etkili olmadığı bildirilmektedir (45).

2.3.8.Kontakt Dermatit

Deriyle temas eden maddeler 2 tür dermatit oluşturabilirler:

1. İrritan kontakt dermatit
2. Alerjik kontakt dermatit

İrritan kontakt dermatit; derinin pH'sını, nemini veya yapısal bütünlüğünü değiştirmek suretiyle etki eden irritan maddelerin deride meydana getirmiş olduğu, özel bir predispozisyonu veya duyarlanmayı gerektirmeyen, herkeste görülebilen, irritanla temastan en fazla birkaç saat sonra ortaya çıkan bir inflamatuvar reaksiyondur. İrritasyonun şiddetini temas bölgesindeki derinin yapısı, kalınlığı, nemi, sürtünme bölgesi olup olmaması kadar, temas eden maddenin konsantrasyonu ve temas süresi belirler

Alerjik kontakt dermatit ise; Önceden duyarlanmış deriyle alerjenin yeniden temas etmesinden sonra 48-96 saat içinde ortaya çıkan ve hücresel immüniteye bağlı geç tipte aşırı duyarlılık reaksiyonu şeklinde gelişen dermatitlerdir.

Doğada çok çeşitli ve protein yapısında olmayan alerjenler vardır. Boyalar, yağlar, reçineler, tekstil sanayiinde kullanılan kimyasal maddeler, kauçuk, kozmetikler, insektisitler, bitkiler, bakteri, mantar ve parazitlerin ürünleri alerjik kontakt dermatit nedeni olabilir (47).

Tedavide temel prensip, dermatit tablosunu iyileştirmek ve alerjeni tespit etmek şeklindedir. Alerjen bilinmesi, hastalığın rekürrensinin önlenmesi bakımından da gereklidir. Yama testi ile şüphelenilen antijen saptanmalı ve hasta bilgilendirilmelidir. Kortikosteroidler (topikal/sistemik) alerjik kontakt dermatiti kontrol altına almada çok yararlı olurlar. UVB ve PUVA immünsupresif etkileriyle yüz güldürücüdür. Yanma ve kaşıntıyı azaltmak için antihistaminiklerden faydalanılabilir. Ancak histamin hücresel immünitede majör mediatör olmadığı için çok etkili değildir. Antihistaminik içeren topikal ürünler duyarlandırıcı özellikleri nedeniyle önerilmez (48). Nemlendiriciler cildin bozulmuş yapısını onarmak amacıyla kullanılmalıdır.

2.3.9.Atopik Dermatit (Egzama)

Atopik dermatit, çocukluk çağının en sık görülen kronik, kaşıntılı inflamatuvar cilt hastalığıdır. Atopik egzama atopik dermatitle ile eş anlamlıdır (49).

Atopik dermatit yaşamın ilerleyen evrelerinde gelişecek olan diğer alerjik hastalıkların ilk belirtisi olabilir. Atopik dermatit ile başlayan astım ve alerjik rinit ile devam eden bu süreç alerjik yürüyüş olarak adlandırılır. Atopik dermatitli hastaların %50'den fazlasında astım, yaklaşık %75'inde alerjik rinit gelişir (50).

Atopik dermatit çocukluk döneminde %10-20, erişkin dönemde %1-3 oranında görülür (49). En sık 3-6 ay arasında bebeklik döneminde başlar. Hastaların çoğu ergenlik döneminde iyileşirken, %10-30'luk bir hasta grubunda iyileşme görülmez. Daha küçük oranda bir hasta grubunda ise ilk bulgular erişkin dönemde başlar. Patogenezinden sorumlu iki temel ve iç içe geçmiş mekanizma; derinin yapısı ve fonksiyonundaki bozukluklar ile deri enflamasyonudur (51).

Atopik dermatitin en karakteristik bulgusu pruritustur. Kaşınma, aynı zamanda egzama bulgularını şiddetlendiren bir özelliktir. Başarılı bir tedavinin temel prensibi kaşınma hissinin baskılanmasıdır. Atopik dermatitli kişilerde en sık rastlanan deri özelliği derinin kuru oluşudur (kserozis). Atopik dermatitin vücutta yaşa göre bazı değişiklikler gösteren tipik bir dağılımı vardır. Bebeklerde bez bölgesinde, ekstremitelerin ekstansor yüzlerinde çocuklarda ise boyun, antekübital ve popliteal bölgeler gibi fleksural kısımlarda görülür. Erişkinde en sık görüldüğü bölgeler ise fleksural alanlar, göz kapakları, meme başı ve ellerdir (47).

Spesifik bir laboratuvar testi yoktur. Son yıllarda özellikle serum total IgE düzeyleri yüksek olan atopik dermatitli hastalarda çeşitli antijen ve alerjenlere karşı duyarlılığı belirlemek amacıyla cilt prik testleri uygulanmakta ve serum spesifik IgE düzeyleri değerlendirilmektedir (49).

Atopik dermatit tedavisinde tam olarak kür elde edilememesi nedeniyle tedavinin asıl amacı akut atakların ve semptomların baskılanması ve hastalığın uzun süreli kontrol altına alınmasıdır. Hastalığın patogenezinde asıl önemli rolü epidermis ve epidermal bariyerin üstlenmesi nedeniyle topikal ajanlar tedavide önemli bir yer tutmaktadır (52). Nemlendirici, su tutucu preparatlar veya seramid içeren ürünler deri bariyerinin korunması ve tamirine yardımcı olmaktadır ve ılık banyo sonrası en azından günde iki kez uygulanır. Topikal kortikosteroidler atopik dermatit alevlenme dönemlerinde tedavide ilk seçenektir (49). Topikal tacrolimus şiddetli atopik dermatitin kontrolünde oldukça yararlı bulunmuştur. Pruritusun kontrolü amacıyla sedatif antihistaminikler kullanılır. Enfekte egzamalarda veya şiddetli atakların kontrolünde sistemik antibiyotikler yarar sağlayabilmektedir. Şiddetli ve genel tedbirlere rağmen sık tekrarlayan jeneralize dermatitlerde sistemik kortikosteroid tedavisi uygulanabilir. Kronik, yaygın dermatitlerde PUVA tedavisi başarılı sonuçlar

vermektedir. Konvansiyonel tedavilere dirençli olgularda siklosporin yarar sağlayabilmektedir (53).

2.3.10.Böcek Alerjileri

İnsanları sokan veya ısıran birçok böcek olmasına rağmen, dünyada ve ülkemizde, alerjik reaksiyonlar ve anafilaksi gelişmesine en sık arı türleri neden olmaktadır. Arı sokmaları sık karşılaşılan bir durumdur, insanların %56-94'u yaşamları boyunca en az bir kez arı sokmasına maruz kalmaktadırlar. Arı sokmaları sonucu çoğunlukla lokal reaksiyonlar oluşmakla birlikte, daha az sıklıkta görülse de ölümle sonuçlanabilen sistemik alerjik reaksiyonlara (anafilaksi) yol açabilmektedir (54). Arı sokmalarına karşı gelişen alerjik reaksiyonların sıklığı çocuklarda %0,4-0.8, erişkinlerde ise %3'dür. Arı sokmasına karşı anafilaksi geliştiren hastaların %60'ı bir sonraki sokmada da anafilaksi geliştirebilmektedir (55).

Arı venomu, arı türlerine göre değişen çeşitli alerjenleri içerir. Arıların tüm vücut ekstraktları çok az ya da hiç alerjen içermediği için alerji testlerinde ve immunoterapide kullanımı uygun değildir. Arı venomları, başlıca peptidler ve yüksek molekül ağırlığındaki enzimatik özelikte olan alerjenleri içerirler (56).

Arı alerjilerinin tanısını koyarken ilk önce mutlaka dikkatli bir anamnez alınmalıdır. Arı sokmasındaki akut alerjik reaksiyonlarda tanı açıktır. Ancak arı sokması ile semptomların görülmesine kadar geçen süre uzarsa, alerjik reaksiyonlar gözden kaçabilir. Bal arısı soktuğu yerde iğnesini bıraktığı için kolay tanınır. Deri testleri arı alerjisinde altın standarttır. Deri testleri arı sokmasından en az iki üç hafta sonra yapılmalıdır. Bu süreden önce yapılırsa yalancı negatif çıkma olasılığı yüksektir. Bu, mast hücrelerinin hazır medyatörlerinin yerine konmaması sebebiyle olur. Epidermal testler daha spesifik, intradermal testler daha duyarlıdır. Serum spesifik IgE deri testlerine yardımcı olmak için kullanılır. Arı alerjisine bağlı anafilaksi geçiren hastalar yüksek kan triptaz seviyesine sahiptir. Bu nedenle sistemik reaksiyon geçiren hastalarda mutlaka bazal triptaz seviyesine bakılmalıdır (57).

Lokal reaksiyonlarda öncelikle arının soktuğu yer temizlenir ve sokma alanına buz konur. Lokal kaşıntı ve kızarıklık için antihistaminikler kullanılabilir. Topikal kortikosteroidler inflamasyonu azaltmada yardımcı olurlar. Eğer sokma yerinde sekonder enfeksiyon gelişmişse antibiyotik kullanılır. Anafilaksi tedavisi çok acil bir

durumdur. Adrenalin tedavinin primer ilacıdır. Orta seviyedeki anafilakside intramusküler ve subkutan uygulanır. Adrenalin kan basıncını arttırır, hava yolu direncini azaltır ve anjioödemin ilerlemesini durdurur. İmmunoterapi, sistemik reaksiyon hikâyesi olan hastalarda efektif ve güvenli bir tedavi yöntemidir (57). Arı sokması sonrası gelişen anafilaksinin IgE aracılı olduğu ispatlanan tüm hastalara immunoterapi tedavisi uygulanmalıdır. İmmunoterapi venoma bağlı sistemik reaksiyon gelişen hastalardaki tek tedavi yöntemidir. Beş yıllık immunoterapi sonrası tekrar arı soktuğunda hastaların %80-90'nında sistemik reaksiyon gelişmemektedir. Ancak immunoterapi, deneyimi olan alerji kliniklerinde uygulanmalıdır (55).

Arı sokmalarından sonra anafilaksi geçiren tüm hastalara, arıdan korunma eğitimi verilmeli, adrenalin oto enjektörü reçete edilmeli, ileri tetkik ve immünoterapinin planlanması için alerji kliniklerine yönlendirilmelidir. Hastalar, adrenalin oto enjektörünü temin ettikten sonra oto enjektörün nasıl kullanmaları gerektiği konusunda eğitim almalıdırlar (55).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ÇALIŞMANIN GENEL NİTELİKLERİ

Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütüldü. Araştırmanın evreni, 2019 yılı Şubat-Haziran aylarında halihazırda hastanede çalışmakta olan tüm branşlardan toplam 380 asistan hekimdi ve bunların içinde gönüllü onam formunu imzalayan ve ulaşılabilen hekimler örneklemi oluşturdu. Yapılacak olan çalışmanın içeriği, amacı ve yöntemi ile ilgili gerekli bilgiler, hekimle yapılan yüz yüze görüşme esnasında sözlü ve yazılı olarak verildikten sonra bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu (Ek-1) imzalayan hekimler çalışmaya dahil edildi. Hekimlerin alerjik hastalıklar ve yönetimi ile ilgili bilgi düzeyini ve tutumunu değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından tasarlanan bir anket (Ek-2) uygulandı ve hekimlerden kimliklerini açıklamadan sorulara cevap vermeleri istendi. Anketler hekimlerin görev yerlerine gidilerek yüz yüze dağıtıldı. Aynı gün içerisinde geri alındı.

Araştırma kapsamında 2019 yılı Şubat-Haziran ayları arasında eğitim, sağlık sorunu ya da yasal izin nedeniyle hastanede bulunmayanlar dışında kalan 260/380 (%68,4) asistan hekime ulaşılmıştır.

3.2.ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2019 Şubat-Haziran ayları arasında halen asistan hekim olarak çalışıyor olmak
2. Gönüllü onam vermiş olmak

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
2. Alerji ve İmmunoloji branşında asistan hekim olmak

3.3 ANKET FORMU

Anket; hekimlerin demografik verileri, asistanlık dönemleri ve çalışma durumlarını değerlendiren sorular; alerji yönetimi ile ilgili önermelerini, bilgi düzeylerini ve bu yöndeki tutumlarını sorgulayan sorular ile toplam 27 sorudan oluşuyordu.

Bilgiyi değerlendiren sorularda her doğru yanıt 2 puan (birden fazla doğru cevabı olan soruda her bir doğru cevap 1 puan), yanlış durum veya cevaplar 0 olarak puanlandırıldı. Bilgi soruları toplam 10 puan üzerinden değerlendirildi.

3.4.İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences 21.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm istatistiksel analizlerde $p<0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiş ve ilişkiler %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Tanımlayıcı istatistik için kategorik veriler sayı ve yüzde (n, %), numerik veriler için ortalama ± standart sapma (SS) kullanılmıştır.

Kategorik verilerin analizinde Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin Ortalama±Standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerleri verilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılımına bakmak için Shapiro-Wilk Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan sayısal verilerin ileri analizinde; ikili gruplarda Mann Whitney U Testi, ikiden fazla olan gruplarda Kruskall Wallis Testleri kullanılmıştır. Kruskall Wallis Testinde çıkan anlamlı sonuçların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için alt gruplara ikili ikili Mann Whitney U Testi uygulanmıştır.

3.5.ETİK KURUL ONAYI

Çalışma için etik kurul onayı, İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ‘ndan 27.12.2018 tarihli ve 2018/16-7 nolu karar ile alındı (Bkz. EK 4).

4.BULGULAR

İzmir ili Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde halen görev yapmakta olan asistan hekimlerin alerji hakkındaki tutum, bilgi ve davranışlarının saptanması amacıyla 1 Şubat-1 Haziran 2019 tarihleri arasında yapılan bu kesitsel araştırmaya 260 kişi katılmıştır. Aşağıda çalışmanın sonuçları sunulmuştur.

4.1. ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde araştırmaya katılan asistan hekimlerin; sosyodemografik özellikleri, asistanlık dönemleri ve çalışma durumları ile ilgili özellikleri, mesleki pratikte alerji ile karşılaşma sıklıkları, alerjik hastalıkların yönetimi ile ilgili önermelere verdikleri cevaplar, alerjik hastalıklar ve yönetimi ile ilgili bilgi sorularına verdikleri cevaplar-bilgi puanları, daha önce anafilaksi ile karşılaşma durumları ve bu durumlardaki tutumları, alerji ile ilgili bilgi ve eğitim durumları, alerjik hastalıklardan korunma ve tedavi konusunda bilgi almayı isteme durumları ve bilgi almak istedikleri konular ile ilgili bilgiler verilmiştir.

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4'te verilmiştir. Katılımcıların %55,4'ü (n=144) kadın olup, bu katılımcılardan 201'i (%77,3) 23-30 yaş arasında, 50'si (%19,2) 31-40 yaş arasında, 6'sı (%2,3) 41-50 yaş arasında, 3'ü (%1,2) 51 yaş ve üzerindeydi.

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri.

Özellik	**n**	**%**
Cinsiyet (n=260)		
Kadın	144	%55.4
Erkek	116	%44.6
Yaş (n=260)		
23-30 arası	201	%77.3
31-40 arası	50	%19.2
41-50 arası	6	%2.3
51 ve üzeri	3	%1.2

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin 181'inin (%69,6) uzmanlık alanı dahili bilimler 79'unun (%30,4) uzmanlık alanı cerrahi bilimlerdi.

Mesleki deneyim süreleri 204 (%78,5) hekimin 5 yıl ve altı, 43 (%16,5) hekimin 6-10 yıl arası, 5 (%1,9) hekimin 11-15 yıl arası, 4 (%1,5) hekimin 16-20 yıl arası ve 4 (%1,5) hekimin 21 yıl üzerinde idi. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin asistanlık dönemleri ve çalışma durumlarıyla ilgili özellikleri tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Asistanlık Dönemleri ve Çalışma Durumlarıyla İlgili Özellikleri.

Özellik	n	%
Asistanlık süresi (n=260)		
0-12 ay	68	26.2
13-24 ay	59	22.7
25-36 ay	70	26.9
37 ay ve üzeri	63	24.2
Meslekteki süresi (n=260)		
0-5 yıl	204	78.5
6-10 yıl	43	16.5
11-15 yıl	5	1.9
16-20 yıl	4	1.5
21 yıl ve üzeri	4	1.5
Çalışılan birim*		
Servis	157	60.4
Poliklinik	146	56.2
Acil servis	52	20.0
Diğer**	29	11.2
Uzmanlık alanı (n=260)		
Dahili birimler	181	69.6
Cerrahi birimler	79	30.4
Günlük bakılan hasta sayısı (n=260)		
0-9 hasta	28	10.8
10-19 hasta	38	14.5
20-49 hasta	74	28.5
50-99 hasta	67	25.8
100 ve üzeri hasta	53	20.4

*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.

**Diğer seçeneğinde laboratuvar ve ameliyathane yer almaktadır.

Ankete katılan 260 hekimin mesleki pratikte alerji olgusu ile karşılaşma sıklıkları 4'e ayrılmış olup hiç karşılaşmayan, nadiren karşılaşan, sık ve çok sık karşılaşan olarak gruplandırılmıştır. Alerji olgusu ile hiç karşılaşmayan hekim yok

iken; katılımcılardan 120'si (%46) nadiren, 113'ü (%43,5) sık ve 27'si (%10,4) çok sık karşılaştıklarını belirtmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Mesleki Pratiklerinde Alerji ile Karşılaşma Sıklıkları.

Özellik	n	%
Alerji hastalarıyla ile karşılaşma sıklığı (n=260)		
Nadiren	120	46.2
Sık	113	43.5
Çok sık	27	10.4

4.1.1 Araştırmaya Katılanların Alerjik Hastalıkların Yönetimi İle İlgili Önermelere Verdikleri Cevapların Değerlendirilmesi

Asistan hekimlerin alerjik hastalıkların yönetimi ile ilgili önermelere verdikleri cevaplara göre hekimlerin 125'i (%48,1) alerji yönetiminin tüm hekimlerce yapılması gerektiğini düşünürken 84'ü (%32,3) tüm hekimlerce yapılmayıp uzmana yönlendirilmesi gerektiğini düşünmektedir. Hekimlerin 51'i (%19,6) ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. (Tablo 7)

Tablo 7. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıkların Yönetimi ile İlgili Önermelere Verdikleri Cevaplar.

Önerme	n	%
Ürtikeri ve alerjik deri hastalığını yönetmekte zorlanırım. (n=260)		
Katılmıyorum	163	62.7
Katılıyorum	68	26.2
Fikrim yok	29	11.2
Alerji yönetimi tüm hekimlerce yapılmalıdır. (n=260)		
Evet	125	48.1
Hayır, uzmana yönlendirilmelidir.	84	32.3
Kararsızım	51	19.6

4.1.2. Araştırmaya Katılanların Alerjik Hastalıklar Ve Yönetimi İle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Cevaplar ve Bilgi Puanlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin alerjik hastalıklar ve yönetimi ile ilgili bilgi sorularına verdikleri cevaplar tablo 8' de verilmiştir. Buna göre alerjiye daha nadir sebep olan ilaçla ilgili soruya hekimlerin 102'si (%39,2) antihipertansifler olarak

doğru yanıt verirken, 73'ü (%28,1) Monoklonal antikorlar, 51'i (%19,6) epilepsi ilaçları, 25'i (%9,6) aspirin ve diğer NSAİİ ilaçlar ve 9'u (%3,5) antibiyotikler yanıtını vermiştir.

Kontakt dermatit tedavisinde etkisi daha az olan ilaçlara yönelik soruda; 46 hekim (%17,7) antihistaminikler olarak doğru yanıt vermiştir. Doğru seçeneği işaretlemeyen hekimlerden 87'si (%33,5) PUVA, 74'ü (%28,5) nemlendiriciler, 47'si (%18,1) oral steroidler ve 6'sı (%2,3) kortizon içeren merhemler yanıtını vermiştir.

Tablo 8. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi İle İlgili Bilgi Sorularına Verdikleri Cevaplar.

Sorular ve cevaplar	**n**	**%**
Polen mevsiminde hastalarınıza hangi saatler arasında daha çok kapalı alanda olmalarını önerirsiniz? *		
Sabah erken saatler	129	49.6
Öğle saatleri	94	36.2
Akşamları	37	14.2
Toplumumuz için besin alerjisine en sık yol açan besinlerden aşağıda verilenlerden hangisi yanlıştır? *		
Yeşil yapraklı sebzeler	138	53.0
Et	115	44.2
Yeşil yapraklı sebzeler ve et	88	33.8
İnek sütü	80	30.7
Yumurta akı	70	26.9
Balık	65	25.0
Alerjiye neden olan ilaçlardan hangisi çok daha nadir etkendir? (n=260)		
Antihipertansifler	102	39.2
Monoklonal antikorlar	73	28.1
Epilepsi ilaçları	51	19.6
Aspirin ve diğer NSAİ ilaçlar	25	9.6
Antibiyotikler (penisilin ve sefalosporinler)	9	3.5
Kontakt dermatit tedavisinde hangi ilaçların etkisi daha azdır? (n=260)		
PUVA	87	33.5
Nemlendiriciler	74	28.5
Oral steroidler	47	18.1
Antihistaminikler	46	17.7
Kortizon içeren merhemler	6	2.3
Sistemik reaksiyon (anaflaksi) gelişen hastada ilk müdahale olarak ne uygularsınız? (n=260)		
Adrenalin im	199	76.5
Adrenalin sc	47	18.1
Kortikosteroid	7	2.7
Antihistaminik	5	1.9
Fikrim yok	2	0.8

*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.
Doğru cevaplar koyu renkle belirtilmiştir.

Sistemik reaksiyon (anafilaksi) gelişen hastada ilk müdahaleye yönelik soruda intramuskuler adrenalin olan tedavi yanıtını doğru olarak 260 asistan hekimden 199'u (%76,5) belirtirken; 47'si (%18,1) subkutan adrenalin, 7'si (%2,7) kortikosteroid, 5'i (%1,9) antihistaminik yanıtlarını vermiş ve 2'si (%0,8) ise fikrinin olmadığı ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin alerjik hastalıklar ve yönetimi ile ilgili bilgi puanları tablo 9' da verilmiştir. Bilgi sorularının toplam puanı 10'dur ve puan ortalaması 4,63±2,09'dir (en küçük puan:0,0 en büyük puan:8,0). Buna göre çalışmaya dahil olan 260 asistan hekimden tam puan (10 puan) alan bulunmamaktadır. En büyük puan olan 8 puana ulaşan asistan hekim sayısı 33'tür (%12,7).

Tablo 9. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi ile İlgili Bilgi Puanları.

Puan (n=260)	**n**	**%**
0,0	10	3.8
1,0	5	1.9
2,0	33	12.7
3,0	20	7.7
4,0	61	23.5
5,0	37	14.2
6,0	46	17.7
7,0	15	5.8
8,0	33	12.7
Ortalama±Standart sapma=4.63±2.09 Ortanca=5.0 En küçük=0.0 En büyük=8.0		

Bilgi sorularının toplam puanı 10'dur.

4.1.3.Araştırmaya Katılanların Anaflaksi Olgusuyla Karşılaşma Durumları ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Ankete katılan 260 asistan hekimin 143'ü (%55,0) daha önce sistemik reaksiyon (anafilaksi) ile karşılaştığını ifade ederken 117'si (%45,0) daha önce sistemik reaksiyon (anafilaksi) olgusuyla karşılaşmadığını belirtmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Daha Önce Sistemik Reaksiyon (Anafilaksi) Olgusuyla Karşılaşma Durumları.

Durum	**n**	**%**
Anafilaksi olgusuyla karşılaşma (n=260)		
Evet	143	55.0
Hayır	117	45.0

Asistan hekimlerin anafilaksi olgusuyla karşılaşma durumlarındaki tutumları tablo 11' de verilmiştir. Buna göre sistemik reaksiyon saptanan hastada akut bulgular düzeldiğinde hekimlerin 161'i (%61,9) hastane yatışı ve gözlem önerdiğini, 121'i (%46,5) alerji kliniğine araştırma için yönlendirdiğini, 27'si (%10,4) uygun bulursa düzenli tedavi başladığını ve 1'i (%0,4) eve gönderdiğini belirtmiştir.

Alerji semptomları görülen hastada izlenen yola yönelik sorulan soruda; hekimlerin 129'u (%49,6) ilgili branşa sevk edeceğini, 111'i (%42,7) tanısını koyup korunma yöntemlerini anlatıp tedavi vereceğini,74'ü (%28,5) ise semptomatik tedavi vereceğini ifade etmiştir.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Sistemik Reaksiyon (Anafilaksi) Olgusuyla Karşılaşma Durumlarındaki Tutumları.

Tutum	**n**	**%**
Anaflaksi düzeldiğindeki tutumları*		
Hastane yatışı-gözlem öneririm.	161	61.9
Alerji kliniğine yönlendiririm.	121	46.5
Düzenli tedavi başlarım.	27	10.4
Eve gönderirim.	1	0.4
Anaflaksik olguyu ilgili branşa yönlendirmeme sebebi (n=162)		
Kendim tanı-tedavi yapabilirim.	79	48.8
Hasta istemiyor.	49	30.2
Benden farklı tedavi yapacağını düşünmüyorum	21	13.0
Sevk edeceğim yeri bilmiyorum	13	8.0
Alerji semptomu olan hastada izlenen yol*		
İlgili branşa sevk ederim.	129	49.6
Tanı koyar tedavi veririm.	111	42.7
Semptomatik tedavi veririm.	74	28.5
Kendisinin tanı koymama nedeni*		
Test yapacak materyalim yok.	102	39.2
Kendim tanı koyuyorum.	84	32.3
Yeterli bilgim/tecrübem yok.	71	27.3
Benim işim değil.	38	14.6
Zamanım yok.	22	8.4
Hastanın böyle bir kaygısı yok.	5	1.9
Alerjik hastalara koruyucu önlemler önerme (n=260)		
Evet	255	98.1
Hayır	5	1.9

*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.

Alerji semptomları ile başvuran hastalara 260 hekimden 255'i (%98,1) koruyucu önlemler önerdiğini, 5'i (%1,9) koruyucu önlemler önermediğini belirtmiştir.

4.1.4.Araştırmaya Katılanların Alerji ile İlgili Bilgi ve Eğitim Durumlarının Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin alerji ile ilgili bilgi ve eğitim durumlarına yönelik verilen cevaplar tablo 12' de verilmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin 6'sının (%2,3) alerjik hastalıklar konusundaki bilgi seviyelerini çok iyi, 34'ünün (%13,1) iyi, 165'inin (%63,5) orta ve 55'inin (%21,2) yetersiz olarak belirttiği görüldü.

260 asistan hekimden 185'i (%71,2) daha önce alerjik hastalıklar ve tedavileri hakkında eğitim aldığını, 75'i (%28,8) ise daha önce hiç eğitim almadığını belirttiği görüldü. Daha önce alerjik hastalıklar konusunda eğitim alan 185 hekimden; alınan eğitimin üzerinden geçen süre 2 ve daha az yıl olanlar 56'sı (%30,3), 3-5 yıl arası olanlar 96'sı (%51,9), 6 ve üzeri yıl olanlar 33'ü (%17,8) idi.

Tablo 12. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin alerji ile ilgili bilgi ve eğitim durumları.

Bilgi Ve Eğitimle İlgili Durumlar		
Alerjik hastalarda bilgi seviyesini algılama durumu (n=260)	n	%
Çok iyi	6	2.3
İyi	34	13.1
Orta	165	63.5
Yetersiz	55	21.2
Alerjik hastalarda bilgi seviyesini yetersiz görenlerin nedenleri (n=55) *		
Az hasta gelmesi	22	40.0
Tıpta yeterli eğitim almama	21	38.1
Yeterli kongre-seminer olmaması	16	29.0
İlgilendirmemesi	13	23.6
Sevk ettiğinden ihtiyacı olmama	9	16.3
Alerjik hastalıkla ilgili eğitim alma durumu (n=260)		
Evet	185	71.2
Hayır	75	28.8
Alınan eğitimden sonra geçen süre (n=185)		
2 ve daha az yıl	56	30.3
3-5 yıl	96	51.9
6 ve üzeri yıl	33	17.8

*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.

Çalışmaya katılan 260 hekimin 246'sı (%94,6) alerjik hastalıklardan korunma/ tedavi konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak isterken, 14'ü (%5,4) bu konuda daha fazla bilgi almak istemediklerini belirtmiştir. Daha fazla bilgi sahibi olmak isteyen 246 hekimden 176'sı (%71,5) tedavi şekillerini öğrenmek, 124'ü (%50,4) korunma yöntemlerini öğrenmek, 88'i (%35,7) tanı koymak ve 80'i (%32,5) alerjenler hakkında daha çok bilgi almak istediğini ifade etmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklardan Korunma/Tedavi Konusunda Bilgi Almayı İsteme durumları ve Bilgi Almak İstedikleri Konular.

Durum ve Konular	n	%
Bilgi almayı isteme durumu (n=260)		
Evet	246	94.6
Hayır	14	5.4
Bilgi almak istedikleri konular (n=246) *		
Tedavi şekillerinin öğrenilmesi	176	71.5
Korunma yöntemleri	124	50.4
Tanı koymak	88	35.7
Alerjenlerin bilinmesi	80	32.5

*Bu soruda birden fazla seçenek işaretlenebilmekteydi.

4.2. ALERJİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ İLE İLGİLİ DURUMLARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE KARŞILAŞTIRILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo14. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Cinsiyetine Göre "Ürtikeri ve Alerjik Deri Hastalığını Yönetmekte Zorlanırım." Önermesine Verdikleri Cevapların Dağılımı.

Ürtikeri ve alerjik deri hastalığını yönetmekte zorlanırım.									
	Katılmıyorum		**Fikrim yok**		**Katılıyorum**		**Toplam**		
Cinsiyet	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**p**
Erkek	77	66.4	20	17,2	19	16,4	116	44.6	**0.001**
Kadın	86	59.7	9	6,3	49	34,0	144	55.4	
Toplam	163	62.7	29	11,1	68	26,2	260	100.0	

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin cinsiyetine göre 'ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarını yönetmekte zorlanırım' önermesine verdikleri cevaplar arasında istatiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,001). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını

tespit etmek üzere 2'li gruplara tek tek bakıldığında, Benferroni düzeltmesi ile cinsiyete göre önermeye "katılıyorum" yanıtını verenlerle "katılmıyorum" yanıtını verenler arasında ve "katılıyorum" diyenlerle "fikrim yok" diyen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (Tablo 14).

Tablo15. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Asistanlık Sürelerine Göre "Ürtikeri ve Alerjik Deri Hastalığını Yönetmekte Zorlanırım." Önermesine Verdikleri Cevapların Dağılımı.

	Ürtikeri ve alerjik deri hastalığını yönetmekte zorlanırım.								
	Katılmıyorum		**Fikrim yok**		**Katılıyorum**		**Toplam**		
Asistanlık süresi	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**p**
0-12 ay	39	57.4	15	22.1	14	20.5	68	26.2	**<0.001**
13-24 ay	40	67.8	7	11.9	12	20.3	59	22.7	
25-36 ay	34	48.6	5	7.1	31	44.3	70	26.9	
37 ay ve üzeri	50	79.4	2	3.2	11	17.4	63	24.2	
Toplam	163	62.7	29	11.2	68	26.2	260	100.0	

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin asistanlık sürelerine göre 'ürtikeri ve alerjik deri hastalıkları yönetmekte zorlanırım' önermesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0.001$). Bu anlamlılığın hangi ikili gruplar arasındaki farktan kaynaklandığını tespit etmek için ikili gruplar arasında tek tek bakılan Benferroni düzeltmesi ile asistanlık sürelerine göre; 0-12 ay ve 13-24 ay asistanları arasında katılmıyorum yanıtını verenler ile fikrim yok yanıtını verenler ve fikrim yok diyenlerle katılıyorum diyenler arasında; 25-36 ay ve 37 ve üzeri ay asistanları arasında katılmıyorum yanıtını verenler ile fikrim yok yanıtını verenler arasında; 13-24 ay ve 25-36 ay asistanları arasında fikrim yok yanıtını verenler ve katılıyorum yanıtı verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo15).

Tablo16. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına Göre "Ürtikeri ve Alerjik Deri Hastalığını Yönetmekte Zorlanırım." Önermesine Verdikleri Cevapların Dağılımı.

	Ürtikeri ve alerjik deri hastalığını yönetmekte zorlanırım.			
	Katılmıyorum	**Fikrim yok**	**Katılıyorum**	**Toplam**

Uzmanlık alanı	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p
Dahili bilimler	116	64.1	20	11.0	45	24.9	181	69.6	0.75
Cerrahi bilimler	47	59.5	9	11.4	23	29.1	79	30.4	
Toplam	163	62.7	29	11.2	68	26.1	260	100.0	

Asistan hekimlerin uzmanlık alanları ile 'ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarını yönetmekte zorlanırım' önermesine verdikleri yanıtlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,75) (Tablo16).

Tablo17. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerji İle Karşılaşma Sıklığına Göre "Ürtikeri ve Alerjik Deri Hastalığını Yönetmekte Zorlanırım." Önermesine Verdikleri Cevapların Dağılımı.

	Ürtikeri ve alerjik deri hastalığını yönetmekte zorlanırım.								
	Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		Toplam		
Karşılaşma sıklığı	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	p
Nadiren	70	58.3	20	16.7	30	25.0	120	46.2	0.12
Sık	74	65.5	7	6.2	32	28.3	113	43.5	
Çok sık	19	70.4	2	7.4	6	22.2	27	10.4	
Toplam	163	62.7	29	11.2	68	26.1	260	100.0	

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin alerji ile karşılaşma sıklığına göre "ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarını yönetmekte zorlanırım." önermesine verdikleri cevaplar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,12) (Tablo 17).

4.3. SOSYODEMOGRAFİK VERİLERLE BİLGİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 18. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Bazı Özelliklerine Göre Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi İle İlgili Bilgi Puanları.

	Bilgi Puanları					
	n	Ort.±SS	Ortanca	En küçük	En büyük	p değeri
Cinsiyet						

Kadın	144	4.7±2.1	5.0	0.0	8.0	0.68*
Erkek	116	4.5±2.0	4.0	0.0	8.0	
Yaş (yıl)						
23-30 arası	201	4.7±2.0	5.0	0.0	8.0	**0.04****
31-40 arası	50	4.4±2.2	4.0	0.0	8.0	
41-50 arası	6	1.8±2.2	1.0	0.0	5.0	
51 ve üzeri	3	4.6±0.5	5.0	4.0	5.0	
Asistanlık süresi						
0-12 ay	68	4.8±1.8	4.0	2.0	8.0	0.71**
13-24 ay	59	4.7±2.0	5.0	0.0	8.0	
25-36 ay	70	4.4±2.4	4.0	0.0	8.0	
37 ay ve üzeri	63	4.4±2.0	5.0	0.0	8.0	
Meslekteki süresi						
0-5 yıl	204	4.7±2.0	5.0	0.0	8.0	0.33**
6-10 yıl	43	4.6±2.0	5.0	0.0	8.0	
11-15 yıl	5	2.6±2.7	2.0	0.0	6.0	
16-20 yıl	4	3.0±2.5	3.0	0.0	6.0	
21 yıl ve üzeri	4	4.7±0.5	5.0	4.0	5.0	
Uzmanlık alanı						
Dahili birimler	181	4.6±2.0	5.0	0.0	8.0	0.63*
Cerrahi birimler	79	4.4±2.2	4.0	0.0	8.0	
Günlük bakılan hasta sayısı						
0-9 hasta	28	4.9±1.6	4.5	2.0	8.0	**0.009****
10-19 hasta	38	5.6±2.0	6.0	1.0	8.0	
20-49 hasta	74	4.4±2.1	4.0	0.0	8.0	
50-99 hasta	67	4.6±1.9	4.0	0.0	8.0	
100 ve üzeri hasta	53	3.9±2.2	4.0	0.0	8.0	
Alerji hastalarıyla ile karşılaşma sıklığı						
Nadiren	120	4.3±2.1	4.0	0.0	8.0	**0.03****
Sık	113	4.7±1.9	5.0	0.0	8.0	
Çok sık	27	5.4±2.2	6.0	0.0	8.0	

* Mann Whitney U Testi yapılmıştır.
** Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin cinsiyetlerine göre alerjik hastalıklar ve yönetimi ile ilgili aldıkları bilgi puanları arasında anlamlı bir istatistiksel fark saptanmamıştır(p=0,68).

Asistan hekimlerin yaş grupları ile alerjik hastalıklar ve yönetimi ile ilgili aldıkları bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı

bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,04). Bu 4 yaş grubunun bilgi puanları arasındaki istatistiksel farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığının tespiti için ayrı ayrı Mann Whitney U testi yapılmıştır. Buna göre 23-30 yaş arasında olan hekimlerle 41-50 yaş arasında olan hekimlerin (p=0,006) ve 31-40 yaş arasında olan hekimlerle 41-50 yaş arasında olan hekimlerin (p=0,01) bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu saptanmıştır. 23-40 yaş arasındaki hekimlerin bilgi puanları 41 ve üzeri yaşlardaki hekimlerin puanlarından daha yüksek olarak saptanmıştır. (Tablo 18).

Asistanlık süresi ve bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılanların asistanlık süreleri 0-12ay, 13-24 ay, 25-36 ay ve 37 ay ve üzeri olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır. 0-12 ay olan grubun bilgi puanları ortalama 4,8±1,8 puan; 13-24 ay olan grubun bilgi puanları ortalama 4,7±2,0 puan; 25-36 ay olan grubun bilgi puanları ortalama 4,4±2,4 puan; 37 ay ve üzeri olan grubun bilgi puanları ise ortalama 4,4±2,0 puan saptanmıştır. Asistanlık süreleri ile bilgi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,71).

Hekimlerin mesleki deneyim süresi ve bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Mesleki deneyim süresi 0-5 yıl, 6-10 yıl, 11-15 yıl, 16-20 yıl, 21 ve üzeri yıl olarak 5 gruba ayrılmıştır. 0-5 yıl olan grubun bilgi puanı ortalama 4,7±2,0 puan; 6-10 yıl olan grubun bilgi puanı ortalama 4,6 ± 2,0 puan; 11-15 yıl olan grubun bilgi puanı ortalama 2,6 ± 2,7 puan; 16-20 yıl olan grubun bilgi puanı ortalama 3,0 ± 2,5 puan; 21 ve üzeri yıl olan grubun bilgi puanı ortalama 4,7 ± 0,5 puan saptanmıştır. Mesleki deneyim süresi ile bilgi puanı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,33).

Branşlar ile bilgi puanı arasında anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Cerrahi birimlerde görev yapan asistan hekimlerin bilgi puanı ortalaması 4,4± 2,2 puan iken dahili birimlerde görev yapan asistan hekimlerin bilgi puanı ortalaması 4,6 ± 2,0 puan olup; cerrahi ve dahili branşlar ile bilgi puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,63).

Günlük bakılan hasta sayısı ve bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Günlük bakılan hasta sayıları 0-9 hasta, 10-19 hasta, 20-49 hasta, 50-99 hasta, 100 ve üzeri hasta olmak üzere 5 gruba ayrılmıştır. Günlük 0-9 hasta

bakan hekimlerin bilgi puanı ortalama 4,9±1,6 puan; 10-19 hasta bakan hekimlerin bilgi puanı ortalama 5,6±2,0 puan; 20-49 hasta bakan hekimlerin bilgi puanı ortalama 4,4±2,1 puan; 50-99 hasta bakan hekimlerin bilgi puanı ortalama 4,6±1,9 puan; 100 ve üzeri hasta bakan hekimlerin bilgi puanı ortalama 3,9±2,2 puan olup günlük bakılan hasta sayısı ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmuştur (p=0,009). Bu 5 grup arasındaki farkın anlamlılığının hangi ikili gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ayrı ayrı Mann Whitney U testi yapılmıştır. Buna göre 10-19 hasta bakan asistan hekimlerle 20-49 hasta bakan asistan hekimlerin (p=0,008), 10-19 hasta bakan asistan hekimlerle 50-99 hasta bakan asistan hekimlerin (p=0,01), 10-19 hasta bakan asistan hekimlerle 100 ve üzeri hasta bakan asistan hekimlerin (p=0,001) bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır.

Alerji hastalarıyla karşılaşma sıklığı; hiç karşılaşmamış olanlar, nadiren karşılaşmış olanlar, sık ve çok sık karşılaşmış olanlar olarak 4 gruba ayrılmıştır. Hiç karşılaşmamış olan hekim olmadığı için istatistiksel olarak anlamlı sonuç alınamayacağından değerlendirme dışı bırakılmıştır. Alerji hastalarıyla nadiren karşılaşmış olan grubun bilgi puanı ortalama 4,3±2,1 puan, sık karşılaşmış olan grubun bilgi puanı ortalama 4,7±1,9 puan, çok sık karşılaşmış olan grubun bilgi puanı ortalama 5,4±2,2 puan saptanmıştır. Alerji hastalarıyla karşılaşma sıklığı ile bilgi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (p=0,03). Alerji hastalarıyla karşılaşma sıklığı arttıkça bilgi puanları artmaktadır. Bu 3 grubun bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olan farkın hangi ikili gruplardan kaynaklandığının tespiti için ayrı ayrı Mann Whitney U Testi yapılmıştır. Buna göre alerji hastalarıyla nadiren karşılaşan asistan hekimlerle çok sık karşılaşan asistan hekimlerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0,01) (Tablo 18).

4.4. ALERJİK HASTALIKLAR KONUSUNDAKİ ÖNERMELERE VERİLEN YANITLARLA BİLGİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ

‘Alerjik deri hastalıklarını yönetmekte zorlanırım’ önermesine verilen yanıtlarla bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Buna göre alerjik deri hastalıklarını yönetmekte zorlanmadığı yanıtını veren 163 asistan hekimin bilgi puanı

ortalama 4,6±2,0 puan, bu konuda fikri olmadığını beyan eden 29 asistan hekimin bilgi puanı ortalama 4,4±2,5 puan, alerjik hastalıkları yönetmekte zorlandığını ifade eden 68 asistan hekimin bilgi puanı ortalama 4,6±2,0 puan olup alerjik hastalıkların yönetimini yapabildiğini düşünen ve bu konuda zorlandığını düşünen asistan hekimlerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (P=0,95) (Tablo19).

Alerji yönetimi tüm hekimlerce yapılmalıdır önermesine verilen yanıtlar evet, kararsızım ve hayır olarak 3 gruba ayrılmıştır. Alerji yönetiminin tüm hekimlerce yapılması gerektiğini düşünen grubun bilgi puanı ortalama 4,8±2,1 puan, bu konuda kararsız olan grubun bilgi puanı ortalama 4,5±2,2 puan, Alerji yönetiminin uzmanı tarafından yapılması gerektiğini düşünen grubun bilgi puanı ortalama 4,3±1,8 puan olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (P=0,15).

Tablo 19. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklar Konusunda Bazı Önermelere Göre Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi ile İlgili Bilgi Puanları.

	Bilgi Puanları					
Önermeler:	**n**	**Ort.±SS**	**Ortanca**	**En küçük**	**En büyük**	**p değeri**
1-Ürtikeri ve alerjik deri hastalığını yönetmekte zorlanırım.						
Katılmıyorum	163	4.6±2.0	4.0	0.0	8.0	0.95*
Fikrim yok	29	4.4±2.5	5.0	0.0	8.0	
Katılıyorum	68	4.6±2.0	4.5	0.0	8.0	
2-Alerji yönetimi tüm hekimlerce yapılmalıdır.						
Evet	125	4.8±2.1	5.0	0.0	8.0	0.15*
Kararsızım	51	4.5±2.2	4.0	0.0	8.0	
Hayır, uzmana yönlendirilmelidir.	84	4.3±1.8	4.0	0.0	8.0	

* Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

4.5.ALERJİK HASTALIKLARLA İLGİLİ BİLGİ VE EĞİTİM DURUMLARI İLE BİLGİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRMALI DEĞERLENDİRİLMESİ

Daha önce anafilaksi olgusuyla karşılama durumu ile bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Anafilaksi olgusu ile karşılaştığını beyan eden hekimlerin aldığı bilgi puanı ortalama 4,6±2,0 puan, daha önce anafilaksi ile karşılaşmayan

hekimlerin bilgi puanı ise ortalama 4,5±2,1 puan saptanmıştır. Daha önce anafilaksi olgusu ile karşılaşma ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,95).

Çalışmaya katılan hekimlerin alerjik hastalıklar konusundaki bilgi seviyelerini algılama durumu ile bilgi puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Asistan hekimlerin alerjik hastalıklar konusunda bilgi seviyelerini algılama durumları; yetersiz, orta, iyi ve çok iyi olarak 4 gruba ayrılmıştır. Bilgi seviyesinin yetersiz olduğunu düşünen grubun aldığı bilgi puanı ortalama 4,1±1,9 puan iken, orta olduğunu düşünen grubun bilgi puanı ortalama 4,7±2,1 puan, iyi olduğunu düşünen grubun bilgi puanı ortalama 4,7±2,2 puan ve çok iyi olduğunu düşünen grubun bilgi puanı ortalama 5,3±1,6 puan saptanmıştır. Bilgi seviyelerinin çok iyi olduğunu düşünen asistan hekimler ile yetersiz olduğunu düşünen asistan hekimlerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,24) (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalıklarla İlgili Bazı Özelliklere Göre Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi İle İlgili Bilgi Puanları.

	Bilgi Puanları					
	n	**Ort.±SS**	**Ortanca**	**En küçük**	**En büyük**	**p değeri**
Anaflaksi olgusuyla karşılaşma						
Evet	143	4.6±2.0	4.0	0.0	8.0	0.95*
Hayır	117	4.5±2.1	5.0	0.0	8.0	
Alerjik hastalıklarda bilgi seviyesini algılama durumu						
Yetersiz	55	4.1±1.9	4.0	0.0	8.0	0.24**
Orta	165	4.7±2.1	5.0	0.0	8.0	
İyi	34	4.7±2.2	4.0	0.0	8.0	
Çok iyi	6	5.3±1.6	5.0	4.0	8.0	
Alerjik hastalıkla ilgili eğitim alma durumu						
Evet	185	4.7±2.1	5.0	0.0	8.0	0.17*
Hayır	75	4.3±2.0	4.0	0.0	8.0	
Alınan eğitimden sonra geçen süre						
2 ve daha az yıl	56	4.8±1.9	4.0	0.0	8.0	0.37**
3-5 yıl	96	4.5±2.2	4.0	0.0	8.0	

6 ve üzeri yıl	33	5.1±1.9	5.0	0.0	8.0	
Bilgi almayı isteme durumu						
Evet	246	4.6±2.0	5.0	0.0	8.0	0.10*
Hayır	14	3.5±2.2	4.0	0.0	6.0	

* Mann Whitney U Testi yapılmıştır.
** Kruskal Wallis Testi yapılmıştır.

Daha önce alerjik hastalıklarla ilgili eğitim alan asistan hekimlerin ortalama bilgi puanı 4,7±2,1 puan iken, eğitim almayan asistan hekimlerin ortalama bilgi puanı 4,3±2,0 puan olarak saptanmıştır. Buna göre alerjik hastalıklar ile ilgili eğitim alma durumu ve bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p=0,17).

Daha önce bir eğitim alındı ise eğitimin üzerinden geçen süre ile bilgi puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Eğitimin üzerinde geçen süre 2 veya daha az yıl olan hekimlerin ortalama bilgi puanı 4,8±1,9 puan, 3-5 yıl olan hekimlerin bilgi puanı ortalama 4,5±2,2 puan, 6 ve üzeri yıl olan hekimlerin bilgi puanı ortalama 5,1±1,9 puan olup buna göre eğitimin üzerinden geçen süre ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,37).

Alerjik hastalıklara yönelik bilgi almak isteyen hekim grubunun bilgi puanları ortalama 4,6±2,0 puan iken bu konuda bilgi almak istemeyen hekim grubunun bilgi puanları ortalama 3,5±2,2 puan olarak saptanmıştır ve istatistiksel olarak aralarında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,10) (Tablo 20).

Tablo21. Araştırmaya Katılan Asistan Hekimlerin Alerjik Hastalara Koruyucu Önlemler Önerme Durumuna Göre Alerjik Hastalıklar ve Yönetimi ile İlgili Bilgi Puanları.

	Bilgi Puanları					
Tutum	**n**	**Ort.±SS**	**Ortanca**	**En küçük**	**En büyük**	**p değeri**
Alerjik hastalara koruyucu önlemler önerme						
Evet	255	4.6±2.0	5.0	0.0	8.0	0.77*
Hayır	5	4.6±2.3	5.0	2.0	8.0	

* Mann Whitney U Testi yapılmıştır.

Alerjik semptomlar ile başvuran hastalara koruyucu önlemler önerdiğini ifade eden hekim grubunun bilgi puanı ortalama 4,6±2,0 puan iken herhangi bir koruyucu önlem önermeyen hekim grubunun puanı ortalama 4,6±2,3 puan olarak saptanmıştır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,77) (Tablo21).

4.6.BULGULARIN ÖZETİ

Uygulanan anket sonucunda ulaşılan hekimlerden mesleki pratikte alerji olgusu ile karşılaşmayan hekim olmadığı ve %53,9 oranında sık ve çok sık alerji olgusu ile karşılaşıldığı görüldü.

Hekimlerin %48,1'inin alerji yönetiminin tüm hekimlerce yapılması gerektiğini düşündüğü görüldü.

Alerjik hastalıklar ve yönetimine ilişkin sorulan sorulara verilen yanıtlar 10 puan üzerinden değerlendirilmiş olup en yüksek puanın 8 olduğu ve tam puan alan asistan hekim olmadığı görüldü.

Asistan hekimlerin %55' inin daha önce bir sistemik reaksiyon (anafilaksi) olgusu ile karşılaştığı; sistemik bulgular düzeldiğinde ise %46,5'inin alerji kliniğine araştırma için yönlendirdiği görüldü.

Alerji kliniğine yönlendirmeme sebebi olarak hekimlerin %48,8' inin kendisinin tanı koyup tedavi başlayabildiğini düşündüğü görülürken %13 ünün kendisinden farklı bir tedavi yapabileceğini düşünmediği %8'inin sevk edeceği yeri bilmediği görüldü.

Alerji semptomları görülen hastalarda kendilerinin tanı koymama sebebi olarak hekimlerin %39,2' sinin test yapacak materyali olmadığı, %27,3' ünün yeterli bilgi ve tecrübe sahibi olmadığını düşündüğü görüldü. Yine hekimlerin %14,6'sı tanı koymanın kendi işi olmadığını düşündüğü %8,4' ünün de zamanının olmadığını düşündüğü görüldü.

Alerjik hastalıklar konusundaki bilgi seviyesini asistan hekimlerin %84,7 gibi büyük bir çoğunluğunun orta-yetersiz olarak algıladığı, buna sebep olarak da %67,1 oranında tıpta yeterli eğitim almama ve yeterli kongre-seminer olmaması olarak belirtildiği görüldü.

Ürtikeri ve alerjik hastalıkları yönetmede cerrahi ve dahili branşlarda olunmasına göre ve alerjik hastalıklar ile karşılaşma sıklığına göre istatistiksel bir fark olmadığı görüldü.

Cinsiyetin, asistanlık süresinin, meslek süresinin ve branşın alerjik hastalıklar ve yönetimine yönelik bilgi puanlarıyla istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü.

23-30 yaş arasında olan hekimlerle 41-50 yaş arasında olan hekimlerin ($p=0,006$) ve 31-40 yaş arasında olan hekimlerle 41-50 yaş arasında olan hekimlerin ($p=0,01$) bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu; 23-40 yaş arasındaki hekimlerin bilgi puanlarının 41 ve üzeri yaşlardaki hekimlerin puanlarından daha yüksek olduğu görüldü.

Alerji hastalarıyla karşılaşma sıklığı arttıkça bilgi puanları artmaktadır. Buna göre alerji hastalarıyla nadiren karşılaşan asistan hekimlerle çok sık karşılaşan asistan hekimlerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu görüldü.

5.TARTIŞMA

Alerjik hastalıklar yalnızca bireylerin hayat kaliteleri, kariyerleri, kişisel gelişimleri ve yaşam tarzı seçimlerini olumsuz etkileyen bir sorun olmakla kalmayıp aynı zamanda iş gücü ve üretim kaybı nedeniyle ağır bir yük oluştururlar (58).

Diğer yandan ölümcül olabilen anafilaksi tanı ve tedavisinin özellikle sağlık çalışanları tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir (5). Son yıllarda yapılan çalışmalar, anafilaksi tanı ve tedavisinde hem dünyada hem de ülkemizde hekimlerin bilgi eksikliğinin olduğunu göstermiştir (55). Uluslararası literatürde anafilaksi tedavisi ve bu tedaviyi uygulayan sağlık çalışanlarının bilgi düzeyi ve uygulama pratiklerine yönelik olarak çok sayıda araştırma olmasına rağmen, ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmalar kısıtlıdır (5).

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %78,5'inin mesleki deneyim süresi 5 yıl ve altı; %16,5'inin mesleki deneyim süresi 6-10 yıl arasındadır. 10 yılın üzerinde mesleki deneyime sahip hekim oranı %3,4'tür. Edirne il merkezinde hekimlerin anafilaksi hakkındaki bilgi düzeylerine yönelik yapılan çalışmada da benzer şekilde hekimlerin çoğunun (%61,1) mesleki deneyim süreleri 5 yıl ve altı olarak saptanmıştır (20). Bu durum çalışmaların asistan hekimlere yönelik olarak yapılması ve asistan hekimlerin genellikle tıp eğitimi sonrası hemen uzmanlık eğitimine başlamaları ile açıklanabilir. Keza çalışmaya katılan asistan hekimlerin %77,3'ünün 23-30 yaş aralığında olduğu dikkat çekmektedir.

Anket verilerinden elde edilen sonuçlara göre hekimlerin %46,2'si gibi bir çoğunluğu günlük 50 ve üzerinde hasta baktığını belirtmiştir ve %53,9'u mesleki pratikte alerji olgusu ile sık veya çok sık karşılaştığını belirtmiştir. Dünyada giderek artan alerjik hastalıkların sıklığı düşünülürse hekimlerin bu olgularla karşılaşma ihtimalinin daha da artacağı öngörülebilmektedir.

Çalışmada asistan hekimlerin %62,7'si ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarını yönetmekte zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir. Özyurt ve ark. 2014 yılında yaptığı çalışmada katılımcıların %83,5'i ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarını yönetmekte zorlanmadığını ifade etmiştir (59). Bu oranlar, bizim çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, Özyurt ve ark.'nın yaptığı çalışmanın çok sayıda aile hekimi

ile yapılmış olmasıyla; bu çalışmada ise tüm branşların yanı sıra radyoloji hekimleri ve pek çok cerrahi bilim hekimlerinin de katılmış olmasıyla açıklanabilir.

Verilerden elde edilen sonuçlara göre asistan hekimlerin %48,1'i alerjik hastalıkların yönetiminin tüm hekimlerce yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Alerjiye daha nadir sebep olan ilaç ile ilgili soruya hekimlerin yalnızca %39,2'si doğru yanıt vermiştir. %19,6'sı epilepsi ilaçları, %9,6'sı aspirin ve diğer non-steroid ilaçlar, %3,5'i antibiyotik yanıtını vermiştir. H.Z. Yazıcı Öztürk ve ark.'nın yaptığı çalışmada ilaç alerjisi tanısıyla yatırılarak tedavi edilen hastalar incelenmiş ve reaksiyon tipinden bağımsız genel olarak bakıldığında alerjik reaksiyona ve döküntülere en sık sebep olan ilaçlar; ASA/diğer non-steroidler ve antibiyotikler (özellikle sefalosporinler ve penisinler) olarak saptanmıştır. Ayrıca antiepileptiklerin penisilin/sefalosporin grubu antibiyotiklerle benzer oranda reaksiyona yol açtığı görülmüştür (60). Çin'de Dermatoloji Kliniğinde yatan hastaların incelendiği epidemiyolojik bir çalışmada, özellikle şiddetli ilaç reaksiyonun çoğunlukla antibiyotik ve antikonvülzanlara bağlı olduğu bildirilmiştir (61). Bu çalışmada özellikle antiepileptiklerin alerjik reaksiyona sebep olabildiğinin bilinmemesi asistan hekimlerin bu konuda bilgi eksiklikleri olduğunu düşündürmektedir. Bunun nedeni tıp eğitiminde bu konunun üzerinde yeteri kadar durulmaması veya hekimlerin bilgilerini güncellemeye yönelik eğitim toplantılarının yapılmaması olabilir.

Anafilaksi tanısı konulan bir hastaya hızlı, doğru ve etkin tedavinin başlanması hayat kurtarıcı öneme sahiptir. Bu amaçla ilk uygulanması gereken epinefrinin; doz, konsantrasyon ve tercih edilen uygulama yolu tam olarak bilinmelidir. Epinefrinin intravenöz olarak yanlış dozlarda kullanılması hayatı tehdit eden durumlar oluşturabilir. Çalışmada hekimlerin %76,5'i anafilakside ilk uygulanacak tedavi olarak adrenalini ve intramuskuler yolu tercih ederek doğru şekilde yanıtlamıştır. Çatal ve ark.'nın 2014 yılında aile hekimlerine yönelik yaptığı çalışmada hekimlerin %31,2'si intramusküler adrenalin doğru yanıtını vermiştir (55). Ülkemizde yakın zamanda Topal ve Ark'ları, hekimlerin anafilaksi tanısı koydukları hastaların %45,9'una IM adrenalin yaptıklarını rapor etmiştir (62). Bu çalışmada anafilaksi tedavisinde ilk tercih olarak intramusküler adrenalin kullanma oranının belirgin şekilde daha yüksek olması, katılımcıların üçüncü basamak bir merkezde ve çeşitli branşlarda çalışan asistan hekimlerden oluşmasından kaynaklanabileceği

düşünülmektedir. Literatürde benzer çalışmaların çoğunlukla birinci basamak hekimleri veya branş kapsamında yapılmış olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise aile hekimliği, pediatri, iç hastalıkları, acil tıp gibi anafilaksi ile sık karşılaşan branşlardan pek çok asistan hekim katılmıştır. Özmen ve ark.'nın üçüncü basamak sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı çalışmada da benzer şekilde asistan hekimlerin büyük çoğunluğunun (%75,5) anafilakside adrenalinin uygulama şeklini doğru cevapladıkları görülmüştür (5).

Daha önce sistemik reaksiyon ile karşılaşma durumları sorgulandığında hekimlerin %55'i karşılaştığını belirtmiştir. Çatal ve ark.'nın yaptığı çalışmada da benzer şekilde sistemik reaksiyon ile karşılaşma oranları %48,8 olarak belirtilmiştir (55).

Anafilaksi olgusu ile karşılaşan hekimin görevi, hastaya ilk tedaviyi yapmak ve hastanın hayati tehlikesinin ortadan kalkması sonrasında, sebebin belirlenmesi, hasta eğitimi ve uzun süreli izlemi açısından alerji uzmanının olduğu bir merkeze yönlendirmektir. Çalışmamızda hekimlerin anafilaksi olgusu ile karşılaşmaları durumunda akut bulgular düzelince sergileyecekleri tutumlar sorgulandığında %45,5'i alerji kliniğine araştırma için yönlendireceğini belirtmiştir. Çatal ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise katılımcıların %80'inin alerji kliniğine yönlendireceğini belirttiği görülmüştür (55). Baççıoğlu ve ark.'nın yaptığı araştırmada da benzer şekilde hekimlerin %85,2'si anafilaksi geçiren hastayı bir alerji kliniğine yönlendirmenin gerekliliğini belirtmiştir (63). Bizim çalışmamızda bu oranın daha düşük olmasının sebebi; çalışmamızın üçüncü basamak bir merkezde yapılıyor olması ve alerji kliniğine sahip (iç hastalıkları, pediatri gibi) bölümlerin asistanlarını da kapsıyor olması ile açıklanabilir. Keza çalışmamıza katılan asistan hekimlerin %61,9'unun bu soruya hastane yatışı ve gözlem önereceğini belirtmesi bu açıklamayı doğrular niteliktedir.

Anafilaksi gelişen hastada ilgili branşa sevk etmeme nedenleri sorgulandığında hekimlerin %48,8'inin kendisinin tanı koyup tedavi edebileceğini belirttiği görülmüştür. Yine %30'u hastaların gitmek istemediğini ifade etmiştir. %13'ü ise ilgili branşın farklı bir tedavi yapacağını düşünmediğini belirtmiştir. Çalışmadaki bu verilerden elde edilen sonuçlara bakıldığında alerji konusunda eğitim eksikliğinin hastalarda olduğu kadar hekimlerde de olduğu görülmektedir. Anafilaksi geçiren tüm

hastaların bir alerji uzmanına yönlendirilmesi sadece sorumlu alerjeni tanımlamak değil, uzun vadeli bir yönetim planı oluşturmak ve hasta ile yakınlarının eğitimi için de gereklidir.

Alerji semptomları görülen hastalarda asistan hekimlere kendileri tanı koymuyorlarsa izledikleri yol sorgulandığında %39,2'si test yapacak materyal olmadığı, %27,3'ü yeterli bilgi/tecrübesinin olmadığını ifade etmiştir. Kocatürk Göncü ve ark.'nın 2016 yılında yaptığı mesleki egzamalara yönelik araştırmada da benzer şekilde hekimlerin büyük çoğunluğunun kendilerinin tanı koymama sebebi olarak bu iki seçeneği daha fazla seçtiği görülmüştür (64). Holness ve ark.'nın yaptığı çalışmada mesleki egzama tanısını kendisinin koymamasına sebep olarak dermatologlarda 'gerekli test araçlarının eksikliği' anlamlı olarak yüksek bulunurken dermatolog olmayan doktorlarda 'bilgi ve deneyim eksikliği' seçeneği anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (65). Bu durum özellikle alerjik hastalıklar konusunda daha fazla bilgilendirici toplantılar, seminerler veya yayınlar sunulması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca tanı koymak için gerekli materyalin daha fazla merkezde uygulanabilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur.

Verilerden elde edilen sonuçlara göre asistan hekimlerin %63,5'i alerjik hastalıklar konusundaki bilgi seviyesini orta, %21,2'si yetersiz olarak görmektedir. Bilgi seviyesini yetersiz gören hekimlerin yetersiz bilgiye sahip olma sebepleri incelendiğinde ise %38,1'i tıp eğitimi süresince yeterli eğitim almadığını, %29'u bu konu ile ilgili yeterli kongre/seminer yapılmadığını ifade ettiği görülmüştür. Kocatürk Göncü ve ark.'nın yaptığı çalışmada da benzer şekilde hekimler bu konuda yetersiz eğitim aldıklarını belirtmiştir (64). Bu da doğru tanı ve tedavi oranlarının arttırılabilmesi için hem tıp fakültesi eğitimlerinin iyileştirilmesi hem de etkin ve pratiğe dayalı mezuniyet sonrası eğitimlere ağırlık verilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin %71,1'i daha önce alerjik hastalıklar ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir. Daha önce eğitim aldığını ifade edenlerin ise yalnızca %30,3'ünün son 2 yıl içinde eğitim aldığı saptanmıştır. Katılımcıların %94,6'sı gibi büyük bir çoğunluğu alerjik hastalıklar konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini belirtirken, en çok bilgi sahibi olunmak istenen konuların 'alerjik

hastalıkların tedavi şekillerinin ve korunma yöntemlerinin öğrenilmesi' olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan asistan hekimlerin cinsiyetleri ile ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarını yönetme durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre erkek asistan hekimlerin kadınlara göre ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarını yönetmekte daha fazla zorlandıkları görülmüştür. Fakat cinsiyete göre bilgi puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır.

Ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarını yönetme durumları ile hekimlerin asistanlık sürelerinin arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre 37 ay ve üzeri asistanlık süresi olan hekimlerin, 25-36 ay arası asistanlık süresi olanlara göre;13-24 ay arası asistanlık süresi olan hekimlerin 0-12 ay asistanlık süresi olan hekimlere göre ürtikeri ve alerjik deri hastalıkların yönetmekte daha az zorlandıkları görülmüştür. Asistanlık süresi ile hekimlerin bilgi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise ortalama puanların birbirine çok yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Fakat asistanlık süresi arttıkça bilgi puanlarında düşüş olması söz konusudur. Güvenir ve ark.'nın ilaç alerjileri ile ilgili yaptığı çalışmada bizim çalışmamızın aksine istatistiksel olarak fark olmamakla birlikte, uzmanlık eğitimi süresi ilerledikçe soruların doğru yanıtlanma oranının arttığı görülmüştür (66).

Çalışmada cerrahi ve dahili branşlardaki asistan hekimlerin ürtiker ve alerjik deri hastalıklarını yönetme durumları ve bilgi puanları arasındaki ilişkiler incelenmiş, anlamlı fark saptanmamıştır. Fakat dahili birimlerde görev yapan asistanların bilgi puanı ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi alerji ve immunoloji kliniğine sahip iç hastalıkları ve pediatri kliniklerinden çok sayıda asistanın çalışmaya katılmış olması olabilir. Edirne'de 2018 yılında anafilaksi ile ilgili yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızın aksine cerrahi branş hekimlerinin bilgi skorları daha yüksek bulunmuştur (20).

Alerjik hastalıklarla mesleki pratikte karşılaşma sıklığı ile asistan hekimlerin alerjik hastalıkları yönetme durumları arasında istatistiksel olarak fark olmamakla birlikte, alerjik hastalıklarla karşılaşma sıklığı arttıkça hekimlerin ürtikeri ve alerjik hastalıkları yönetmekte daha az zorlandıklarını belirttikleri saptanmıştır. Çalışmadan

elde edilen verilere göre hekimlerin alerji hastalarıyla karşılaşma sıklığının arttıkça bilgi puanlarının arttığı saptanmıştır. Buna göre alerji hastalarıyla nadiren karşılaşan asistan hekimlerle çok sık karşılaşan asistan hekimlerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Bu durum hekimlerin tecrübelerinin artmasıyla, sık gördükleri olgulara zamanla yaklaşım geliştirme ve bilgilenme durumlarının artmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada asistan hekimlerin yaş grupları ile bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Buna göre 23-40 yaş arasındaki asistan hekimlerin bilgi puanları 41-50 yaş arasındakilerden daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. En yüksek bilgi puan ortalamasının ise 23-30 yaş arasında olduğu saptanmıştır.

Mesleki deneyim arttıkça, hekimin tecrübesinin ve becerisinin artması beklenen bir durumdur, ancak yapılan çalışmalar bunun tam tersini ortaya çıkarmıştır. Çalışmada mesleki deneyim süreleri ile bilgi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır, fakat mesleki deneyim süresi 0-10 yıl olan hekimlerin bilgi puanlarının ortalamasının daha fazla olduğu görülmüştür. Bekdaş ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada meslek deneyimi az olan pratisyen hekimlerin meslek deneyimi fazla olanlara göre daha doğru tanı koydukları görülmüştür (19). Edirne'de yapılan benzer bir çalışmada ise mesleki deneyim süresi ile bilgi skorları arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmış olup mesleki deneyim süresi arttıkça bilgi skorlarının anlamlı olarak düştüğü görülmüştür (20). Bu durum genç hekimlerin bilgilerinin daha güncel olmasıyla açıklanabilir. Mezuniyet sonrası bilgi düzeyinde zaman içinde azalma olduğu, bilgilerin güncel tutulmasının ve belirli zaman aralıklarında bu yönde eğitim/seminer yapılmasının faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Günlük bakılan hasta sayısı ve bilgi puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Günlük 10-19 hasta bakan asistan hekimlerin bilgi sorularından aldıkları puanlar, günlük 20 ve üzeri sayıda hasta bakan asistan hekimlerden yüksek bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen verilere göre alerjik hastalıkların yönetimini yapmakta zorlanmadığını düşünen asistan hekimlerle, bu konuda zorlandıklarını ifade eden asistan hekimlerin bilgi puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu da her

ne kadar hekimlerin ürtikeri ve alerjik hastalıkları yönetebildiklerini düşünseler de teorik bilgi eksikliklerin olduğunu düşündürmektedir.

Daha önce anafilaksi olgusu ile karşılaşma durumları ile hekimlerin bilgi puanları kıyaslandığında aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fakat anafilaksi ile karşılaşan hekimlerin bilgi skorları daha yüksek bulunmuştur. Anafilaksi ile ilgili yapılan bir çalışmada hekimlerin sistemik reaksiyon ile karşılaşma durumlarının bilgi skorları ile arasındaki ilişki değerlendirilmiş, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, karşılaşanların bilgi skorlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (20). Baççıoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir (63). Fakat bu konuda literatürde yapılan çalışmaların çoğu anafilaksi tedavisine yönelik bilgi soruları ile kısıtlıdır. Bu anlamda çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Asistan hekimlerin alerjik hastalıkları konusundaki bilgi seviyelerini algılama durumları ile bilgi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, bilgi seviyesinin yetersiz olduğunu düşünen hekim grubunun iyi ve çok iyi olduğunu düşünen hekim grubuna göre bilgi puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür. Bunun yanında alerjik hastalıklar konusunda bilgi seviyesinin iyi veya çok iyi olduğunu düşünen asistan hekim grubunda bile tam puana ulaşan asistan hekim olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle tüm branşlardaki hekimlerin alerji yönetimi ile ilgili tam ve donanımlı olmasını sağlamak için gerekirse bu konularda meslek içi eğitimin artırılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmada daha önce alerjik hastalıklar konusunda eğitim alan hekimlerin bilgi puanları ile eğitim almayanların bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır, fakat eğitim almayanların bilgi puanları ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür. Yine eğitim sürelerinin üzerinden geçen süre ile bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Can ve ark.'nın 2018 yılında yaptığı bir çalışmada pediatri hekimlerine alerji konusunda meslek içi eğitim verilmiş, eğitim sonrası bilgi düzeylerinde anlamlı artış olduğu saptanmıştır (67). Kahveci ve ark.'nın yaptığı çalışmada da benzer şekilde eğitim sonrasında bilgi skorlarının yükseldiği görülmüştür (68). Bu bulgular hekimlerin mezuniyet sonrası periyodik eğitimlere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

İzmir İli S.B.Ü Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan asistan hekimlerin alerjik hastalıklar ve yönetimi hakkındaki bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla yürüttüğümüz çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmada daha önce alerjik hastalıklarla karşılaşmayan hekim olmadığı ve hekimlerin yarısından fazlasının mesleki pratikte alerjik hastalıklarla sık veya çok sık karşılaştığı görüldü.

2. Hekimlerin alerjik hastalıklar ve yönetimine yönelik bilgi sorularına verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde tam puan alan hekim olmadığı görüldü.

3. Anafilaksi tedavisinde tercih edilecek ilk müdahale sorusunda intramusküler adrenalin doğru yanıtını veren hekimlerin oranı %76,5 idi. %18,1'inin subkutan yolu tercih ettiği saptandı. Verilen cevaplar doğrultusunda hekimlerin anafilaksi tedavisi ve uygulama yolu ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğu görüldü.

4. Hekimlerin %21'inin alerjik hastalıklarla ilgili bilgi seviyesini yetersiz, %63,5'inin orta düzeyde olarak değerlendirmekte olduğu saptandı. Bunun sebebi olarak da bu konu ile az hasta geldiğini düşünmelerinin yanı sıra hekimlerin %38,1'i tıpta bu konuda yeterli eğitim alamadığını, %29'u yeterli kongre ve seminer yapılmadığını düşünmekte idi.

5. %71,2 oranında hekimin daha önce bu konuda eğitim aldığı saptandı fakat yarısından fazlasının eğitim aldıktan sonra üzerinden geçen sürenin 3 yıl ve üzerinde olduğu saptandı.

6. Hekimlerin %94,6'sı gibi büyük bir çoğunluğu alerjik hastalıklar konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini belirtirken, en çok bilgi sahibi olunmak istenen konuların 'alerjik hastalıkların tedavi şekillerinin ve korunma yöntemlerinin öğrenilmesi' olduğu tespit edildi.

Bu bulgular kapsamında asistan hekimlerin alerjik hastalıklar konusunda bilgi eksiklikleri, tutum ve davranış farklılıkları olduğu görülmüştür.

Şehirleşme, endüstrileşme, hava kirliliği ve iklim değişiklikleri gibi alerji tetikleyicilerinin değişmesi beklenmediğine göre gelecekteki tek çözüm önleyici ve tedavi edici stratejileri güçlendirmek ve ideal hale getirmekten geçmektedir. Bu konuda hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının eğitimi çok önemlidir.

Diğer yandan hekimlerin dikkatleri alerji konusuna çekilerek bu konuda farkındalıkların artırılması sağlanmalıdır. Bu anlamda atılabilecek bir diğer adım da anket vb. çalışmaların daha çok yapılması olabilir.

Anafilaksi tedavisi kadar sonrasında hastaların, sebebin belirlenmesi ve uzun süreli izlemi açısından alerji uzmanının olduğu merkezlere yönlendirilmesi de en az anafilaksinin kendisi kadar elzem bir konudur. Fakat çalışmada hekimlerin %75,5 gibi büyük bir çoğunluğu anafilaksi tedavisini bildiği halde sadece %45,5 'i alerji kliniğine yönlendireceğini ifade etmiştir. Bu da hekimlerimizin sadece teorik anlamda değil davranış ve tutumlarını değiştirmek için de eğitime ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak hekimlerin alerjik hastalıklar ve anafilaksi konusunda bilgi eksiklikleri olduğu görülmektedir. Literatürde ülkemizde bu anlamda yapılmış pek fazla çalışmanın olmaması dikkat çekmektedir. Özellikle bu konuda çalışmanın ülkemiz literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu konuda daha fazla bilgilendirici toplantılar ve seminerler yapılması, yayınlar sunulması önerilebilir. Sadece uzmanlık eğitimi değil tıp fakültesi eğitimlerinin de geliştirilmesi, etkin ve pratiğe dayalı eğitimlere ağırlık verilmesi sağlanabilir. Alerjik hastalıklar konusunda yapılacak yeni anket çalışmalarına da ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

7.KAYNAKLAR

1. Türk Toraks Derneği; Alerji Nedir? Erişim: https://www.toraks.org.tr/news.aspx?detail=2376 Erişim tarihi:19/09/2019
2. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği; Alerjenler. Erişim: https://www.aid.org.tr/hastaliklar/alerji/alerjenler/ Erişim tarihi:19/09/2019
3. Nolte H, Nepper-Christensen S, Backer V. Unawareness and undertreatment of asthma and allergic rhinitis in a general population. Respir Med 2006; 100:354-62.
4. Genuis SJ. Sensitivity-related illness: the escalating pandemic of allergy, food intolerance and chemical sensitivity. Sci Total Environ 2010;408(24):6047-61.
5. Özmen S, Aykan E, Çörüt N, Bostancı İ. Üçüncü Basamak Sağlık Çalışanlarının Anafilaksi ve Adrenalin Oto-Enjektör Bilgi Düzeyleri. The Journal of Pediatric Research 2015;2(3):152-7
6. Pumphrey RS. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. Clin Exp Allergy 2000;30(8):1144-50
7. Cetinkaya F, Sezgin G, Aslan OM. Dentists' knowledge about anaphylaxis caused by local anaesthetics. Allergol Immunopathol (Madr) 2011; 39(4):228-31
8. Cetinkaya F, Zubarioglu AU, Goktas S. Pediatricians' knowledge about recent advances in anaphylaxis treatment in Istanbul, Turkey. Turk J Pediatr 2009; 51(1):19-21.
9. Gemicioğlu B. Allerji Tanımı ve İmmünopatogenezi. Allerjiler Sempozyumu ,2001, s. 9-19
10. Karaaslan Ç, Birben E, Kalaycı C Ö. Astımda Genetik Faktörler ve Gen-Çevre Etkileşimi. Klinik Tıp Pediatri Dergisi Cilt: 9 Sayı: 2 Mart- Nisan 2017
11. Marsh D.G. Genetic studies of IgE responsiveness and asthma. In: From genetic to quality of life. P. Chanez, J.Bousquet, F.B. Michel, P. Godard (eds) 1st ed. Hogrefe and Huber Publichers. Seattle, pp 9-14, 1996.

12. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği Alerji Nasıl Gelişir? Erişim: https://www.aid.org.tr/hastaliklar/alerji/alerjik-hastaliklar-nasil-gelisir/ Erişim tarihi:22.09.2019
13. Birben E, Saçkesen C. Allerjik Enflamasyon. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2014; 57: 35-49
14. Frieri M. İnflammatory İssues in Allergic Rhinitis and asthma. Allergy Asthma Proc 2005; 26: 163–9.
15. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği; Alerjik Hastalıklar. Erişim: https://www.aid.org.tr/hastaliklar/alerji-ve-bagisiklik-sistemi-hastaliklari Erişim tarihi:25.09.2019
16. Uluç NN. Sakarya İlindeki Aile Hekimlerinin Çocukluk Çağı Astım Hastalığı Hakkındaki Tutum, Bilgi ve Davranışları. Uzmanlık Tezi. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,2018
17. Türk Toraks Derneği Astım Allerji Çalışma Grubu Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2016
18. Kelly H. W. The Assessment of Childhood asthma. Pediatr Clin North Am, 2003; 50(3), 593-608
19. Bekdaş M, Dilek M, Açıkel E, Ağalday B, Erkoçoğlu M. Tıp Fakültesi Öğrencileri ve Pratisyen Hekimlerin Anafilaksinin Tanı ve Tedavisi Konusundaki Bilgileri. Pamukkale Tıp Dergisi 2014;7(3):202-8
20. Yıldız R. Edirne İl Merkezindeki Hekimlerin Anafilaksi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2018
21. Sipahi. S, Tamay ZÜ. Anafilaksiye Yaklaşım. Çocuk Dergisi 2016; 16(3-4):86-91
22. Simons FER, Ardusso LRF, Bilo MB, El- Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis. J Allergy Clin Immunol 2011; 127:587-93
23. Turan E K. Edirne İlindeki Kreş Çocuklarında Besin Alerjisi Prevalansı, Risk Faktörleri ve Astımla İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı 2012

24. Ulusoy E. Besin Alerjilerinin Değerlendirilmesi. Klinik Tıp Pediatri Dergisi,2017; Cilt: 9 Sayı: 2
25. Boyce JA, Assa'ad A, Burks W, Jones SM, Sampson HA, Wood RA et al. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: Summary of the NIAID sponsored expert panel report. Nutrition research 31, 2011; 61–75.
26. Ersözlü Y. Besin Alerjisi Tanılı Hastalarda Tolerans Gelişimi ve Toleransa Etki Eden Faktörler. Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2017
27. Dibek Mısırlıoğlu E, Bostancı İ. Besin Allerjisi. Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis 2013; 4:206-13.
28. Lack G. Clinical practice. Food allergy. N Engl J Med 2008;359: 1252-60.
29. World Health Organization. International Drug Monitoring: the role of the Hospital. Geneva: The Organization, 1996.
30. Sapan N, Aktaş B. Çocuklarda İlaç Alerjileri. Türk Pediatri Arşivi Dergisi/2012; 47: 84-9
31. Yazıcıoğlu M, Çelik V. İlaç Alerjisi. Klinik Tıp Pediatri Dergisi ,2017; Cilt: 9 Sayı: 2
32. Mirakian R, Ewan PW, Durham SR, et al. BSACI guidelines for the management of drug allergy. Clin Exp Allergy 2009; 39:43-61.
33. Özçeker D, Kaya G, Tamay Z. Çocuklarda İlaç Alerjisine Güncel Yaklaşım. Çocuk Dergisi 2013; 13(3):95-100
34. Özdemir Ö, Elmas B. Allerjik Rinit Tanı ve Tedavisindeki Yenilikler. Asthma Allergy Immunol 2017; 15:1-16
35. Kepil Özdemir S. Polene Duyarlı Allerjik Rinitli Hastalarda Mevsim Öncesi Allergoid İmmünoterapinin Klinik ve İmmünolojik Etkileri. Yan Dal Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı İmmunoloji ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, 2011
36. Orban NT, Saleh H, Durham SR. Allergic and Non-allergic Rhinitis. In: Adkinson NF, Holgate ST, Bochner BS, Lemanske RF, Buse W, Simons FE (eds). Middleton's Allergy Principles&Practice. Seventh edition, China, Elsevier, 2009; 973-90.

37. Duman H, Dibek Mısırlıoğlu E, Giniş T, Bostancı İ. Çocuklarda Alerjik Rinit. Çocuk Dergisi 2010; (2):62-8
38. Tarkan Ö, Sürmelioğlu Ö, Tuncer Ü. Alerjik Rinitte Güncel Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. Arşiv Tarama Dergisi, 2009, Cilt 18, Sayı 3, Sayfalar 156 - 170
39. Kocatürk Göncü E, Aktan Ş, Atakan N, Bülbül Başkan E, Erdem T, Koca R ve ark. Türkiye Ürtiker Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2016. Turkderm- Arch Turk Dermatol Venerology 2016; 50:82-98
40. Erdem T. Ürtikerli Hastaya Yaklaşım. Turk J Dermatol 2014; 3: 178-82
41. İşçimen A. Ürtiker ve Angioödem. Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu 2001; 65-75
42. Bernstein, J.A., et al., The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2014. 133(5): p. 1270-77
43. Yiğit R E. Çocuk Acil Serviste Akut Ürtikerli Çocukların Tedavisinde Hekimlerin Tedavi Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2019
44. Arıcan Ö, Kutluk R. Ürtikerde Klinik ve Tedavi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi,2002; Cilt 13:3
45. Ertekin A. Anjioödem. Bozok Tıp Dergisi 2019;9(1):160-65
46. Güneş AT, Akarsu S. Anjiyoödem: Tanı ve tedavi yaklaşımları. Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology 2013; 47: 7-18
47. Oğuz O. Kontakt Dermatit, Dishidrotik Ekzema ve Atopik Ekzema. Allerjiler Sempozyumu 2001; 83-9
48. Önder M. Alerjik Kontakt Dermatitler. Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology 2009; 43: 3-9
49. Giniş T. Çocuklarda Atopik Dermatit. Çocuk Dergisi ,2009; 9(2):62-7
50. Spergel JM, Paller AS. Atopic dermatitis and the atopic march. J Allergy Clin Immunol 2003; 112:118-27.
51. Ertam İ, Su Ö, Alper S, Sarıcaoğlu H, Karadağ AS, Odyakmaz Demirsoy E ve ark. Türkiye atopik dermatit tanı ve tedavi kılavuzu-2018. Turkderm-Arch Turk Dermatol Venerology 2018; 52:6-23

52. Weidinger S, Novak N: Atopic dermatitis. Lancet 2016; 387:1109-22.
53. Oğuz O. Atopik Dermatit. Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu 18-19 Ekim 2001, İstanbul, s:57-9
54. Krishna MT, Ewan PW, Diwakar L, et al. British Society for Allergy and Clinical Immunology. Diagnosis and management of hymenoptera venom allergy: British Society for Allergy and Clinical Immunology (BSACI) guidelines. Clin Exp Allergy 2011;41(9):1201-20.
55. Çatal F, Topal E, Çeliksoy MH, Söğüt A, Şahin MK, Şahin G ve ark. Aile Hekimlerinin Arı Venom Alerjisi, Tedavisi ve Adrenalin Oto Enjektör Kullanım Becerisi Konularındaki Bilgi Düzeyleri. J Turgut Ozal Med Cent 2014;21(1):33-6
56. Canıtez Y, Çekiç Ş, Sapan N. Arı Alerjisi. Klinik Tıp Pediatri Dergisi,2017; Cilt: 9 Sayı: 2
57. Gezer D, Şenel E, Süslü İ. Arı Sokmalarına Karşı Oluşan Reaksiyonlar. Genel Tıp Derg 2012;22(3):102-3
58. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI); Avrupa İmmunoterapi Deklarasyonu. Semptomlar Ötesinde Allerjiyle Savaşmak, Turkish.pdf Erişim Tarihi: 05.11.2019
59. Özyurt K, Sucaklı M H, Çölgeçen E, Çelik M. Aile Hekimlerinin Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklarla İlgili Teorik Bilgileri, Tanı ve Tedavi Eğilimleri. Türkderm 2014; 48: 254-62
60. Yazıcı Öztürk H Z, Sarıcaoğlu H, Yazıcı S, Hacıoğlu Ş, Köran Karadoğan S, Bülbül Başkan E ve ark. İlaç Reaksiyonu Tanısıyla Yatırılan Olguların Değerlendirilmesi: Retrospektif Çalışma. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,2010; 36 (3) 75-80
61. Li LF, Ma C. Epidemiological study of severe cutaneous adverse drug reactions in a city district of China. Clin Exp Dermatol 2006; 31:642-7.
62. Erdem Topal, Arzu Bakirtas, Ozlem Yilmaz, Ilbilge H. Ertoy Karagöl, Mustafa Arga, Mehmet S. Demirsoy, et al. Epidemiological and Clinical Features of Anaphylaxis: Single Center Experience with 109 Children Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology 2013;26:88-92.

63. Baccioglu A, Yılmazel Uçar E. Level of knowledge about anaphylaxis among health care providers. Tuberk Toraks 2013;61(2):146-6.
64. Kocatürk Göncü E, Melikoğlu M, Tarikçi N, Tamyürek M, Toprak D, Topaloğlu Demir F ve ark. Meslek Egzamalara Yaklaşım: Dermatologlar, İşyeri Hekimi ve Aile Hekimlerinin Tutum Farklılıkları. Turkderm-Arch Turk Dermatol Venerology 2016; 50:10-6.
65. Holness DL, Tabassum S, Tarlo SM, Liss GM, Silverman F, Manno M: Dermatologist and family practitioner practice patterns for occupational contact dermatitis. Australas J Dermatol 2007; 48:22-7.
66. Güvenir H, Dibek Mısırlıoğlu E, Ademhan Tural D, Yaprak S, Toyran M, Kocabaş C N, The Knowledge Level And Attitude Of The Pediatrics and Family Health Assistant Physicians Regarding Drug Allergy. Asthma Allergy Immunol 2016; 14:1-5
67. Can C, Altınel N, Shipar V, Birgül K, Bülbül L, Hatipoğlu N ve ark. Pediyatristlerin İnek Sütü Alerjisiyle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital. doi: 10.14744/SEMB.2018.23911
68. Kahveci R, Bostanci I, Dallar Y. The effect of an anaphylaxis guideline presentation on the knowledge level of residents. J Pak Med Assoc 2012;62(2):102-6

8.EKLER

8.1.EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

1.Araştırmanın adı: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimlerin Alerji Yönetimi

2. Bu bir uzmanlık tezi anket çalışmasıdır.

3.Bu çalışma SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma hastanesinde halen çalışmakta olan asistan hekimlerin alerji yönetimindeki bilgi düzeylerini ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır

4. Çalışmanın planlanan tamamlanma süresi 6 aydır

5. Araştırmaya kabul kriterlerini sağlayan ve ulaşılabilen tüm asistan hekimlerin katılması planlanmaktadır.

6. Araştırmada girişimsel herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.

7. Araştırmada herhangi bir laboratuvar tetkiki yapılmayacaktır.

8. Katılımcılara tazminat(sigorta) veya tedavi sağlanmayacaktır.

9. Araştırmada 1 adet anket formu doldurmanız istenecektir.

10. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır

11.Araştırma SBÜ Tepecik Eğitim Araştırma hastanesinde çalışmakta olan gönüllü asistan hekimler ile yapılmaktadır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı / soyadı / imzası / tarih

Araştırmacının adı / soyadı / imzası / tarih

Ass.Dr.Sevtap UNAT

8.2. EK 2: ANKET FORMU

1-Cinsiyetiniz?

□Erkek □Kadın

2-Yaşınız?

□23-30

□31-40

□41-50

□51 ve üzeri

3-Asistanlıkta kaçıncı yılınız?

□ 0-12 ay

□ 13-24 ay

□ 25-36 ay

□ 37 ay ve üzeri

4-Meslek hayatınızda kaçıncı yılınız?

□0-5yıl □6-10yıl □11-15 yıl □16-20 yıl □21 yıl ve üzeri

5-Çalıştığınız birim?

□ Acil Servis

□Poliklinik

□Servis

□Diğer

6-Uzmanlık alanınız?

□Dahili bilimler

□Cerrahi bilimler

□Temel bilimler

7-Günlük bakılan hasta sayısı?

□0-9

□10-19

□20-49

□50-99

□100 üzeri

8-Alerji ve alerjik hastalıklar ile mesleki pratiğinizde ne sıklıkta karşılaşıyorsunuz?

□Hiç

□Nadiren

□Sık

□Çok sık

9-Ürtikeri ve alerjik deri hastalıklarını yönetmekte zorlanırım

□Katılmıyorum

□Fikrim yok

□Katılıyorum

10-Alerji tanı, tedavi ve takipleri tüm hekimler tarafından yapılmalı mıdır?

□Evet

□Kararsızım

□Hayır, hasta alerji ve immunoloji uzmanına yönlendirilmelidir

11-Polen mevsiminde hastalarınıza hangi saatler arasında daha çok kapalı alanda olmalarını önerirsiniz?

□Sabah erken saatler

□Öğle saatleri

□Akşamları

12-Toplumumuz için besin alerjisine en sık yol açan besinlerden aşağıda verilenlerden hangisi yanlıştır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

□ İnek sütü,

□Yumurta akı

□Balık

□Et

□Yeşil yapraklı sebzeler

13-Alerjiye neden olan ilaçlardan hangisi çok daha nadir etkendir?

□Antibiyotikler (penisilin ve sefalosporinler)

□Aspirin ve diğer nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar

□Epilepsi ilaçları

□Antihipertansifler

□Monoklonal antikorlar

14-Kontakt dermatit tedavisinde hangi ilaçların etkisi daha azdır?

□Antihistaminikler

□Kortizon (kortikosteroid) içeren merhemler

□Ultraviole ışınları (PUVA)

□Nemlendiriciler

□Oral steroidler

15-Daha önce anaflaksi olgusu ile karşılaştınız mı?

□Evet □Hayır

16-Sistemik reaksiyon (Anaflaksi) gelişen hastada ilk müdahale olarak ne uygularsınız?

□Adrenalin sc

□Adrenalin im

□Antihistaminik

□Kortikosteroid

□Fikrim yok

17-Sistemik reaksiyon saptadığınız olguda akut bulgular düzelince ne yaparsınız?

□Eve gönderirim

□Alerji kliniğine araştırma için yönlendiririm

□Uygun bulursam düzenli tedavi başlarım

□Hastane yatışı ve gözlem öneririm

18-Eğer sevk etmiyorsanız; hastayı ilgili branşa yönlendirmeme sebebiniz nedir?

□Kendim tanı koyup tedavi başlayabilirim

□Sevk edeceğim yeri bilmiyorum

□Hasta gitmek istemiyor

□İlgili branşın benden farklı bir tedavi yapacağını düşünmüyorum

19-Alerji semptomları gördüğünüz hastalarda hangi yolu seçersiniz?

□Semptomatik tedavi veririm

□Tanısını koyarım/korunma yöntemlerini anlatıp tedavi veririm

□İlgili branşa yönlendiririm

20-Alerji semptomları gördüğünüz hastalarda kendiniz tanı koymuyor iseniz nedenini belirtiniz

□Kendim tanı koyuyorum

□Bu konuda yeterli bilgim/tecrübem yok

□Test yapacak materyalim/ortamım yok

□Zamanım yok

□Tanıyı koymak benim işim değil

□Hastanın böyle bir kaygısı yok

21-Alerjik semptomlarla başvuran hastalara koruyucu önlemler önerir misiniz?

□Evet □Hayır

22-Sizce alerjik hastalıklar konusunda bilgi seviyeniz yeterli mi?

□Yetersiz

□Orta

□ İyi

□Çok iyi

23-Alerjik hastalıkların tanı/tedavisinde yetersiz bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyorsanız bunun sebebi ne olabilir?

□ Tıp eğitimi süresince bu konuda yeterli eğitim almadım

□Bu konuda az hasta geliyor

□Beni ilgilendirmiyor

□Ben zaten sevk ediyorum ihtiyacım yok

□Bu konu ile ilgili yeterli seminer/kongre yapılmıyor

24-Daha önce alerjik hastalıklar ve tedavileri hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?

□Evet □Hayır

25-Eğitim aldıysanız, eğitimden sonra geçen süre ne kadar?

□≤2 yıl

□3-5 yıl

□≥6 yıl

26-Alerjik hastalıklardan korunma/tedavi konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak ister miydiniz?

□Evet □Hayır

27-Bir önceki soruya evet cevabı verdiyseniz; alerjik hastalıklar konusunda en çok bilgi sahibi olmak istediğiniz konu hangisidir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

□Alerjik hastalıklara tanı koymak

□Maruz kalınan alerjen/irritan maddenin bilinmesi

□Alerjik hastalıklardan korunma yöntemlerinin öğrenilmesi

□Alerjik hastalıkların tedavi şekillerinin öğrenilmesi

8.3. EK 3: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ONAM FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Adı Soyadı	SEVTAP UNAT
TC Kimlik No:	
Uzmanlık Dalı(Anadal)	AİLE HEKİMLİĞİ
Uzmanlık Eğitim Kurumu:	İZMİR TEPECİK SUAM

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilmiş tıpta uzmanlık öğrencisinin Tez konusu, Akademik Kurulumuzda değerlendirilmiş, alınan karar aşağıda belirtilmiştir.

Anabilim Dalı Başkanı

Prof.Dr Seçil ARICA

e-imzalıdır

Akademik Kurul Karar Tarihi:	28.12.2018
Karar No:	127 (4)
Tez Konusu:	(X) Uygundur. ( ) Eleştirilen yönlerin giderilmesi şartıyla uygundur. Tekrar değerlendirmeyegerek yoktur ( ) Eleştirilerin giderilmesi veya cevaplanması sonrası tekrar değerlendirilmesi uygundur. ( ) Uygun değildir.

Ek:
1-Tez konusu onay formu
2-Tez konusu hakem değerlendirme formu

8.4. EK 4: ETİK KURUL ONAM FORMU

T.C. Sağlık Bakanlığı

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İzmir Tepecik Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi
Girişimsel olmayan Etik Kurulu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018/ 16- 7	Tarih: 27/12/2018
	Doç. Dr. Umut GÖK BALCI ve Ass. Dr. Sevtap UNAT'ın sorumlusu olduğu **"Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimlerin Alerji Yöntemi "** isimli araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	SBÜ İzmir Tepecik SUAM Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu.

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Mehmet ÖZEREN	Perinatoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Erhan DEMİRHAN	K.B.B Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	Katılmadı
Doç. Dr. İbrahim UYAR	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E☐	H ■	
Doç. Dr. Yeliz PEKÇEVİK	Radyoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	Katılmadı
Doç. Dr. Hülya PARILDAR	Aile Hekimliği	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	Katılmadı
Doç. Dr. Muhammet Ali KANIK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	Katılmadı
Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	
Uzm. Dr. Sibel DEMİRAL SEZER	İç Hastalıkları	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	Katılmadı
Doç. Dr. Mustafa İNCESU	Ortopedi ve Travmatoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	Katılmadı
Uzm. Dr. İnanç KARAKOYUN	Tıbbi Biyokimya	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Murat YEŞİLARAS	Acil Tıp	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	
Doç. Dr. Ülkü KÜÇÜK	Tıbbi Patoloji	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	Katılmadı
Doç. Dr. Işıl KÖSE GÜLDOĞAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	SBÜ Tepecik SUAM	Kadın	E ☐	H ■	
Doç. Dr .Burçin ABUD	Kalp Damar Cerrahisi	SBÜ Tepecik SUAM	Erkek	E ☐	H ■	

SBÜ İzmir Tepecik SUAM Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu karar Formu

9. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sevtap UNAT

Doğum yeri ve tarihi: Balıkesir/ 20.08.1991

İletişim adresi ve telefonu: sevtapsari@gmail.com / 05435460241

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

İvrindi 7 Eylül İlköğretim Okulu (1997-2005)

Balıkesir T.C. Ziraat Bankası Fen Lisesi (2005-2009)

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (2009-2015)

III- Ünvanları ve Mesleki Deneyimi

2015-2016: Çanakkale, Biga Devlet Hastanesi, Pratisyen Hekim

2016-Günümüze: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Asistan Doktor

IV- Bilimsel İlgi Alanları

20. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 2018, Poster Bildiri: 'İlaca Bağlı Gelişen Hiponatremide Nadir Bir Ajan: Venlafaksin'

13. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 2019, Poster Sunumu: 'Kanserde Yorgunluk Semptomunun Yönetimi'