

ANKARA MEDICAL JOURNAL

Vol. 17, Num. 3, 2017 / Cilt: 17, Sayı: 3, 2017

www.ankaramedicaljournal.com

e-ISSN: 2148-4570



Ankara Yıldırım Beyazıt University
Faculty of Medicine
Department of Family Medicine

ANKARA MEDICAL JOURNAL

Vol. 17, Num. 3, 2017 / Cilt 17, Sayı: 3, 2017

e-ISSN: 2148-4570

Managing Editor and Owner / Sorumlu Yazı İşleri Müdürü ve İmtiyaz Sahibi

- Mehmet UĞURLU, On behalf of Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine

Editor in Chief / Baş Editör

- Yusuf ÜSTÜ, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine

Associate Editors / Yardımcı Editörler

- Hameed AKLAN, Sana University of Science and Technology, Faculty of Medicine, Dept. of Radiology, Yemen
- La AVALIANI, Tbilisi State Medical University, Dept. of Propedeutics, Georgia
- Aylin BAYDAR ARTANTAŞ, Ankara Atatürk Training and Research Hospital, Clinic of Family Medicine
- B. Furkan DAĞCIOĞLU, Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
- Eiad A. AL-FARIS, King Saud University, College of Medicine, Dept. of Family and Community Medicine, Saudi Arabia
- İrep KARATAŞ ERAY, Ankara Atatürk Training and Research Hospital, Clinic of Family Medicine
- Abdulsattar KHAN, King Faisal University, College of Medicine, Dept. of Family and Community Medicine, Saudi Arabia
- Ahmet KESKİN, Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine

Section Editors / Bölüm Editörleri

- Ayşe Filiz YAVUZ, Obstetrics & Gynecology
- Zehra AYCAN, Pediatrics
- Bülent YALÇIN, Internal Medicine
- Abdussamed YALÇIN, General Surgery

Biostatistics Editor / Biyoistatistik Editörü

- Yavuz SANİSOĞLU, Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine, Dept. of Biostatistics

English Editing / İngilizce Editörü

- Gamze BOZCUK GÜZELDEMİRÇİ, Ankara Atatürk Training and Research Hospital

Editorial Advisory Board / Editoryal Danışma Kurulu

- Ümit AYDOĞAN, Gülhane Military Medical Academy, Dept. of Family Medicine
- Okay BAŞAK, Adnan Menderes University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
- Uğur BİLGE, Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
- Işıl İrem BUDAKOĞLU, Gazi University, Faculty of Medicine, Dept. of Medical Education
- Nafiz BOZDEMİR, Çukurova University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
- Fatma Gökşin CİHAN, Konya NEÜ, Meram Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
- Bekir ÇAKIR, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Dept. of Internal Medicine
- Ali ÇAYKÖYLÜ, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Dept. of Psychiatry
- Mustafa ÇELİK, Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
- Reşat DABAK, Lütfi Kırdar Kartal Training and Research Hospital, Clinic of Family Medicine
- Neziha DAĞDEVİREN, Trakya University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
- Serpil DEMİRAĞ AYDIN, Adnan Menderes University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
- Reyhan ERSOY, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Dept. of Internal Medicine
- Süleyman GÖRPELİOĞLU, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Clinic of Family Medicine
- Dilek GÜLDAL, Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
- Rabia KAHVECİ, Ankara Numune Training and Research Hospital, Clinic of Family Medicine
- Nazan KARAOĞLU, Konya NE University, Faculty of Medicine, Dept. of Medical Education and IT
- Ljiljana Cvejanov KEZUNOVIC, University of Montenegro, Medical Faculty Podgorica, Dept. of Family

- Medicine, Montenegro
- Valentina Christova MADJOVA, Medical University of Varna, Dept. of General Medicine, Bulgaria
 - M. Mümtaz MAZICIOĞLU, Kayseri Erciyes University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
 - Salih MOLLAHALİLOĞLU, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Dept. of Public Health
 - Kurtuluş ÖNGEL, İzmir Kâtip Çelebi University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
 - Adem ÖZKARA, Ankara Numune Training and Research Hospital, Clinic of Family Medicine
 - Dilek ÖZTAŞ, Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine, Dept. of Public Health
 - Danica Rotar PAVLIČ, University of Ljubljana, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine, Slovenia
 - Richard ROBERTS, University of Wisconsin, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine, Past President of WONCA and AAFP
 - Esra SAATÇI, Çukurova University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
 - Mehmet SARGIN, İstanbul Medeniyet University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
 - Ljubin ŠUKRIEV, President of AGP/FM SEE, Macedonia
 - Oğuz TEKİN, Ankara Keçiören Training and Research Hospital, Clinic of Family Medicine
 - Mustafa Raşit TOKSÖZ, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Dept. of Plastic ve Reconstructive Surgery
 - Dilek TOPRAK, Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Clinic of Family Medicine
 - Engin TUTKUN, Ankara Hospital of Occupational Diseases
 - İlhami ÜNLÜOĞLU, Eskişehir Osmangazi University, Faculty of Medicine, Dept. of Family Medicine
 - Zeynep TUZULAR VURAL, İstanbul Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, Clinic of Family Medicine
 - Chris van WEEL, Radboud University Nijmegen, The Netherlands, Emeritus Professor of Family Medicine / General Practice / Australian National University, Professor of Primary Health Care Research / Past President of WONCA
 - Ömer Hınç YILMAZ, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Dept. of Public Health

Editorial Secretary / Yayın Sekreteryası

- Gamze BOZCUK GÜZELDEMİRCİ, Ankara Atatürk Training and Research Hospital

Organization, Preperation and Correspondence / Organizasyon, Hazırlık ve Yazışma Adresi

Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine
Ankara Atatürk Training and Research Hospital, Bilkent / Ankara / TÜRKİYE

Date of Issue / Yayın Tarihi: 27.09.2017

- Ankara Medical Journal is an international peer-reviewed journal and is published quarterly. The responsibility of the articles published belongs to the authors.

Dergimiz uluslararası hakemli bir dergi olup üç ayda bir yayımlanmaktadır.
Yayımlanan makalelerin sorumluluğu yazarlara aittir.

- **Ankara Medical Journal** is indexed / abstracted in CiteFactor, DOAJ, DRJI, EBSCOhost, GIF (Global Impact Factor), Google Scholar, HINARI, Index Copernicus, InfoBase Index, J-Gate, Journal Index, Journal TOCs, SHERPA/RoMEO, TUBITAK Turkish Medical Index, Turkish Citation Index, Turkish Medline and Ulrichs Web Global Serials Directory

Ankara Medical Journal, CiteFactor, DOAJ, DRJI, EBSCOhost, GIF (Global ImpactFactor), Google Scholar, HINARI, Index Copernicus, InfoBase Index, J-Gate, Journal Index, Journal TOCs, SHERPA/RoMEO, TUBITAK Türk Tıp Dizini, Türkiye Atıf Dizini, Türk Medline ve Ulrichs Web Global Serials Directory tarafından endekslenmektedir.

Contents / İçindekiler

From the Editor / Editörden

Original Researches / Araştırmalar

- 143** Palyatif Bakım Merkezi ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Birlikte Çalışması Örneği:
Karabük

[A Model of Collaboration Between Palliative Care Unit and Home Health Care Services: Karabük](#)

- 151** An Evaluation of Sociodemographic Characteristics and Pregnancy-Related Psychological Problems in Pregnant Adolescents

[Gebe Adölesanlarda Sosyodemografik Özelliklerin ve Gebelikle İlgili Ruhsal Sorunların Değerlendirilmesi](#)

- 160** Gebelerde Kronik Yorgunluk Sendromu Belirti ve Bulgularının Sıklığının Araştırılması

[Evaluation of the Frequency of Symptoms and Signs Related to Chronic Fatigue Syndrome in Pregnant Women](#)

Reviews / Derlemeler

- 174** Aile Hekimliğinde Nadir Hastalıklara Yaklaşım

[Approach to Rare Diseases in Family Medicine](#)

- 179** Sağlıklı Yaşam: Gündelik Hayatta Karşılaştığımız Sağlık Risklerini Azaltabilir miyiz?

[Healthy Life: Can We Decrease Health Risks in Daily Life ?](#)

Letter to Editor / Editöre Mektup

- 189** Dermoscopy and Pigmented Lesions of Oral Cavity

[Dermoskopi ve Oral Kavitenin Pigmente Lezyonları](#)

From the Editor / Editörden

Dear colleagues,

We are proud of presenting you the third issue of 2017. We hope that our selected three original research articles together with two invited review articles and a letter to editor would draw your attention for this issue.

We have announced you that; together with a new interface for manuscript submission and management at <https://journalagent.com/amj>, we aim to reach a faster rhythm for the evaluation process of your manuscripts and we keep www.ankaramedicaljournal.com as our domain address and you will be able to find our published journals there as well.

Please stay tuned for the next issue. Our aim to reach higher goals and further destinations for our journal with the aid of your kind support and feedback is keeping its priority.

Please stay tuned for the next issue.

Prof. Dr. Yusuf Üstü

Palyatif Bakım Merkezi ve Evde Sağlık Hizmetlerinin Birlikte Çalışması Örneği: Karabük

A Model of Collaboration Between Palliative Care Unit and Home Health Care Services: Karabük

Ali Ramazan Benli¹, Didem Sunay¹

¹Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Öz

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesi palyatif bakım merkezinin (PBM) evde sağlık hizmetleri (ESH) ile entegre çalışma örneğinin sunulması ve PBM'nin bir yıllık hizmetlerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: KBÜ Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi PBM de 01.12.2015 ile 01.12.2016 tarihleri arasında yatan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, mevcut hastalıkları, üniteye yatırılma nedenleri, hastanede kalma süreleri kaydedildi. Hastalara yatış ve taburculuk zamanlarında performanslarını değerlendirmek amacıyla uygulanan Karnofsky Performans (KPS) ve Palyatif Performans Skalaları (PPS) sonuçları kaydedildi.

Bulgular: PBM de 01.12.2015 ile 30.11.2016 tarihleri arasında 149 hasta takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 74,93±14,61 (min:17-maks:96) yıl olup, %43'ü (n=64) erkek, %57'si (n=85) kadındı ve serviste yatış süreleri ortalaması 14,50±12,03 (min:1- maks:79) gündü. En sık yatış nedenleri beslenme bozukluğu ve dekübit ülserleri iken altta yatan hastalıklar en sık nörolojik bozukluklar ve malignitelerdi. Hastaların %78,52'si (n=117) yatağa tam bağımlı idi. Bir yıl içerisindeki mortalite oranı %12,08 (n=18) idi. Hastaların taburcu oldukları KPS ve PPS skorları yatış zamanlarına göre daha yüksekti (p<0,001).

Sonuç: Hastaların hastanede yatış sürelerinin optimal sürede tutulabilmesi, PBM ile ESH nin koordineli çalışmasına bağlı olabilir. Hastaların taburcu olduklarında değerlendirilen performansları ve potansiyel bakım ihtiyaç skorlarının yatış esnasındaki skorlarından daha yüksek olması palyatif bakımın önemini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Palyatif bakım, evde sağlık hizmetleri, koordinasyon

Abstract

Objectives: The purpose of this study is to present the coordination of a palliative care unit (PCU) and home health care (HHC) in a university hospital and describe services of PCU.

Materials and Methods: Patients hospitalized in PCU of Karabük University Training and Research Hospital between 01.12.2015 – 01.12.2016 were assessed retrospectively. HHC and PCU were coordinated by Family Medicine Clinic. Demographic characteristics, existing diseases, hospitalization criteria, hospitalization durations of the patients were recorded. Karnofsky Performance Scale (KPS) and Palliative Performance Index (PPI) were performed in an attempt to assess the performances at hospitalization and discharge.

Results: 149 patients were hospitalized in PCU between 01.12.2015 – 10.12.2016. Average age of patients was 74.93±14.61 (min:17-max:96) years, averagely 43% (n=64) were male, 57% were female (n=85), average hospitalization duration was 14.50±12.03 (min:1-max:79) days. Nutritional failure and decubitus ulcers were determined as the main etiology in hospitalization and neurological diseases and malignancies were the most underlying diseases. 78.52% (n=117) of the patients were bedridden. Mortality rate was 12.08% (n=18) for one year. KPS and PPI scores at discharge of the patients were higher than scores at hospitalization (p<0.001).

Conclusion: Optimal hospitalization durations of the patients may be associated with the coordination of PCU and HHC. Higher performance at discharge than at hospitalization time reveals the importance of palliative care.

Key words: Palliative care, home health care services, coordination

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Ali Ramazan Benli

Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Karabük

e-posta: dralibenli@gmail.com

Geliş tarihi: 08.05.2017

Kabul tarihi: 10.09.2017

Giriş

Kronik, tedavisi mümkün olmayan ve yaşamı tehdit edici hastalığı bulunan hastaların nitelikli bakımlarına yönelik gereksinimin artması palyatif bakımın (PB) bir disiplin olarak ortaya çıkmasına neden olmuştur.¹ Dünya Sağlık Örgütü'ne göre PB; biyopsikososyal bakış açısı ile yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilişkili problemleri önlemeyi amaçlar. PB de amaç, hastalık tanısı koymak veya primer hastalığı tedavi etmek değil, tanısı konmuş, kesin olarak tedavi edilemeyen hastalıklarda ağrı ve semptomların giderilmesidir. Kısaca hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini artırmayı hedefler.

PB hizmetleri multidisipliner bir ekip tarafından verilmelidir. PB hekimleri, hastaya bakım hedeflerini düzenlemek için diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte uygun tıbbi bakımı belirlerler. PB spesifik bir hastalık ile uğraşmaz. Herhangi bir kronik ve ileri evre hastalığın tanısından yaşam sonu durumu da kapsayacak şekilde hasta ve yakınlarına yönelik plan belirler. Kanseri, demans / Alzheimer hastalığı ve serebrovasküler hastalık sekeli olan hastalarda PB ile terminal bakım eş anlamlı değildir ancak PB terminal bakımı da kapsar.^{2,3} Bir yandan hastaya bakım uygulanırken diğer yandan hasta yakınlarına bakım eğitimi verilir. PB de ölüm spontan bir durum olarak değerlendirilir ve geciktirilmeye çalışılmaz. Hastanın ölüm öncesi iyilik hali sağlanır ve aileye destek olunur.⁴

İlk modern PBM 1967'de İngiltere'de Cicely Saunders tarafından kurulmuştur. Ancak çok daha önce 1842'de Jeanne Garnier Fransa'nın Lyon kentinde ilk hospis merkezini kurmuştur.⁵ Ülkemizdeki duruma bakacak olursak ilk olarak hospis mantığı ile kurulan kurum, 1896 yılında II. Abdulhamit tarafından yaşlı ve yoksullara yönelik hizmet veren Darülacezedir.⁶ Bundan çok sonra Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan ve 1993-1997 yılları arasında hizmet veren bakımevi modern anlamdaki ilk kurumdur.⁷ Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan 2009-2015 Ulusal Kanseri Kontrol Programında ise PB programı tanımlanmıştır. Bu dönemde PALLİA-TURK projesi ile palyatif servislerinin kurulması hızlanmıştır.¹ Palyatif bakım yönergesi 2014 yılında çıkartılmış olup merkez kuran hastanelere geri ödeme kapsamına alınmıştır.⁸ Diğer yandan Almanya gibi gelişmiş ülkeler palyatif bakım konusunda önemli aşama kaydetmişlerdir.⁹

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan yönetmelikte PBM'lerinin sorumluluğu tercihen anestezi uzmanlarına bırakılmıştır.⁹ Ancak anestezi uzmanlarının PBM'lerinin sorumlusu olmaları PB'nin biyopsikososyal yaklaşım ilkesi ile bağdaşmamaktadır. Zira anestezi ve reanimasyon uzmanlarının PB de etkin olabilecekleri alanlar; beslenme, ağrı, ev tipi ventilatör ihtiyacı olanlara yönelik yaklaşımlardır. Ancak PB, biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak bütüncül bir şekilde yaklaşımı benimser. Bunun yanında hasta yakınlarına bakım eğitimi ile psikososyal destek sağlamayı önemser.³

ESH, bakıma muhtaç hastaların sağlık durumu ve bakım ihtiyaçlarına göre aile bireylerinin de dahil olduğu multidisipliner bir yaklaşımla yerinde sağlık hizmetinin sağlanmasıdır. Ülkemizde ESH, aile hekimleri, hastaneler bünyesinde kurulmuş olan birimler ve toplum sağlığı merkezleri tarafından oluşturulan mobil ekipler tarafından verilmektedir.¹⁰ Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Aralık 2015 tarihinden itibaren hem PBM'yi hem de ESH'yi yönetmektedir. Bu bağlamda PBM ve ESH çalışanlarına, PB, enfeksiyon hastalıkları, yara bakımı, yaşlı hastaya yaklaşım, sarkopeni, enteral ve parenteral beslenme, palyatif bakım hastasına psikolojik yönden yaklaşım ve iletişim derslerini kapsayan 20 saatlik bir eğitim verilmiştir. Haftada bir gün ildeki tüm ESH birimlerinin katılımı ile PBM'de hastaların değerlendirmeleri yapılmaktadır. Böylece ESH çalışanlarının, mesleki deneyimlerini artırmaları ve taburcu olacak hastalara evde takipte yapılması gereken uygulamaları da öğrenmeleri sağlanmaktadır. ESH birimlerinin ev ziyaretlerinde karşılaştıkları problemler interaktif olarak mobil iletişim cihazları üzerinden değerlendirilmekte, ev ortamında tedavileri mümkün olmadığında hastaların hastaneye transferleri sağlanıp PBM'ye yatışları sağlanmaktadır. Hastanemiz PBM beş odalı ve on yatak kapasiteli bir ünite olarak hizmet vermektedir. ESH takibinde olan ve üniteden taburcu olan hastaların ihtiyaç halinde beslenme ürünleri, alt bezi ve özellikli yatak raporları aile hekimliği polikliniği tarafından çıkarılmaktadır. Bu çalışmada Aile Hekimliği Kliniği bünyesinde hizmet veren PBM ve ESH'nin birlikte yürütülmesi örneğinin sunulması ve bu bağlamda PBM'nin bir yıllık hasta izlem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada KBÜ Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi PBM de 01.12.2015 ile 01.12.2016 tarihleri arasında yatan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

Hastaların demografik özellikleri, mevcut hastalıkları, yatırılma nedenleri, hastanede kalma süreleri kaydedildi. Ölüm ile sonuçlanan olgular değerlendirmelerden çıkarıldı. Hastaların yatışlarında ve taburcu olduklarında Karnofsky Performans (KPS) ve Palyatif Performans Skalaları (PPS) ile değerlendirilen performansları ve potansiyel bakım ihtiyaç skorları kaydedildi. KPS, 1949 yılında geliştirilmiş olup, 0-100 arası puanlandırılarak (10 fatal süreçlerin geliştiği ve 100 normal hastayı göstermek üzere) hastanın performansını belirler.¹¹ PPS ise 1996 yılında Anderson ve ark. tarafından geliştirilmiş olup, hastaların potansiyel bakım ihtiyaçlarını tanımlamak amacıyla kullanılır. Hesaplama aktivite/hastalık bulgusu, hareketlilik, öz bakım, beslenme ve bilinç düzeyi alt başlıklarından oluşur.¹²

İstatistiksel analiz için SPSS for windows 16.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler yüzde, ortalama±standart sapma (Ort±SS) ve median (min-maks) şeklinde verildi. Normal dağılım gösteren bağımlı grupların karşılaştırılmasında Paired T testi kullanıldı.

Bulgular

PBM de 01.12.2015 ile 30.11.2016 tarihleri arasında 149 hasta takip edildi. Hastaların yaş ortalaması 74,93±14,61 yıl olup, %42,95'i (n=64) erkek, %57,04'ü (n=85) kadındı. Aynı dönemde ESH'nin takip ettiği hasta sayısı ise 1236 olup bunların yaş ortalaması 71,86±18,42 yıldır ve %40,93'ü (n=506) erkek, %59,06'sı (n=730) kadın idi.

Bu hastalardan %3,39' unun (n=42) evlerinden hastaneye kabulleri gerçekleştirilmiş olup bunların %88,09' u (n=37) tekrar ESH kontrolünde evlerine taburcu edilmiştir. İnteraktif iletişim sonucu aile hekimliği polikliniğinde ESH' nin takip ettikleri hastaların %31,31' ine (n=387) hasta alt bezi raporu, %13,91' ine de (n=172) beslenme ürünleri raporları düzenlenmiştir.

Hastaların serviste yatış süresi ortalama $14,50 \pm 12,03$ (min:1-maks:79) gündü. Hastaların PBM' ye yatış nedenleri ve yatışa neden olan alt hastalıkları Tablo 1' de gösterilmiştir. Buna göre yatış nedeni en sık beslenme bozukluğu ve bunu takiben dekübit ülserleri idi. Hastalık dağılımı değerlendirildiğinde altta yatan birincil hastalıklar başta serebrovasküler olaylar (SVO) olmak üzere, nörolojik bozukluklar ile malignitelereydi.

Tablo 1. Hastaların PBM ye yatış nedenleri ve buna neden olan birincil hastalıklar

<i>Yatış nedeni</i>	<i>Beslenme Bozukluğu (%)</i>	<i>Ağrı (%)</i>	<i>Dekübit (%)</i>	<i>PEG Eğitimi (%)</i>	<i>Aspirasyon Eğitimi*</i> (%)	<i>Pansuman (%)</i>	<i>Dispne (%)</i>	<i>GDB (%)</i>
Primer Hastalık								
Alzheimer-Demens	16 (21,62)		20 (35,08)	4 (22,22)			2 (9,09)	
SVO	18 (24,32)		23 (40,35)	8 (44,44)	1 (11,11)	2 (22,22)	1 (4,54)	3 (30)
HT-KKY	8 (10,81)		2 (3,50)	1 (5,55)	1 (11,11)		3 (13,63)	
DM	5 (6,75)	1 (6,66)	1 (1,75)		1 (11,11)	2 (22,22)	1 (4,54)	
Malignite	12 (16,21)	12 (80)	3 (5,26)				6 (27,27)	5 (50)
Diğer Nörolojik Hastalıklar	8 (10,81)		3 (5,26)	4 (22,22)	5 (55,55)			2 (20)
KOAH	2 (2,70)			1 (5,55)			8 (36,36)	
Enfeksiyon-Yanık	4 (5,40)						1 (4,54)	
Postoperatif dönem**	1 (1,35)	2 (13,33)	5 (8,77)		1 (11,11)	5 (55,55)		
Toplam	74	15	57	18	9	9	22	10

PEG: perkütan endoskopik gastrotomi

*Trakeostomi veya ev tipi ventilatöre bağlı hastalar

**Beyin cerrahi ve ortopedi ameliyatları sonrası

SVO: Serebrovasküler olay

HT-KKY: Hipertansiyon-koroner kalp yetmezliği

DM: Diyabetes mellitus

KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı

GDB: Genel durum bozukluğu

Toplamda 30 (%20,13) kanser hastası takip edilmiş olup en sık görülen kanser tipleri pankreas (n=6), mide (n=3) ve kolon (n=3) kanserleriydi. Diğer nörolojik hastalıkların arasında ise amiyotrofik lateral skleroz (n=4), serebral palsi (n=2), postoperatif tetrapleji (n=2) ve demiyelizan progresif nörolojik hastalık (n=1) yer

alıyordu. Postoperatif dönemde olan hastalar arasında ise en sık kalça protezi (n=4) ve diyabetik ayak amputasyonu (n=2) vakaları takip edilmişti. Bir yıl içerisinde mortalite oranı %12,08 (n=18) idi. Mortal seyreden hastalıkların başında %8,05 ile (n=12) maligniteler izlenirken bunu %2.68 (n=4) ile SVO takip ediyordu.

Hastaların %78,52' si (n=117) yatağa tam bağımlı idi. Yatağa bağımlı olmayan hasta oranı ise %5,36 (n=8) ve bunların tamamı kanser tanısı olan hastalardı. PBM de takip edilen hastaların %27,51' ine (n=41) taburculuk esnasında engelli sağlık kurul raporları düzenlendi.

Hastaların yatışlarında ve taburcu olduklarında ölçülen KPS ve PPS değerleri karşılaştırıldığında, tüm hastalar düşkün durumda olmakla beraber taburcu olduklarındaki KPS ve PPS puanları yatış esnasındaki skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların yatış ve taburculuk anındaki KPS ve PPS puanlarının karşılaştırılması

	Yatış (Ort±SS)	Çıkış (Ort±SS)	p^*
KPS	36,84 ± 8,80	41,30 ± 10,73	<0,001
PPS	33,00 ± 9,60	37,46 ± 12,40	<0,001

*Paired T testi

Tartışma

Aile Hekimliği Kliniği bünyesine alınan ESH birimleri ve PBM arasındaki koordinasyon sonucu PBM de hastaların ortalama yatış süresi 14,50 gün olarak gözlenmiştir. Hastaların yatış nedenleri arasında en sık beslenme bozukluğu izlenirken altta yatan hastalıklar arasında en sık nörolojik bozukluklar belirlenmiştir. Taburcu olan hastaların KPS ve PPS puanları yatış zamanlarına göre anlamlı olarak yükseldiği gözlenmiştir.

Akçiçek ve ark. yapmış oldukları çalışmada hastaların PBM ye kabul kriterleri şu şekilde belirlenmiştir;¹²

1. Ağrı (uyku düzenini bozan ve görsel ağrı skalası skoru 5 ve daha fazla olan hastalar)
2. Beslenme (oral alımı bozulmuş, Nutritional Risk Screening 2002) beslenme skoru ≥ 3 olan hastalar)
3. Norton/Braden' a göre evre III- IV dekübit yarası olan hastalar
4. Etiyolojisi bilinmeyen veya multiple olan deliryum hastaları
5. Geriatrik sendromlar (düşme, kötüye kullanım, inkontinans vb.)
6. İleri evre kalp yetmezliği olan hastalar
7. Dispne, hemoptizi, kontrol edilemeyen ağrı gibi tedaviye rağmen semptomları artan onkolojik hastalar
8. Tedaviye dirençli son dönem akciğer hastaları

9. Alzheimer Hastalığında Fonksiyonel Değerlendirme Evrelemesine göre Evre 7 ve üzeri olan demans hastaları
10. Kronik nörolojik hastalığı olup klinik tablosunda akut değişimi olan hastalar
11. Son dönem HIV hastaları (tükenmişlik sendromunda) PBM ye kabul edilir.

Bu çalışmada da hastalar en sık beslenme bozukluğu nedeniyle, ardından sıklık sırasına göre yatak yaraları, dispne, perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) eğitimi, ağrı palyasyonu nedenleri ile takip edilmişti. Bu sonuçlar literatürle uyumludur. Ancak literatürde yatış endikasyonları arasında ağrının öne çıkmış olması, PBM' lerinin ilk olarak onkoloji hastanelerinde kurulmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Bu çalışmada literatürden farklı olarak hastaların PBM' ye kabulünde yukarıda belirtilen yatış endikasyonlarının haricinde dikkate alınan diğer durumlar ise şunlardır:

1. Evde takip edilen hasta için günlük doktor ziyaretini gerektirecek bir durumu olması,
2. Diğer servislerden taburculuğu düşünülen ancak bakım gerektiren hastaların bakıcılarına bakım eğitiminin verilmesidir (PEG ile besleme ve aspirasyon eğitimleri gibi).

Alsirafy ve ark.'ın yaptıkları çalışmada PBM ortalama yatış süresi 24 gün olarak bildirilmiştir.¹³ PBM' mizde ortalama yatış süresi $14,50 \pm 12,03$ gündü. Yatış süresinin göreceli kısa olması ve ESH alan hastaların %3,39' nun PBM'ye yatırılmış olması, yatış süresinde ve taburculukta gerek hasta yakınlarının gerekse ESH personelinin eğitiminin hospitalizasyon sıklığını ve süresini azalttığını akla getirmektedir.

Uysal ve ark. nın, bir onkoloji hastanesine bağlı PBM de yaptıkları çalışmada hastaların PPS ortalaması 45 ± 17 olarak saptanmış olup gerek yatış anında gerek taburculukta olsun bizim sonuçlarımıza göre anlamlı derecede yüksekti.¹⁴ Bizim çalışmamızda ise PPS ortalaması yatış esnasında $33,00 \pm 9,60$ idi. Bu sonuçlar birimimizde takip edilen hastaların onkoloji hastanesine bağlı PBM hastalarından daha düşük olduklarını göstermektedir. Zira bu çalışmadaki hastaların %78,5' si yatağa tam bağımlı idi. Yatağa bağımlı olmayan hastaların tamamının onkolojik hastalar olması KPS ve PPS skorlarının onkolojik hastalarda daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada hastaların yatışlarında ve taburcu olduklarındaki performanslarının KPS ve PPS ile değerlendirilmesi sonucu taburculuk skorlarının yatış esnasındaki skorlara göre daha yüksek saptanması PBM'lerin ne kadar gerekli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda ameliyat sonrası 5 hastada dekübit ülseri görülmesi manidardır. Ayrıca yatak yaralarının azımsanmayacak derecede (%38,25) görülmesi önemlidir. Ancak %78,5'i yatağa tam bağımlı olan bir hasta grubunda bu oran nispeten iyi olarak değerlendirilebilir. Dekübit ülserlerinin önlenmesinin koruyucu sağlık hizmeti olarak değerlendirilmesi gerekir. Yatağa bağımlılığı artan hastalarda uygun antidekübit yatak seçimi ve pozisyon önerileri gibi basit önlemler dekübit oluşumunu önleyebilmektedir. Hasta yakınlarının eğitimi komplikasyonların önlenmesinde önem arz etmektedir. Yoğun bakımlarda takip edilen hastalarda da dekübit ülserleri sık görülmektedir.¹⁵ Literatürde en sık felçli hastalarda dekübit görüldüğü belirtilmektedir.¹⁶ Bu çalışmada da en sık Alzheimer ve SVO tanılı hastalarda dekübit ülserleri görülmüştür. Nörolojik defisitli hastalarda koruyucu yaklaşımların yanı sıra dekübit önleyici yataklar önerilmelidir.

Peikes ve ark. 15 çalışmayı içeren derlemelerinde hastaya bakım yapanların hastane ile koordinasyonunun bakım kalitesini artırdığını, hastaneye yatışı ve sağlık harcamalarını azalttığını belirtmişlerdir.¹⁷ Sağlık Bakanlığının yayınladığı ESH ile ilgili yönetmelikte PB ve ESH ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Sağlık bakanlığının 19.02.2016 tarihli yönergesine göre ESH, yataklı tedavi kurumları, ağız ve diş sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezlerini kapsayacak şekilde planlanmıştır. Bunlar arasındaki iletişimin ise il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanması ön görülmüştür.¹⁸ Hastanemizde ise aile hekimliği kliniği bünyesinde hizmet veren PBM ve ESH birimleri koordine çalışmakta ve hizmet esnasında görüntülü mobil iletişim cihazları kullanmaktadır. Bu şekilde gerekli durumlarda ESH birimlerinden PBM ye hasta kabulü yapılmakta ve hizmet akışı sağlanmaktadır. Ayrıca hasta taburcu edilirken ilgili ESH birimine haber verilip evde takiplerin nasıl devam edilmesi gerektiği bildirilmektedir. Bu uygulama ülkemizde ilk olup ESH birimlerinin PBM ile entegre çalışmasında örnek oluşturmaktadır. PB hizmetleri ile ESH ayrı ayrı düşünülmemelidir. ESH birimleri ile PBM'lerin tek merkezli yönetimi ile hizmetin devamlılığının sağlandığını, kalite ve veriminin arttığını düşünmekteyiz. ESH personelinin haftalık eğitim vizitleri ile PBM hastalarını görmesi, verdikleri hizmetin kalitesini artırmakta ve PB ihtiyacı olan durumları doğru tespit etmelerini sağlamaktadır. Nitekim bir yıllık süreçte ESH takip ettiği hastaların sadece %3,39'u PBM' ye yatırılmıştır.

Diğer taraftan ESH'nin parçalanmış ve bu birimlerin farklı kurumlara bağlı olması hizmetin zaman zaman aksamasına yol açmaktadır. PBM' ler ile ESH' nin koordinasyon eksikliği ise bu hastaların mağduriyetlerine yol açmakta ve hasta yakınlarını farklı arayışlara yönlendirmektedir. Hasta yakınları hastalarını ambulans hizmetlerini kullanarak acil servislere getirmekte, ağrı ve yakınmalarının giderilmesini istemektedirler. Bu da ambulans ve acil servis hizmetlerinin gereksiz kullanımını artırmaktadır.¹⁹ Bir başka konu da; ESH'nin parçalı olması hastanın çoklu sahiplenilmesine veya sahiplenilmemesine de yol açabilmektedir. Bu da hastanın ortada kalmasına veya çok sık sağlık hizmeti almasına neden olmaktadır. ESH' de kullanılan sağlık personelinin etkin ve verimli hizmet verebilmesi için PBM ile o ilde hizmet veren tüm ESH ekiplerinin irtibat halinde olması öngörülmür.

Sonuç olarak bu makalede, bir üniversite hastanesinde Aile Hekimliği Kliniği'nin bünyesinde hizmet veren PB ve ESH'nin koordineli bir şekilde çalışması ortaya konmuştur. Bu birimlerin ildeki diğer toplum sağlığı merkezlerine bağlı ESH birimleriyle çalışması şeklindeki uygulamamız, ihtiyacı olan hastalara sağlık ve bakım hizmetlerinin düzenli ve sistemli bir şekilde verilmesini, sağlık personelinin ve sağlık harcamalarının verimli kullanılmasını sağlayan, hasta, hasta yakını ve sağlık personeli memnuniyetini artıran başarılı bir örnek olarak sunulmuştur.

Araştırmanın kısıtlılıkları: Retrospektif değerlendirildiği için maliyet analiz, verim ölçümü, hasta ve/veya yakınlarının memnuniyeti ölçümü yapılamamıştır. Ayrıca sonuçların ESH ve PBH birlikte çalışmadığı başka bir merkez ile karşılaştırılması yapılmamıştır. Makalenin bir yıllık süreyi kapsaması da kısıtlamalarındandır.

* Bu çalışma 12-14 Mayıs 2017 tarihleri arasında Ankara'da yapılan "Uluslararası Palyatif Bakım Kongresi" nde oturum olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Şahan Fu, Terzioğlu F. Dünyada Ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015;4(2):81-90.
2. WHO Definition Of Palliative Care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
3. Elçigil A. Palyatif Bakım Hemşireliği. Gülhane Tıp Dergisi 2012;54(4):329-34.
4. Field MJ, Behrman RE. When Children Die: Improving Palliative and End-Of-Life Care For Children And Their Families. District of Columbia: National Academies Press; 2003.
5. Bennahum Da. The Historical Development Of Hospice And Palliative Care. In: Forman WB, Kitzes JA, Anderson RP, Sheehan DK, eds. Hospice And Palliative Care: Concepts And Practice, 2nd ed. Boston: Jones and Barlett, 2003:1-11.
6. Güngör S. Osmanlı’dan Türkiye Cumhuriyeti’ne Bir Hayir Örgütü: İstanbul Darülaceze Müessesesi. Türk İdare Dergisi 2009;163-164:157-81.
7. Erbaycu AE. Terminal Hastalar ve Destek Tedavisi. <http://ghs.asyod.org/konular/2013-3-15.pdf>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
8. Kabalak Aa. Türkiye’de Palyatif Bakım Çalışmaları. Türkiye Klinikleri Journal of Anesthesiology Reanimation Special Topics 2017;10(1):7-12.
9. Benli AR, Erbesler ZA. Türkiye’de Palyatif Bakımda Uygulama ve Anlayış Farklılıkları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2016;20(1):5-6.
10. Oğuz I, Kandemir A, Erişen Ma, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2016;19(2):171-86.
11. Çizmeçi EA. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Hastaların Yatış Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara; 2013. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/661/13610bc8-6bfe-4bf7-8366-28975f3317c7.pdf?sequence=1>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
12. Akçiçek F, Akbulut G, Fadiloğlu ÇZ. Palyatif Bakım Evde Ve Hastanede Çalıştay Raporu. Ege Geriatri Derneği Yayınları. İzmir: Meta Basım; 2013.
13. Alsirafy Sa, Hassan Aa, Al-Shahri Mz. Hospitalization Pattern In A Hospital-Based Palliative Care Program: An Example From Saudi Arabia. American Journal Of Hospice And Palliative Medicine 2009;26(1):52-6.
14. Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastalarda Görülen Semptomlar Ve Palyatif Bakımın Semptom Kontrolüne Etkisi. Ağrı 2015;27(2):104-10.
15. Beğer T. Yoğun Bakımda Dekübit Ülserleri; Risk Faktörleri Ve Önlenmesi. Yoğun Bakım Dergisi 2004;4(4):244-53.
16. Karadağ A. Basınç Ülserleri: Değerlendirme, Önleme ve Tedavi. CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu 2003;7(2):41-8.
17. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects Of Care Coordination On Hospitalization, Quality Of Care, And Health Care Expenditures Among Medicare Beneficiaries: 15 Randomized Trials. JAMA 2009;301(6):603-18.
18. Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. <http://saglik.gov.tr/TR,10474/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html>. Erişim tarihi: 03.04.2017.
19. Benli AR, Koyuncu M, Cesur Ö, Karakaya E, Cüre R, Turan MK. Evaluation of use of the 112 Emergency Ambulance Service in Karabuk City. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2014;6(3):271-4.

An Evaluation of Sociodemographic Characteristics and Pregnancy-Related Psychological Problems in Pregnant Adolescents

Gebe Adölesanlarda Sosyodemografik Özelliklerin ve Gebelikle İlgili Ruhsal Sorunların Değerlendirilmesi

Tayfun Kara¹, Keziban Doğan², Behiye Alyanak³, İsmail Akaltun⁴

¹Istanbul University of Health Sciences, Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital
Department of Child and Adolescent Psychiatry

²Istanbul University of Health Sciences, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital,
Department of Obstetrics and Gynecology

³Istanbul University, Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry

⁴Gaziantep Dr. Ersin Arslan Training and Research Hospital, Department of Child and Adolescent
Psychiatry

Abstract

Objectives: Pregnancy in adolescence may involve more psychological problems and socioeconomic difficulties compared to pregnancies in adulthood. The purpose of this study was to identify socioeconomic characteristics and psychological problems that may give rise to such difficulties.

Materials and Methods: This case-control study was performed with pregnant women presented to the Istanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Department. The study group consisted of 85 pregnant adolescents aged 13-19 and the control group consisted of 50 pregnant adults aged 20 or over. Subjects were evaluated by face-to-face interviews using an information form prepared by specialist psychiatrists.

Results: The study group and their partners had lower levels of education compared to the control group. The members of the study group had more siblings than the control group. Adolescent pregnant women were found to be as ready for motherhood as adults and desire to become pregnant as much as adult pregnant women. There was no significant difference between the control group and the study group in terms of suicidal ideation and suicide attempt. The study group described no increase in psychological problems and difficulties during pregnancy. Indeed, periods of intense unease and distress during pregnancy were significantly less than the control group.

Conclusion: Adolescent pregnancies are affected by large families and lower levels of education. Contrary to expectation, pregnant adolescents in Turkey reported no greater incidence of psychological problems. This may be due to a sociocultural perception of the functional value of motherhood in the country and to a positive attitude towards adolescent pregnancies.

Key words: Adolescent pregnancy, risk factors, family characteristics, education

Öz

Amaç: Adölesan dönemde yaşanan gebelik yetişkinlik dönemi gebeliklerine oranla daha çok ruhsal soruna ve sosyoekonomik zorluklara sahip olabilir. Çalışmamızın amacı, gebe adölesanlarda bu sorunlara neden olabilecek sosyodemografik özellikleri ve ruhsal sorunları tanımlamaktır.

Materyal ve Metot: Çalışmamız İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvurmuş gebeliğe sahip hastalar ile yürütülen vaka-kontrol çalışmasıdır. Çalışma grubu 13-19 yaş aralığında gebeliğine sahip 85 adölesan gebeden, kontrol grubu 20 yaş ve üzeri gebeliğe sahip 50 yetişkin gebeden oluşmaktadır. Katılımcılar psikiyatri uzmanları tarafından hazırlanmış bilgi formu ile karşılıklı görüşmeler yapılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunun ve eşlerinin kontrol grubuna kıyasla daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğu görüldü. Çalışma grubunun kontrol grubundan daha fazla sayıda kardeşe sahip olduğu saptandı. Adölesan gebelerin kendilerini erişkin gebeler kadar anneliğe hazır hissettikleri ve erişkin gebeler kadar gebeliği arzu ettikleri saptandı. Kontrol grubu ile çalışma grubu arasında intihar düşüncesi ve intihar girişimi açısından anlamlı fark saptanmadı. Çalışma grubunda gebelik dönemi ruhsal sorun ve sıkıntı tanımlarında artma olmadığı, hatta gebelikte yoğun sıkıntı ve bunaltı hissedilen dönemlerin kontrol grubundan anlamlı düşük olduğu görüldü.

Sonuç: Adölesan dönemi gebelikleri kalabalık aileler ve düşük eğitim seviyesi durumundan etkilenir. Beklenenin aksine adölesan gebelerde ruhsal sorun tanımının daha yüksek olmadığı görüldü. Bu durum, sosyo-kültürel olarak anne olmanın işlevsel değerli algılanmasıyla, ergen gebeliklere olumlu yaklaşımla ilişkili olabilir

Anahtar kelimeler: Adölesan gebelik, risk faktörleri, aile özellikleri, eğitim

Correspondence / Yazışma Adresi:

Dr. Tayfun Kara

İstanbul University of Health Sciences,

Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital, Department of Child and Adolescent

Psychiatry, Istanbul

e-mail: tayfunkara@hotmail.com

Date of submission: 08.05.2017

Date of admission: 12.09.2017

Introduction

While adolescence is defined as a time of transition from childhood to adulthood, it has been difficult to determine its dimensions and limits exactly because of its biological, psychological and social characteristics.¹ Although various age ranges such as 15-24 years² or 11-22 years have been suggested for adolescence, the World Health Organization has defined the years between 10 and 19 as adolescence in its own statements on adolescent health.^{3,4} The development of new perspectives in human relations and improved coping and decision-making skills are some important features of this period. While risk-taking is a normal part of this time, risk-taking in sexual behaviors is known to cause serious impairing in the adolescents' future health and well-being.⁵ Developmentally, basic needs in adolescence include the development of individuality and sociality by becoming independent from the family, the regulation of sexual impulses, development of sexual identity through the determination of sexual orientations and thus character formation.⁶ Adolescents make up 20% of the world population, the great majority of whom live in developing countries.⁷ Despite the decrease in recent years, the United States is one of the countries with the highest adolescent fertility rates in developed countries. The adolescent birth rates were found to be 61.8/1000 in 1991, 40.5/1000 in 2005 and decreased to 39.1/1000 in 2009.⁸ According to Turkey Demographic and Health Survey figures for 2013, 16% of all females in Turkey are adolescents and fertility rates are 28/1000 in urban areas, 45/1000 in rural areas and 31/1000 in total.⁹ Studies have shown that fertility rates in this period are closely associated with levels of education and well-being, and also with a rural or urban lifestyle.^{9,10} Lower levels of education, socioeconomic status and self-esteem and a higher risk of depression have also been determined in girls having sexual intercourse during this period.¹¹ Mental and physical health are known to be affected in adolescent pregnancies, with one study reporting psychological problems or suicidal ideation in 23% of the subjects and another reporting the serious impact of depression, suicidal ideation or attempted suicide on the health of the baby.^{12,13}

Pregnancy in adolescence affects the physical and mental health of both the mother and the baby and presents a major societal problem. The purpose of this study was therefore to assess the sociodemographic characteristics of pregnant adolescents and their anxieties concerning pregnancy.

Materials and Methods

The study was planned as a prospective, observational, case-control research. Following the receipt of approval from the ethical committee, 135 patients presented to the Gynecology and Obstetrics Clinic Bakırköy Dr. Sadi Konuk Education and Research Hospital in Turkey between 15.10.2014 and 01.12.2015 and providing informed consent forms were included in the study. The date of approval and decision number of the ethics committee is 13.10.2014, 2014/13/04. Pregnant adolescents aged 13-19 (n=85) presented to the pregnancy clinic for routine examination and pregnant adults aged 21-41 (n=50) both with no psychiatric disorder were included in the study.

Table 1. Descriptive characteristics of the groups and their thoughts about pregnancy and motherhood

		Study Group (n=85)	Control Group (n=50)	Test statistics	P
Education Level n (%)	Literate	22(25.88)	5(10..)	$\chi^2=34.017$	^a 0.001**
	Primary school	11(12.94)	9(18.00)		
	Middle school	43(50.59)	12(24.00)		
	High school	9(10.59)	12(24.00)		
	University or higher	0(0)	12(24.00)		
Education Level of Partner n (%)	Literate	9(10.59)	5(10.00)	$\chi^2=13.617$	^a 0.009**
	Primary school	11(12.94)	13(26.00)		
	Middle school	33(38.82)	6(12.00)		
	High school	25(39.41)	17(34.00)		
	University or higher	7(8.24)	9(18.00)		
Family economic status n (%)	We have trouble making ends meet	10 (11.76)	3 (6.00)	$\chi^2=1.781$	^b 0.638
	We are just able to make ends meet	36(42.35)	26 (52.00)		
	We have no economic problem	35 (41.18)	19 (38.00)		
	Our economic status is good	4 (4.71)	2 (4.00)		
Number of Siblings	Min-Max (Median)	0-13 (6)	0-12 (3.5)	Z=-3.102	^c 0.002**
Feelings of Readiness for Motherhood n(%)	I am very ready	33 (38.82)	15 (30.00)	$\chi^2=1.435$	^b 0.440
	I am quite ready	51 (60.02)	34 (68.00)		
	I am not ready at all	1 (1.18)	1 (2.00)		
Worries Concerning the Baby's Health n (%)	Yes	26 (30.59)	19 (38.00)	$\chi^2=0.480$	^d 0.488
	No	59 (69.41)	31 (62.00)		
Was Pregnancy Desired?	Yes	57 (67.86)	31 (63.27)	$\chi^2=0.430$	^a 0.803
	No	12 (14.29)	9 (18.37)		
	Somewhat	15 (17.86)	9 (18.37)		
Support from the Baby's Father	Good-adequate	78 (91.76)	45 (90.0)	$\chi^2=0.121$	^a 0.727
	Low-inadequate	7 (8.24)	5(10.00)		

^aPearson Chi-Square Test

^bFisher's Freeman Halton Test

^cMann Whitney U Test

^dYates Continuity Correction

*p<0.05 **p<0.01

An information form structured by specialist psychiatrists consisting of multiple choice options and questions was prepared in order to determine the cases' sociodemographic and clinical characteristics. The form was completed by the patients. Subjects who were unable to read and understand the form due to a low level of education or physical disease were excluded from the study.

Statistical analyses were performed on Number Cruncher Statistical System (NCSS) 2007 (NCSS, LLC Kaysville, Utah, USA) software. In addition to descriptive statistical methods (mean, standard deviation, median, frequency and ratio) during data analysis, compatibility with normal distribution was evaluated using the Kolmogorov-Smirnov test. Mann Whitney U test was used for comparison of quantitative data. Pearson's chi-square test, Yates Continuity Correction and the Fisher Freeman Halton test were used to compare the qualitative data. Results were analyzed at a 95% confidence interval, with significance set at $p < 0.05$.

Results

The study was performed with 135 cases at the Gynecology and Obstetrics Clinic of Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital. Ages ranged between 14 and 41, with a mean age of 21.80 ± 6.46 . One hundred fifteen (87.8%) subjects were married, 4 (3.1%) were single, while 12 (8.2) were in 'imam-authorized', but non-civil relationships. Sixty-seven (81%) of the adolescents were married, 4 (5%) were single and 11 (14%) were in 'imam-authorized' relationships. In the control group, 48 (98%) subjects were married, 1 (2%) was single and 1 (2%) was in an 'imam-authorized' relationship.

As shown in Table 1, a statistically significant difference was determined between the study and control groups in terms of education levels. By two-way comparisons, higher levels of simple literacy ($\chi^2=4.020$, $p=0.045$) and middle school level education ($\chi^2=8.150$, $p=0.004$) were present in the study group, while levels of university or postgraduate education were significantly higher in the control group ($\chi^2=22.390$, $p=0.001$). Although levels of high school education did not differ significantly between the groups, it was still noticeably high in the control group ($\chi^2=3.350$, $p=0.067$). A significant difference was observed among the participants' partners in terms of education levels. Similarly, regarding two-way comparisons, the level of graduation from middle school was significantly higher in the study group compared to the control group ($\chi^2=9.759$, $p=0.002$). No statistically significant differences were determined in terms of feelings of readiness for motherhood, worries concerning the baby's health, contentedness with pregnancy or families' economic levels ($p > 0.05$). However, a significant difference was observed between numbers of siblings in the study and control groups ($Z=-3.102$, $p=0.002$). Sibling numbers in the study group were significantly higher than those in the control group. Sixty-six percent of the participants reported that their pregnancies were planned, while only 15% described them as unplanned (unwanted). Seventy-eight (92%) members of the control group reported receiving sufficient support from the baby's father, compared to the 45 (90%) members of the study group. Seven (8%) members of the study group and 5 (10%) of the control group reported receiving insufficient support from the fathers. No statistically significant difference was determined between the study and control groups in terms of support from the fathers ($\chi^2=0.121$, $p=0.727$). No significant difference was also determined in terms of levels of desired pregnancies ($p > 0.05$).

As shown in Table 2, there were no significant differences between the study and control groups in responses concerning how subjects felt about giving birth and how they felt when they learned they were pregnant, in terms of physical disorders resulting from pregnancy, attempted suicide or periods of intense unease and distress before pregnancy ($p>0.05$).

Table 2. Evaluation of Pregnancy-Related Psychological Problems by Groups

		Study Group (n=85)	Control Group (n=50)	Test statistics	P
How do you feel about giving birth? n(%)	It seems difficult	15 (17.65)	14 (28.00)	$\chi^2=4.538$	^b 0.346
	It seems quite normal	37 (43.53)	19 (38.00)		
	I am very afraid	21 (24.71)	13 (26.00)		
	I am not afraid	5 (5.88)	0 (0.00)		
	I am very happy	7 (8.24)	4 (8.00)		
How did you feel when you learned you were pregnant? n(%)	Stunned and panicked	15 (17.65)	13 (26.00)	$\chi^2=5.353$	^b 0.358
	Wanted to be mum like mine	15 ((17.65)	4(8.00)		
	Delighted and wanted to tell people right away	43(50.59)	27(54.00)		
	Felt that my problems would increase	1(1.18)	2(4.00)		
	I wanted to step out of my family by building my own family	2 (2.35)	0 (0.00)		
	I felt that I was an adult	9 (10.59)	4 (8.00)		
Did you have any physical or mental disorders due to pregnancy? n(%)	I had physical problems	18 (21.18)	18 (36.00)	$\chi^2=5.097$	^a 0.078
	I had mental disorders	8 (9.41)	7 (14.00)		
	I had no problem	59 (69.41)	25(50.00)		
Were there times before pregnancy when you felt intense unease and distress ? n(%)	Yes	39(45.88)	25(50.00)	$\chi^2=0.214$	^a 0.644
	No	46(54.12)	25(50.00)		
Were there times during pregnancy when you felt intense unease and distress ? n(%)	Yes	23(27.06)	23(46.00)	$\chi^2=4.420$	^d 0.040*
	No	62(72.94)	27(54.00)		
Have you ever attempted to commit suicide?n(%)	Never	58 (68.24)	34 (68.00)	$\chi^2=0.021$	^a 0.990
	I have suicidal thoughts	18 (21.18)	11 (22.00)		
	I have attempted suicide	9 (10.59)	5 (10.00)		

^aPearson Chi-Square Test

^bFisher's Freeman Halton Test

^cMann Whitney U Test

^dYates Continuity Correction

* $p<0.05$

The study group also showed physical or mental disorders no more than the control group. It was found to be significantly lower than control group ($\chi^2=5.047$, $p=0.025$). However, a significant difference was determined between the groups in terms of levels of intense unease and distress periods during pregnancy ($\chi^2=4.420$ $p=0.040$). Times of intense unease and distress during pregnancy were significantly fewer in the study group compared to the control group.

Discussion

Compared to adulthood, adolescent pregnancies are known to be more risky for both the mother and the baby in terms of physical and psychological health. In addition to pregnancy-related problems such as anemia, premature birth, intrauterine development retardation, premature membrane rupture, early and late baby death¹, fetal distress, and unsuccessful induction of labor, increases are also observed in psychological problems such as feelings of anxiety, depression and suicidal ideation.^{7,11,12,14} These factors all together mean that adolescent pregnancies are a significant health problem.

In agreement with previous findings, education levels among pregnant adolescents and their partners were significantly lower compared to those of the control group in this study.¹⁵ Several studies have reported that pregnancy restricts employment and educational opportunities among adolescent women and that women may have to interrupt their education due to pregnancy.¹⁶⁻¹⁹ Higher levels of pregnancy have been observed among adolescent women who do not wish to go to school and who wish to be pregnant compared to those who continue in school and do not wish to be pregnant.²⁰ Additionally, pregnancy hinders education in this period and lack of education emerges as a cause of adolescent pregnancy. Further studies are needed in order to determine whether this is a cause or effect.

Coming from extended and large families is now regarded as a risk factor for adolescent pregnancy.²¹ In agreement with this finding, we also concluded that pregnant adolescents came from larger families.

An increased risk of depression has been reported in pregnant adolescents, and suicidal ideation or attempted suicide will also affect the health of the baby.¹³ Identification and early treatment of psychiatric problems is therefore important for the health of the mother and baby. Freitas et al. determined feelings of anxiety in 23%, depression in 20% and suicidal ideation in %16 of pregnant adolescents, compared to 9.4% known mental disorders in our survey.²² We determined no difference between the groups in terms of suicidal ideation and attempted suicide. Lack of parental interest and supervision and a low perception of support have been reported to be associated with increased pregnancies among adolescents.²³ Adolescent pregnancy is at risk because of physical difficulties, nutritional status, socioeconomic factors, partner abuse and emotional overload. Adolescent births are considered high risk pregnancies, and the potential risk of having negative consequences for the mother is increasing. In addition to psychiatric difficulties, many physical illnesses are more frequent in adolescent pregnancies.^{24,25} However, in our study, there was no difference between the groups in terms of physical problems. The rates of having no physical and mental disorders in our study were higher in the adolescent pregnancies. This result was contrary to what was expected. Adolescents with good familial relations and who

perceive their parents as supporting them are known to exhibit safer sexual behaviors, such as having fewer sexual partners, using contraception and engaging in sexual relations at a later age.²⁶ These supportive attitudes may be thought to prevent adolescent pregnancies. However, adolescent marriages in Turkey generally take place with the support of the families. Studies in Turkey have determined that families regard daughters marrying at an early age as a proper cultural tradition, and the acceptance of early marriage in environments in which daughters are raised and the family playing the determining role in the decision for marriage to take place are known to increase marriages at early ages.²⁷⁻²⁸ We concluded that this sociocultural characteristic increases levels of adolescent pregnancies, but that psychological distress and suicidal ideation in pregnancy decrease if the adolescent is supported. Similar studies have also reported that familial support affects physical and mental well-being in young couples during pregnancy.²⁹ The acquisition of individuality, sexual identity and character formation are important function that take place during adolescence.^{6,30} These adolescents are thought to complete their identity formation through a model of motherhood. This may protect pregnant adolescents against psychological anxiety. Although developing oneself through a model of motherhood may be regarded as successful development of identity in the short term, it is thought that such subjects may experience difficulties in developing themselves in the long term.

The presence of periods of intense unease or distress during pregnancy was significantly lower in the pregnant adolescents in this study compared to the control group. This finding is counter to expectation. At the same time, anxieties over the baby's health, feeling ready for motherhood or worries over giving birth were not as high among adolescents as anticipated. We attribute this to the structure of adolescence and to attitudes toward adolescent pregnancy in Turkish society as discussed above. Adolescence is a time when individuals are less fearful and exhibit more inattention, carelessness and risky behavior. One study determined that exhibition of risk-taking behavior varies depending on economic and education levels.³¹ Considering that the pregnant adolescents in our study also had low levels of education, it may be inferred that education and the risk-taking behavior seen in adolescence were also responsible for this situation.

Thirty-five percent of adolescent pregnancies are unplanned and unwanted and result from non-stable relationships.¹⁶ Unwanted pregnancy can be harmful to both mother and baby, and also increases levels of depression and anxiety.¹⁷ One study investigating the extent to which pregnancies in adolescence were desired determined that 24% of participants wanted their pregnancy or were uncertain about becoming pregnant in the following year, that the desire for pregnancy increased with age and that this desire decreased in the event of a relationship lasting less than 6 months or of an elevated perception of stress.²⁰ In our study, 12 (14%) pregnant adolescents and 9 (18%) members of the control group reported that their pregnancies were unplanned and unwanted. We determined no significant difference in terms of desired pregnancy levels between the study and control groups. Our participants reported high levels of marriage and desire for pregnancy. The absence of marriages of couples and the absence of marriage partners are associated with increased mental disorders.³² The high levels of marriage in this study show that the pregnancies resulted from stable

relationships. This then increased levels of wanted pregnancies and also reduced the risk of psychiatric diseases caused by unwanted pregnancies.

Although studies have reported that individuals undergoing adolescent pregnancies also have low economic conditions, in our study, and contrary to expectation, we observed no significant difference in economic circumstances.³³ We attributed this to many of the patients presenting to our hospital being at a low socioeconomic level.

There are a number of limitations to this study, including the fact that it did not include pregnant women from differing socioeconomic levels and that it did not inquire into the reasons why adolescents were less affected by pregnancy.

In conclusion, that pregnant adolescents had lower levels of education and came from larger families, but pregnancy was seen to cause no additional psychological distress. We think that this is attributable to adolescent marriages being planned and favored by families due to sociocultural factors in Turkey. These findings now need to be supported by multi-center and wider-ranging studies involving pregnant women from different socioeconomic levels.

Acknowledgments

We thank the patients and their families for their participation.

References

1. Onur B. Theories of Adolescent Psychology. Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences 1994;27:875-904 (in Turkish).
2. Wills TA, Knight R. Adolescent Health and Health Behaviors. In: International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition), (eds Wright JD). Oxford: Elsevier; 2015:121-7.
3. Richter M. Risk Behavior in Adolescence: Patterns, Determinants and Consequences. Wiesbaden, VS Verlag: Springer Science & Business Media; 2010.
4. World Health Organization, Adolescent health research priorities: report of a technical consultation, WHO reference number: WHO/FWC/MCA/15/07. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/en/. Date of Access: Apr 3, 2017.
5. Kuzma EK, Peters RM. Adolescent vulnerability, sexual health, and the NP's role in health advocacy. J Am Assoc Nurse Pract 2016;28:353-61.
6. Özdemir Y, Çok F. Autonomy Development in Adolescence. TPCGJ 2011;4:152-64 (in Turkish).
7. Kütük S. Pregnancy in adolescents, risks and problems. The Turkish Journal of Family Practice 2012;16:31-4 (in Turkish).
8. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ et al. Births: final data for 2009. Natl Vital Stat Rep 2011;60:1-70.
9. Hacettepe University Institute of Population Studies "2013 Turkey Demographic and Health Survey", 2014. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/TDHS_2013_main.report.pdf. Date of Access: Apr 3, 2017.
10. Sayem AM, Nury AT. Factors associated with teenage marital pregnancy among Bangladeshi women. Reprod Health 2011;20(8):16, doi: 10.1186/1742-4755-8-16.
11. Lara LA, Abdo CH. Age at Time of Initial Sexual Intercourse and Health of Adolescent Girls. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016;29:417-23.
12. Wilson-Mitchell K, Bennett J, Stennett R. Psychological health and life experiences of pregnant adolescent mothers in Jamaica. Int J Environ Res Public Health 2014;11:4729-44.
13. Hodgkinson SC, Colantuoni E, Roberts D, Berg-Cross L, Belcher HM. Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers. J Pediatr Adolesc Gynecol 2010;23:16-22.

14. Huang CC, Lin YC, Huang YT, Huang KH. Comparison of medical issues in antenatal and perinatal periods in early youth, adolescent, and young adult mothers in Taiwan: a 10-year nationwide study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:260, <http://doi.org/10.1186/1471-2393-14-260>.
15. Killoren SE, Zeiders KH, Updegraff KA, Umaña-Taylor AJ. The Sociocultural Context of Mexican-Origin Pregnant Adolescents' Attitudes Toward Teen Pregnancy and Links to Future Outcomes. *J Youth Adolesc* 2016;45:887-99.
16. Mchunu G, Peltzer K, Tutshana B, Seutlwadi L. Adolescent pregnancy and associated factors in South African youth. *Afr Health Sci* 2012;12:426-34.
17. Capanzana MV, Aguila DV, Javier CA, Mendoza TS, Santos-Abalos VM. Adolescent Pregnancy and the First 1000 Days (the Philippine Situation). *Asia Pac J Clin Nutr* 2015;24:759-66.
18. Duflo E, Dupas P, Kremer M. Education, HIV, and Early Fertility: Experimental Evidence from Kenya. *Am Econ Rev*. 2015;105:2757-97.
19. Beattie TS, Bhattacharjee P, Isac S, et al. Supporting adolescent girls to stay in school, reduce child marriage and reduce entry into sex work as HIV risk prevention in north Karnataka, India: protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2015;15:292, doi: 10.1186/s12889-015-1623-7.
20. Sipsma HL, Ickovics JR, Lewis JB, Ethier KA, Kershaw TS. Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Womens Health Issues* 2011;21:110-6.
21. Suciu LM, Pasc AL, Cucerea M, Bell EF. Teenage Pregnancies: Risk Factors and Associated Neonatal Outcomes in an Eastern-European Academic Perinatal Care Center. *Am J Perinatol* 2016;33:409-14.
22. Freitas GV, Botega NJ. Prevalence of depression, anxiety and suicide ideation in pregnant adolescents. *Rev Assoc Med Bras* 2002;48:245-9 (in Portuguese).
23. Noll JG, Shenk CE, Putnam KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *J Pediatr Psychol* 2009;34:366-78.
24. Parra-Pingel PE, Quisiguiña-Avellán LA, Hidalgo L, Chedraui P, Pérez-López FR Pregnancy outcomes in younger and older adolescent mothers with severe preeclampsia. *Adolesc Health Med Ther* 2017;8:81-6.
25. Njim T, Agbor VN. Adolescent deliveries in semi-urban Cameroon: prevalence and adverse neonatal outcomes. *BMC Res Notes* 2017;10(1):227, doi: 10.1186/s13104-017-2555-3.
26. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, et al. The Protective Effect of Family Strengths in Childhood against Adolescent Pregnancy and Its Long-Term Psychosocial Consequences. *Perm J* 2010;14:18-27.
27. Tunç Aİ. Reasons why not go to school for girls Van sample. *Journal of Yüzüncü Yıl University Faculty of Education* .2009;6(1):237-69 (in Turkish).
28. Kaptanoğlu İY, Ergöçmen B. Factors that pave the way for becoming a child bride, Sociological Association, Turkey, *Journal of Sociological Research* 2012;20:128-61 (in Turkish).
29. Kershaw T, Murphy A, Divney A, Magriples U, Niccolai L, Gordon D. What's Love Got to Do with It: Relationship Functioning and Mental and Physical Quality of Life Among Pregnant Adolescent Couples. *Am J Community Psychol* 2013;52:288-301.
30. Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S. Personality Development, Current Approaches in Psychiatry 2012;4:566-89 (in Turkish).
31. Uysal R, Bingöl TY. Examining adolescents' risk taking behavior in terms of self efficacy and other variables, *ASOS Journal* 2014;8:573-582 (in Turkish).
32. Suh EY, Ma P, Dunaway LF, Theall KP. Pregnancy Intention and Post-partum Depressive Affect in Louisiana Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Matern Child Health J* 2016;20:1001-13.
33. Brahmabhatt H, Kågesten A, Emerson M, et al. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in urban disadvantaged settings across five cities. *J Adolesc Health* 2014;55:48-57.

Gebelerde Kronik Yorgunluk Sendromu Belirti ve Bulgularının Sıklığının Araştırılması

Evaluation of the Frequency of Symptoms and Signs Related to Chronic Fatigue Syndrome in Pregnant Women

Mehmet Gölcür¹, Oktay Sarı², Ümit Aydoğan², Yaşam Kemal Akpak³, Uğur Keskin⁴

¹Deniz Er Eğitim Alay Komutanlığı, İskenderun

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği AD

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Öz

Amaç: Kronik yorgunluk sendromu (KYS) istirahat ile düzelmeyen ve en az altı aydan beri devam eden yorgunluk ile birlikte, ayrıca hafıza ve konsantrasyon problemleri, miyalji, artralji, baş ağrısı, uyku bozukluğu, tekrarlayan boğaz ağrısı ve hassas lenf nodları gibi bulgulardan en az dört tanesinin bulunmasıyla karakterize bir hastalıktır. Gebelik süreci ise çeşitli hormonal, metabolik ve anatomik değişiklikler paralelinde benzer yakınmaların görülebileceği fizyolojik bir süreçtir. Çalışmamızda, gebelerde karışabilen KYS semptomlarının sıklığını araştırdık.

Materyal ve Metot: Bu çalışma kronik sistemik hastalığı olmayan 224 gebe ile gerçekleştirildi. Gebelere sosyodemografik özellikleri ve gebelik bilgileri ile KYS belirti ve bulgularını içeren anket formu uygulandı. Sonuçlar hastalık koruma ve kontrol merkezi (CDC) ve Bruce M.Carruthers ve ark. nın yayınladığı tanı ve tedavi kılavuzunda yer alan KYS tanı kriterleri ışığında değerlendirildi.

Bulgular: CDC'ye göre 24 (%10,7) gebe, tanı ve tedavi kılavuzuna göre ise 8 gebe (%3,5) KYS olarak değerlendirildi. Gebelerde en sık görülen yakınmalar; %75 (n=168) ile egzersiz sonrası yorgunluk, %58,9 (n=132) ile aşırı uyuma veya az uyuma ve %53,6 (n=120) ile ışık, ses ve kokulara karşı hassasiyet olarak saptandı.

Sonuç: KYS ile gebelik arasında pek çok belirti ve bulgunun ortak olarak bulunması gerçeği gebe takibi yapan hekimlerinin gebelere ait her yakınmayı dikkatli bir şekilde değerlendirmesini gerektirmektedir. Gebelik sürecinde ve fizyolojik olarak değerlendirilebilen bazı yakınmalar, aslında gebelik süreci ile tetiklenmiş bazı patolojilere işaret ediyor olabilir.

Anahtar kelimeler: Kronik yorgunluk sendromu (KYS), Gebelik, Sistemik Hastalık

Abstract

Objectives: Chronic fatigue syndrome (CFS) is characterized by fatigue that has not improved with rest and has continued for at least six months and also by four of the following symptoms; memory and concentration problems, myalgia, arthralgia, headache, sleep disturbance, recurrent throat pain and sensitive lymph nodes. The pregnancy period is a physiological process in which similar complaints can be seen in association with various hormonal, metabolic and anatomical changes. In our study, we investigated the frequency of symptoms of CFS that can interfere with pregnancy.

Materials and Methods: This study was performed with 224 pregnant women without any chronic systemic disease. A survey form including sociodemographic characteristics and pregnancy information and symptoms and findings of CFS were applied to the pregnant women. The results were evaluated according to the CFS diagnostic criteria in the guideline for diagnosis and treatment of CDC and Bruce M. Carruthers et al.

Results: According to CDC 24 (10.7%) pregnant women and according to the diagnosis and treatment guide, 8 pregnant women (3.5%) were evaluated as CFS. The most common complaints in pregnancy are; fatigue after exercise in 75% (n = 168), sensitivity to light, sound and smell in 58.9% (n = 132) and excessive sleep or less sleep in 53.6%(n=120).

Conclusion: The fact that many signs and symptoms are common between CFS and pregnancy necessitates that doctors following-up pregnant women should carefully evaluate every complaint belonging to the pregnancy.

Key words: Chronic fatigue syndrome (CFS), Pregnancy, Systemic Disease

Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Oktay Sarı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Etlik Keçiören 06010, Ankara

e-posta: oktay.sari@sbu.edu.tr

Geliş tarihi: 26.05.2017

Kabul tarihi: 18.09.2017

Giriş

Kronik Yorgunluk Sendromu (KYS) kişiyi bitkinleştiren, ciddi ve sistemik bir klinik tablodur. Semptomlar genellikle immünolojik, endokrinolojik ve nörolojik bozukluklar temelinde ortaya çıkmaktadır.¹ KYS'li hastalar sıklıkla hastalığın başlangıcından önceki kapasitelerinden daha düşük düzeyde aktivite gösterirler. Bazı olgularda KYS yıllarca sürebilir. KYS'nin altta yatan sebepleri henüz açıklanamamıştır. Hastalığa uygun spesifik tanısal bir test ve belirli bir tedavi yöntemi bulunamamıştır.²

Kadınlardaki prevalans 100.000 kişide 522 iken erkeklerde 100.000 kişide 291'dir.³ Bu hastalığın yaygınlaşmaya başlaması ile Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Koruma ve Kontrol merkezinin (CDC) himayesinde 1988 yılında olgu tanımlama çalışmaları yayınlanarak, 1994 yılında tanım gözden geçirilmiş ve düzeltilmiştir. CDC tarafından tanımlanan güncel Amerikan tanı kriterlerine göre kronik yorgunluk sendromu, yatak istirahati ile düzelmeyen ve süregelen bir egzersize bağlı olmayan ve en az altı aydan beri mevcut olan derin yorgunluk ile birlikte sık veya tekrarlayan boğaz ağrısı, hafıza veya konsantrasyonda bozulma, hassas servikal veya aksiller lenf nodları, kas ağrısı, kızarıklık veya şişlik olmaksızın eklem ağrısı, egzersiz sonrası 24 saatten uzun süren kırgınlık, yeni bir tip, şiddet veya paternde baş ağrısı, uyku bozukluğu gibi bulgulardan en az dört tanesinin bulunmasıyla karakterizedir.^{4,5}

Gebelik sürecinde kadının metabolizmasında ve vücudunda meydana gelen değişiklikler aslında fetüsün gelişebilmesi için gerekli fizyolojik adaptasyon mekanizmalarıdır. Gebelik boyunca yeni ortaya çıkan veya şiddeti artan pek çok belirti ve bulgunun tamamen fizyolojik olabileceği gibi altta yatan kronik organik bir hastalığın veya psikiyatrik bir sorunun parçası olabileceği de gebe takibi yapan hekimlerin göz önünde bulundurması gereken bir durumdur.⁶ Özellikle sebebi açıklanamayan ve egzersizle ilişki olan veya olmayan yorgunluk, bitkinlik, kas ve eklem ağrıları, hafıza ve konsantrasyon bozuklukları, uyku bozuklukları, baş ağrısı, yeni ortaya çıkan lenf nodları hassasiyeti gibi belirti ve bulgular durumunda gebe kadınlar daha dikkatli değerlendirilmelidir.⁷

Bu çalışmanın amacı Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran ve herhangi bir kronik hastalığı olmayan gebelerde kronik yorgunluk sendromu semptomlarının güncel kriterler göz önünde bulundurularak sıklığının saptanmasıdır.

Materyal ve Metot

Bu çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne müracaat eden gebeler üzerinde yapılmıştır. Katılımcılara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı onamları alınmış, daha sonra araştırmacılar tarafından hazırlanan hasta soru formundaki toplam 46 soru gebelere yüz yüze mülakat şeklinde sorulmuştur. Çalışma etik onayı GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Etik Kurulu'ndan 05.03.2013 tarih ve 1491.586-13/1648.4-743 protokol numarası ile onay alınmıştır

Tanımlayıcı bir araştırma olan bu çalışmaya ait veriler 15 Nisan 2013 ile 15 Nisan 2014 tarihleri arasında GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerden toplanmıştır. Gebe olmak, hasta soru formunu ve anketi okuyup yanıt verecek sosyal düzeyde olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak çalışmanın temel kabul kriterleri olarak kabul edilmiştir. Akut hastalığı olanlar ve bilinç durumunda problem olanlar, herhangi bir kronik hastalığı olanlar ve yüksek riskli gebeler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Hasta soru formunda hastanın isim, yaş, boy, kilo, meslek, gelir durumu, eğitim düzeyi, alışkanlıkları (alkol, sigara, ilaç, vb.), sosyal güvencesi gibi sosyodemografik verileri yanında mevcut hastalıkları, gebelik, doğum, düşük ve küretaj sayıları, önceki gebeliklerinin doğum şekli ve mevcut gebelik haftası gibi obstetrik öyküsüne ait sorular yöneltilmiştir.

Elde edilen veriler kaydedildikten sonra gebelere kronik yorgunluk sendromu belirti ve bulguların değerlendirildiği sorular yöneltilmiştir ve gebeler klinik olarak aynı hekim tarafından muayenesi yapılmıştır. Katılımcılara en az altı ay süren egzersiz sonrası yorgunluk, egzersiz sonrası ruhsal ve bedensel tükenmişlik hali, egzersizle ortaya çıkan yorgunluk hali, egzersiz sonrası 24 saatten uzun süren bitkinlik hali, sebebi açıklanamayan inatçı yorgunluk, uykudan dinlenmiş olarak uyanmama hali, aşırı uyuma veya az uyuma gibi uyku bozukluğu, kas ağrıları, kas güçsüzlüğü, eklemelerde kızarıklık ve şişlik olmaksızın ağrı, yeni başlayan baş ağrısı, yakın hafızada bozukluk, bilinç bozukluğu ve konsantrasyon güçlüğü, kelimeleri hatırlamada zorluk, yanlış kelimeleri kullanma, mide-bağırsak rahatsızlıkları, tekrarlayan ve sık boğaz ağrısı, tekrarlayan grip benzeri belirtiler, ayakta iken ortaya çıkan baş dönmesi veya güçsüzlük, beden sıcaklığında düzensizlik, el ve ayaklarda soğukluk hissi, sıcak veya soğuğa karşı tahammülsüzlük, sıcak basmaları, terleme atakları, belirgin kilo değişikliği, egzersizle artan nefes darlığı, boyun veya koltuk altlarında hassas lenf nodları mevcudiyeti, ışığa, sese veya kokulara karşı hassasiyet, kalp rahatsızlığı olmaksızın çarpıntı ve yiyecek, ilaçlar ve kimyasal ajanlara karşı yeni gelişen duyarlılık durumlarının olup olmadığı sorulmuş ve kaydedilmiştir.

Araştırmada elde edilen veriler statistical package for social sciences (SPSS) 15.0 programı ile bilgisayar ortamına dökülmüş ve değerlendirilmeye alınmıştır. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmış ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma dahil edilme kriterlerine uyan toplam 224 gebe değerlendirildi. Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de özetlendi. Çalışmaya katılan 224 gebenin 105'i (%46,9) üçüncü trimesterde idi. Toplam gebelik sayılarına göre katılanların 95'inin (%42,4) ilk gebeliği olup toplam gebelik sayısı ortalaması $1,91 \pm 1,00$ olarak bulundu (Medyan; 2 (1-2,75)). Hastaların çoğu (%47,3) primipardı ve ortalama doğum sayısı $0,70 \pm 0,78$ olarak hesaplandı (Medyan; 1 (0-1)). (Tablo 2).

KYS belirti ve bulgularına yönelik sorular incelendiğinde gebelerde en çok görülen yakınmalar %75 (n=168) ile egzersiz sonrası yorgunluk, %58,9 (n=132) ile aşırı uyuma veya az uyuma ve %53,6 (n=120) ile ışık, ses ve kokulara karşı hassasiyet idi (Tablo-3).

Tablo 1. Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri

Demografik veriler		n	%
Yaş	17-25 yaş arası	44	19,6
	26-35 yaş arası	142	63,5
	36 yaş ve üstü	38	16,9
Beden Kitle İndeksi	Normal	90	40,2
	Fazla kilolu	101	45,1
	Obez	33	14,7
Meslek	Ev hanımı	136	60,7
	Memur	81	36,2
	Diğer	7	3,1
Gelir düzeyi	1000 TL altı	5	2,2
	1001-2000 TL	31	13,8
	2001-3000 TL	96	42,9
	3001 TL ve üzeri	92	41,1
Eğitim düzeyi	İlköğretim	24	10,7
	Lise	73	32,6
	Yükseköğretim	127	56,7
Sosyal güvence	Var	214	95,5
	Yok	10	4,5
Sigara	Hiç kullanmadım	163	72,8
	Kullanıyorum	17	7,6
	Bıaktım	44	19,6
Alkol	Kullanmıyorum	223	99,6
	Kullanıyorum	1	0,4
Toplam		224	100,0

Hastalık Koruma ve Kontrol Merkezi (CDC)'nin KYS tanı kriterleri göz önünde bulundurularak, bu kriterlere yönelik sorulara evet yanıtı veren gebe sayısı hesaplandı. Çalışmaya katılan 224 gebenin 24'ü (%10,7) bu kriterleri karşılamakta idi.

2003 yılında Journal of Chronic Fatigue Syndrome dergisinde Carruthers BM ve arkadaşları tarafından yayınlanan tanı ve tedavi kılavuzunda yer alan KYS tanı kriterlerine göre ise, çalışmaya katılan 224 gebenin 8'i (%3,5) bu tanı ve tedavi kılavuzunda yer alan KYS kriterlerini karşılamakta idi.

Tablo 2. Çalışmaya katılan gebelerin gebelik bilgileri

Gebelik verileri		n	%	Medyan (Q1-Q3)
Gebelik sayısı	İlk gebelik	95	42,4	2 (1-2,75)
	2. gebelik	73	32,6	
	3.gebelik	40	17,9	
	4.gebelik	12	5,4	
	5.gebelik	3	1,3	
	6.gebelik	1	0,4	
Doğum sayısı	Yok	106	47,3	1 (0-1)
	1 doğum	81	36,2	
	2 doğum	33	14,7	
	3 doğum	4	1,8	
Düşük sayısı	Yok	194	86,6	0 (0-0)
	1 düşük	26	11,6	
	2 düşük	3	1,4	
	3 düşük	1	0,4	
Kürtaj sayısı	Yok	193	86,2	0 (0-0)
	1 kürtaj	25	11,2	
	2 kürtaj	5	2,2	
	3 kürtaj	1	0,4	
Normal yolla doğum sayısı	Yok	145	64,7	0 (0-1)
	1 doğum	49	21,9	
	2 doğum	26	11,6	
	3 doğum	4	1,8	
Sezaryen ile doğum sayısı	Yok	181	80,8	0 (0-0)
	1 sezaryen	38	17,0	
	2 sezaryen	5	2,2	
Gebelik haftası	İlk 12 hafta	47	21,0	2,25 (2-3)
	13-24 hafta	72	32,1	
	25-40 hafta	105	46,9	
Toplam		224	100,0	

CDC'ye göre KYS kriterlerini karşılayan gebeler ile karşılamayan (%89,3) gebeler arasında yaş ($p=0,445$), vücut kitle indeksi ($p=0,361$), meslek ($p=0,647$), gelir düzeyi ($p=0,082$) eğitim durumu ($p=0,517$) açısından istatistiksel olarak fark saptanmadı. Aynı şekilde KYS tanı kriterlerine uyan ve uymayan gebelerin gebelik sayısı ($p=0,473$), canlı doğum sayısı ($p=0,080$), düşük sayısı ($p=0,919$), kürtaj sayısı ($p=0,688$), sezaryen ($p=0,670$) ve normal yolla doğum sayısı ($p=0,078$) gibi gebelikle ilgili özelliklerinin karşılaştırılmasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktu.

Tablo 3. Gebelerin KYS belirtilerinin değerlendirilmesi

Gebelerin KYS belirtileri			n	%
Gebelerin yorgunluk ve egzersiz ile ilişkili yorgunluk yakınmalarına dair sorulara verdikleri yanıtlar	Egzersiz sonrası yorgunluğunuz oluyor mu?	Evet	168	75,0
		Hayır	56	25,0
	Egzersiz sonrası kendinizi ruhsal ve bedensel olarak tükenmiş hissediyor musunuz?	Evet	88	39,3
		Hayır	136	60,7
Egzersizle birlikte ortaya çıkan yorgunluğunuz		Evet	128	57,1

	oluyor mu?	Hayır	96	42,9
	Egzersiz sonrası 24 saatten uzun süren bitkinlik haliniz oluyor mu?	Evet	27	12,1
		Hayır	197	87,9
	Sebebi açıklanamayan inatçı ve şiddetli bir yorgunluğunuz var mı?	Evet	46	20,5
		Hayır	178	79,5
Gebelerin uyku bozukluklarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar	Uykudan dinlenmemiş halde uyanma haliniz oluyor mu?	Evet	112	50,0
		Hayır	112	50,0
	Aşırı uyuma veya az uyuma gibi uyku bozukluğunuz oluyor mu?	Evet	132	58,9
		Hayır	92	41,1
Gebelerin ağrı ile ilişkili sorulara verdikleri yanıtlar	Kas ağrılarınız oluyor mu?	Evet	117	52,2
		Hayır	107	47,8
	Kas güçsüzlüğünüz oluyor mu?	Evet	77	34,4
		Hayır	147	65,6
	Eklemlerde şişlik ve kızarıklık olmaksızın ağrınız oluyor mu?	Evet	29	12,9
		Hayır	195	87,1
	Yeni başlayan baş ağrınız var mı?	Evet	34	15,2
		Hayır	190	84,8
Gebelerin hafıza ve konsantrasyon bozukluğuna ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar	Yakın hafızada bozukluk oluyor mu?	Evet	32	14,3
		Hayır	192	85,7
	Bilinç bozukluğu ve konsantrasyon güçlüğü oluyor mu?	Evet	24	10,7
		Hayır	200	89,3
	Kelimleri hatırlamada zorluk veya yanlış kelimeleri kullanma gibi şikayetleriniz oluyor mu?	Evet	40	17,9
		Hayır	184	82,1
Gebelerin immün manifestasyonlara ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar	Tekrarlayan veya sık boğaz ağrınız oluyor mu?’	Evet	26	11,6
		Hayır	198	88,4
	Grip benzeri belirtiler sık sık oluyor mu?’	Evet	21	9,4
		Hayır	203	90,6
	Boyun veya koltuk altlarınızda hassas şişlikler var mı?	Evet	5	2,2
		Hayır	119	97,8
Yiyecek, ilaçlar, kimyasal ajanlara karşı yeni gelişen duyarlılığınız var mı?	Evet	38	17,0	
	Hayır	186	83,0	
Gebelerin otonomik ve nöroendokrin manifestasyonlara ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar	Mide-bağırsak rahatsızlıklarınız (ishal, irritabl bağırsak sendromu) var mı?	Evet	51	22,8
		Hayır	173	77,2
	Ayakta dururken ortaya çıkan baş dönmesi veya güçsüzlüğünüz oluyor mu?	Evet	81	36,2
		Hayır	143	63,8
	Vücut sıcaklığınızda düzensizlik var mı?	Evet	49	21,9
		Hayır	175	78,1
	El ve ayaklarda soğukluk hissediyor musunuz?	Evet	39	17,4
		Hayır	185	82,6
	Sıcak veya soğuğa karşı tahammülsüzlüğünüz var mı?	Evet	94	42,0
		Hayır	130	58,0
	Sıcak basmaları, terleme ataklarınız oluyor mu?	Evet	107	47,8
		Hayır	117	52,2
	Belirgin kilo değişikliğiniz var mı?	Evet	51	22,8
		Hayır	173	77,2
	Egzersizle artan nefes darlığınız oluyor mu?	Evet	86	38,4
		Hayır	138	61,6
Işığa, sese veya kokulara karşı hassasiyetiniz var mı?	Evet	120	53,6	
	Hayır	104	46,4	
Kalp rahatsızlığı olmaksızın çarpıntınız var mı?	Evet	54	24,1	
	Hayır	170	75,9	

Tanı ve Tedavi Protokolü kriterlerini karşılayan 8 gebe ile karşılamayan 216 (%96,5) gebe arasında karşılaştırma yaptığımızda ise demografik ve obstetrik özellikler yönünden yapılan istatistiksel analizde anlamlı bir farklılık saptanmadı (Tablo 4).

Tablo 4. CDC kriterlerine göre KYS tanısı alan ve almayan gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik verilerinin karşılaştırılması

Parametreler		CDC tanı kriterlerini karşılamayan gebeler		CDC tanı kriterlerini karşılayan gebeler		P*	Tanı ve Tedavi protokolü kriterlerini karşılamayan gebeler		Tanı ve Tedavi protokolü kriterlerini karşılayan gebeler		P*
		n	%	n	%		n	%	n	%	
Yaş	17-25 yaş arası	38	19,0	6	25,0	0,445	41	19,2	3	27,3	0,682
	26-35 yaş arası	126	63,0	16	66,7		135	63,4	7	63,6	
	36 yaş ve üzeri	36	18,0	2	8,3		37	17,4	1	9,1	
BKİ	Normal	77	39,1	13	54,2	0,361	83	39,5	7	63,6	0,184
	Fazla kilolu	90	45,7	8	33,3		94	44,8	4	36,4	
	Obez	30	15,2	3	12,5		33	15,7	0	0,0	
Meslek	Ev hanımı	120	60,3	15	62,5	0,647	127	59,9	8	72,7	0,635
	Memur	72	36,2	9	37,5		78	36,8	3	27,3	
	Diğer	7	3,5	0	0,0		7	3,3	0	0,0	
Gelir düzeyi	1000 TL altı	3	1,5	2	8,3	0,082	5	2,3	0	0,0	0,516
	1001-2000 TL	30	15,0	1	4,2		31	14,6	0	0,0	
	2001-3000 TL	84	42,0	12	50,0		90	42,3	6	54,5	
	3001 TL üzeri	83	41,5	9	37,5		87	40,8	5	45,5	
Eğitim durumu	İlköğretim	21	10,5	3	12,5	0,517	23	10,8	1	9,1	0,957
	Lise	63	31,5	10	41,7		69	32,4	4	36,4	
	Yükseköğretim	116	58,0	11	45,8		121	56,8	6	54,5	
Gebelik sayısı	İlk gebelik	86	43,0	9	37,5	0,473	90	42,3	5	45,5	0,307
	2. gebelik	66	33,0	7	29,2		70	32,9	3	27,3	
	3. gebelik	36	18,0	4	16,7		38	17,8	2	18,2	
	4. gebelik	9	4,5	3	12,5		12	5,6	0	0,0	
	5. gebelik	2	1,0	1	4,2		2	0,9	1	9,1	
	6. gebelik	1	0,5	0	0,0		1	0,5	0	0,0	
Doğum sayısı	Yok	96	48,0	10	41,7	0,080	101	47,4	5	45,5	0,283
	1 doğum	73	36,5	8	33,3		78	36,6	3	27,3	
	2 doğum	29	14,5	4	16,7		31	14,6	2	18,2	
	3 doğum	2	1,0	2	8,3		3	1,4	1	9,1	
Düşük sayısı	Yok	173	86,5	21	87,5	0,919	184	86,4	10	90,9	0,985
	1 düşük	23	11,5	3	12,5		25	11,7	1	9,1	
	2 düşük	3	1,5	0	0,0		3	1,4	0	0,0	
	3 düşük	1	0,5	0	0,0		1	0,5	0	0,0	
Kürtaj sayısı	Yok	173	86,5	20	83,3	0,688	182	85,4	11	100,0	0,602
	1 kürtaj	21	10,5	4	16,7		25	11,7	0	0,0	
	2 kürtaj	5	2,5	0	0,0		5	2,3	0	0,0	
	3 kürtaj	1	0,5	0	0,0		1	0,5	0	0,0	
Sezaryen sayısı	Yok	163	81,5	18	75,0	0,670	173	81,2	8	72,7	0,281
	1 sezaryen	33	16,5	5	20,8		36	16,9	2	18,2	
	2 sezaryen	4	2,0	1	4,2		4	1,9	1	9,1	

Normal yolla doğum sayısı	Yok	130	65,0	15	62,5	0,078	137	64,3	8	72,7	0,212
	1 doğum	45	22,5	4	16,7		48	22,5	1	9,1	
	2 doğum	23	11,5	3	12,5		25	11,7	1	9,1	
	3 doğum	2	1,0	2	8,3		3	1,4	1	9,1	
Gebelik haftası	İlk trimester	40	20,0	7	29,2	0,503	44	20,7	3	27,3	0,587
	2. trimester	64	32,0	8	33,3		70	32,9	2	18,2	
	3. trimester	96	48,0	9	37,5		99	46,4	6	54,5	

* Ki kare testi

CDC tanı kriterlerine göre 24 gebenin tamamında (%100) sebebi açıklanamayan inatçı yorgunluk, 18'inde (%75,0) egzersiz sonrası 24 saatten uzun süren bitkinlik, 22'sinde (%91,6) kişiyi dinlendirmeyen uyku, 21'inde (%87,5) kas ağrısı, 14'ünde (%58,3) eklemelerde kızarıklık ve şişlik olmaksızın ağrı, 7'sinde (%29,1) baş ağrısı, 8'inde (%33,3) kısa dönem hafıza ve konsantrasyonda anlamlı bozukluk ve 11'inde (%45,8) sık ve tekrarlayan boğaz ağrısı yakınması saptandı. Bu 24 gebenin hiç birisinde hassas servikal ve aksiller lenf nodları yoktu. Sebebi açıklanamayan inatçı yorgunluğu olan ve olmayan gebelerin demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında özellikle gelir durumunun fazla olmasının inatçı yorgunluğu olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az rastlandığı saptanmıştır ($p=0,011$). Eğitim seviyesinde ise özellikle yüksek okul mezunu olanlarda inatçı yorgunluk daha az görülmekteydi ($p=0,038$). Normal yolla doğum yapma sayısı arttıkça inatçı yorgunluk görülme sıklığı istatistiksel olarak artıyordu ($p=0,039$) (Tablo 5).

Tablo 5. Sebebi açıklanamayan inatçı yorgunluğu olan ve olmayan gebelerin karşılaştırılması

Parametreler		Sebebi açıklanamayan inatçı yorgunluğu olmayan gebeler		Sebebi açıklanamayan inatçı yorgunluğu olan gebeler		P*
		n	%	n	%	
Yaş	17-25 yaş arası	33	18,5	11	23,9	0,588
	26-35 yaş arası	113	63,5	29	63,0	
	36 yaş ve üzeri	32	18,0	6	13,1	
BKİ	Normal	66	37,7	24	52,2	0,199
	Fazla kilolu	81	46,3	17	37,0	
	Obez	28	16,0	5	10,8	
Meslek	Ev hanımı	106	59,9	29	63,0	0,874
	Memur	65	36,7	16	34,8	
	Diğer	6	3,4	1	2,2	
Gelir düzeyi	1000 TL altı	1	0,6	4	8,7	0,011
	1001-2000 TL	25	14,0	6	13,1	
	2001-3000 TL	78	43,8	18	39,1	
	3001 TL üzeri	74	41,6	18	39,1	
Eğitim durumu	İlköğretim	19	10,6	5	10,9	0,038
	Lise	51	28,7	22	47,8	
	Yükseköğretim	108	60,7	19	41,3	
Gebelik sayısı	İlk gebelik	79	44,4	16	34,8	0,391
	2. gebelik	59	33,1	14	30,4	
	3. gebelik	30	16,9	10	21,7	
	4. gebelik	7	3,9	5	10,9	
	5. gebelik	2	1,1	1	2,2	

	6.gebelik	1	0,6	0	0,0	
Doğum sayısı	Yok	88	49,4	18	39,1	0,091
	1 doğum	66	37,1	15	32,6	
	2 doğum	22	12,4	11	43,9	
	3 doğum	2	1,1	2	4,3	
Düşük sayısı	Yok	155	87,1	39	84,8	0,636
	1 düşük	19	10,7	7	15,2	
	2 düşük	3	1,7	0	0,0	
	3 düşük	1	0,6	0	0,0	
Kürtaj sayısı	Yok	155	87,1	38	82,6	0,302
	1 kürtaj	17	9,6	8	17,4	
	2 kürtaj	5	2,8	0	0,0	
	3 kürtaj	1	0,6	0	0,0	
Sezaryen sayısı	Yok	143	80,3	38	82,6	0,938
	1 sezaryen	31	17,4	7	15,2	
	2 sezaryen	4	2,2	1	2,2	
Normal yolla doğum sayısı	Yok	120	67,4	25	54,3	0,039
	1 doğum	40	22,5	9	39,6	
	2 doğum	16	9,0	10	21,7	
	3 doğum	2	1,1	2	4,3	
Gebelik haftası	İlk trimester	36	20,2	11	23,9	0,011
	2. trimester	50	28,1	22	47,8	
	3. trimester	92	51,7	13	28,3	

* Ki kare testi

Carruthers ve arkadaşlarının yayımladığı tanı ve tedavi kılavuzunda yer alan kriterler tek tek değerlendirildiğinde, gebelerde en sık saptanan yakınma, %70,5 (n=158) ile vücut sıcaklığında düzensizlik, el ve ayaklarda soğukluk hissi, sıcak veya soğuğa karşı tahammülsüzlük, sıcak basmaları ve terleme atakları ile belirgin kilo değişikliği gibi yakınmalardan en az bir tanesinin bulunması ile karakterize nöroendokrin belirti ve bulgular maddesi olarak saptandı. En az görülen yakınma ise % 10,3 (n=23) ile egzersiz ile birlikte ve egzersiz sonrası başlayıp 24 saatten uzun süren ve kişiyi bitkinleştiren yorgunluk idi.

Çalışmaya katılan 224 gebenin tanı ve tedavi kılavuzunda belirtilen uyku bozukluğu kriterinin demografik özellikler ve obstetrik veriler ile karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Bu karşılaştırma Tablo 6'da özetlenmiştir.

Tartışma

KYS, kişiyi bitkinleştiren ve kişinin günlük aktivitelerini ciddi düzeyde kısıtlayan sistemik bir hastalıktır. Gebelik sürecinde ise, anne adayında normalde patolojik olarak değerlendirilen ama gebelik durumunda fizyolojik olan pek çok değişiklik meydana gelir. Spesifik bir tanı ve tedavi yöntemi olmayan KYS'ye ait pek çok subjektif belirtiler gebelikte görülen çeşitli yakınmalarla benzerlik gösterebilir ya da bu belirti ve bulgular gebelerde de değişen oranlarda bulunabilir. Kronik yorgunluk sendromu başka tanılarla çok karıştırılan hele ki gebelikte tanısı zor konan bir klinik tablodur. Kronik hastalıklar bu mevcut karışıklığa daha fazla hizmet etmemesi adına dahil edilmemiştir.¹ Çalışmamız KYS tanı kriterlerin de belirtilen yakınmalarının pek

çoğunun değişen oranlarda herhangi kronik bir hastalığı olmayan gebelerde bulunabileceğini göstermiştir.

Tablo 6. Uyku bozukluğu olan ve olmayan gebelerin karşılaştırılması

Parametreler		Uyku bozukluğu olmayan gebeler		Uyku bozukluğu olan gebeler		p*
		n	%	n	%	
Yaş	17-25 yaş arası	17	23,3	27	17,9	0,632
	26-35 yaş arası	44	60,3	98	64,9	
	36 yaş ve üzeri	12	16,4	26	17,2	
BKİ	Normal	27	37,5	63	42,3	0,480
	Fazla kilolu	36	50,0	62	41,6	
	Obez	9	12,5	24	16,1	
Meslek	Ev hanımı	44	60,3	91	60,7	0,966
	Memur	27	37,0	54	36,0	
	Diğer	2	2,7	5	3,3	
Gelir düzeyi	1000 TL altı	2	2,7	3	2,0	0,956
	1001-2000 TL	11	15,1	20	13,2	
	2001-3000 TL	30	41,1	66	43,7	
	3001 TL üzeri	30	41,1	62	41,1	
Eğitim durumu	İlköğretim	6	8,2	18	11,9	0,625
	Lise	26	35,6	47	31,1	
	Yükseköğretim	41	56,2	86	57,0	
Gebelik sayısı	İlk gebelik	32	43,8	63	41,7	0,695
	2. gebelik	27	37,0	46	30,5	
	3.gebelik	11	15,1	29	19,2	
	4.gebelik	2	2,7	10	6,6	
	5.gebelik	1	1,4	2	1,3	
	6.gebelik	0	0,0	1	0,7	
Doğum sayısı	Yok	32	43,8	74	49,0	0,127
	1 doğum	33	45,2	48	31,8	
	2 doğum	8	11,0	25	16,6	
	3 doğum	0	0,0	4	2,6	
Düşük sayısı	Yok	68	93,2	126	83,4	0,210
	1 düşük	4	5,5	22	14,6	
	2 düşük	1	1,4	2	1,3	
	3 düşük	0	0,0	1	0,7	
Kürtaj sayısı	Yok	65	89,0	128	84,8	0,251
	1 kürtaj	5	6,8	20	13,2	
	2 kürtaj	3	4,1	2	1,3	
	3 kürtaj	0	0,0	1	0,7	
Sezaryen sayısı	Yok	56	76,7	125	82,8	0,341
	1 sezaryen	16	21,9	22	14,6	
	2 sezaryen	1	1,4	4	2,6	
Normal yolla doğum sayısı	Yok	47	64,4	98	64,9	0,094
	1 doğum	21	28,8	28	18,5	
	2 doğum	5	6,8	21	13,9	
	3 doğum	0	0,0	4	2,6	
Gebelik haftası	İlk trimester	13	17,8	34	22,5	0,529
	2. trimester	22	30,1	50	33,1	
	3. trimester	38	52,1	67	44,4	

* Ki kare testi

KYS yaygınlığının belirlenebilmesi için yapılan çalışmalar yeni olup, hastalığın görülme sıklığının sanıldığından daha sık olduğu düşünülmektedir.⁸ Bununla birlikte KYS olup gebe kalan ya da gebe iken bu hastalığa yakalananlar ile ilgili literatür verileri oldukça kısıtlıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde normal popülasyonda prevalansın 100.000 kişide 422 olduğu ve yaklaşık 836.000 KYS hastasının bulunduğu ve 2 milyondan fazla hastanında daha tanı almadığı bildirilmektedir.^{2,3} Herhangi bir ırk ve eğitim seviyesiyle ilişkisi olmayan bu hastalığın yapılan çalışmalarda kadınlarda daha sık görüldüğünü bildirmiştir.⁹ KYS hastaları birçok hastalıkla karışabilen pek çok semptom sayısı ile hekime müracaat ederler. Bu semptomların sayısı kadar ağırlığı ve şiddeti de kişiyi ve günlük aktivitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.¹⁰ Daha ziyade kadınlarda görülen KYS'ye ait belirti ve bulguların, gebelik sürecindeki etkileşimlerine dair literatürde dikkat çeken bir çalışma olmamasına rağmen, daha çok kadınlarda görülen bu sendromun bileşenleri ile gebelikte görülen yakınmaların belli oranlarda örtüşmesi hekimlerin her bulguyu detaylı değerlendirmesi zorunluluğunu ortaya koymaktadır.¹¹

KYS'nin toplumdaki semptomatik faktör analizini yapmak amacıyla telefon yolu ile 18.675 kişiye ulaşılmış ve değerlendirme soruları neticesinde 780 kişiye (%4,2) KYS tanısı konulmuştur.¹² Bir meta analizde ise klinik olarak konfirme vakalarda çeşitli ülkelerin prevalans ortalaması ise 0,8% (95% CI 0,2% ila 1,3%).⁵ Bruce M.Carruthers'in 2003 yılında Journal of Chronic Fatigue Syndrome dergisinde yayımlanan tanı ve tedavi kılavuzuna göre ise bu rakam 8 (%3,59) olarak izlenmiştir.⁴ Çalışmamızda CDC tanı kriterleri göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirmede KYS tanısı alan gebe sayısı 24 (%10,7) iken çalışmaya katılan 224 gebenin 8'i (%3,5) Carruthers BM ve ark. tanı ve tedavi kılavuzunda yer alan KYS kriterlerini karşılamaktaydı.

Kadın hastalarda reproduktif çağda 8 kata varan oranda daha çok izlenen KYS, gebelikte oran olarak daha fazla görülmesi olasıdır. KYS tetikleyen stresli olaylar hakkında yapılan bir çalışmada gebelik en sık neden olarak izlenmiştir.¹⁰

Ülkemizde reproduktif çağdaki kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada en sık görülen KYS bulguları; altı aydan uzun süren yorgunluğa ek olarak miyalji (%97), lenfadenopati (%87), artralji (%84) ve farenjit (%84) olarak saptanmıştır.¹³ Bizim çalışmamızda ise CDC kriterlerine göre KYS tanısı alan 24 gebede en sık görülen yakınmalar; %91,6 (n=22) ile kişiyi dinlendirmeyen uyku, %87,5 (n=21) ile kas ağrısı ve %75 (n=18) ile egzersiz sonrası 24 saatten uzun süren bitkinlikti. Bununla birlikte gebelik öncesi dönemde benzer yakınmaları olmayan bu gebelerin hemen hemen hepsinde mevcut olan yorgunluk altı aylık süreyi aşmamıştı ve günlük aktiviteleri ve iş hayatını önemli derecede etkilememişti. KYS hastalarında gözlenen yorgunluk halinin şiddeti ve CDC tanı kriterinde belirtilen süre ile iş hayatı ve günlük aktivitenin etkilenmesi durumu düşünüldüğünde KYS tanısı alan bu gebelerde bu kriterlerin karşılanamayacağını düşünmek gerekebilir.

KYS'nin tanı kriterleri arasında uyku bozuklukları da yer almaktadır. Uyku bozukluğu sıklığının bu hastalarda % 16, baş ağrısı sıklığının % 36 ile 38 arasında olduğu bildirilmiştir.¹⁴ Ayrıca immün işlev bozukluğu ile KYS arasında ciddi bir ilişki olduğu öne sürülmüş olup bu hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının arttığı belirtilmiştir. Baranuik ve ark. 103 KYS hastasını, kontrol grubu ile karşılaştırarak inceledikleri çalışmalarında KYS hasta grubunda % 70 oranında rinit tespit

etmişlerdir.¹⁵ Bizim çalışmamızda CDC kriterlerine göre KYS tanısı düşünülen 24 gebenin 11'inde (%45,8) sık ve tekrarlayan boğaz ağrısı şikayeti vardı. Gebelerin genel verdiği yanıtlarda ise tekrarlayan grip benzeri belirtilerden yakınan gebe sayısı 21 (%9,4), tekrarlayan boğaz ağrısı şikayeti olan gebe sayısı ise 26 (%11,6) olarak izlendi.

Çoban ve ark. yine ülkemizde yaş ortalaması $26,5 \pm 4,7$ olan 198 gebe üzerinde yaptıkları kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmada, çalışmaya katılan gebelerin %54'ünün uyku kalitesinin bozuk olduğu saptanmıştır.¹⁶ Bizim çalışmamızda ise uykudan dinlenmemiş halde uyanma ve az veya aşırı uyuma gibi uyku bozukluğu olan gebe sayısı 151 (%67,4) idi. Yiyecek, ilaçlar veya kimyasal ajanlara karşı yeni gelişen duyarlılığı olan gebe sayısı ise 38 (%17,0) idi. Hem gebelerde hem de KYS hastalarında immün sistemde ki değişikliklere bağlı bazı manifestasyonlar gözlenebilir.^{17,18} Çalışmamız bu açıdan literatür verileri ile uyumlu bulgular saptamıştır.

KYS'nin en önemli tanı kriteri kuşkusuz altı aydan uzun süren yorgunluk ve egzersiz ile ilişkili bitkinlik yakınmasıdır. Yapılan bir çalışmada toplumdaki bireylerin %20-40'ının yaşamlarının bir döneminde yorgunluk ve bitkinlikle karşılaştıklarını belirtilmiştir.¹⁹ Değişik nedenlerle ortaya çıkabilen bu yorgunluğun 4 haftadan fazla sürmesi uzamış yorgunluk, 6 aydan uzun sürmesi ise kronik yorgunluk olarak nitelendirilir.²⁰ Yapılan çalışmalarda yorgunluğun temel nedenlerinden birinin yetersiz uyku olduğu belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada yorgunluk yaşayan kadınlarda bihassa son trimesterde gece uyku bölünmelerinin fazla olduğu bilinmektedir.²¹ Bizim çalışmamızda sebebi açıklanamayan inatçı bir yorgunluk yakınması olan gebe sayısı 46 (%20,5) idi. Egzersiz sonrası 24 saatten uzun süren bitkinliği olan gebe sayısı 27 (%12,1), egzersiz sonrası bitkinlik ve/veya yorgunluk yakınması olan gebe sayısı ise 23 (%10,3) olarak saptandı.

KYS'de ayakta durma, oturma veya yürüme gibi dik durma postürünün sürdürülmesi hususundaki problemler çok yaygın olup KYS'nin önemli bir bileşeni olabilir.⁹ Bunun yanında egzersizle birlikte ortaya çıkan nefes darlığı ve çarpıntı şikayetleri görülebilir. Çalışmamızda ayakta dururken ortaya çıkan baş dönmesi, egzersizle ortaya çıkan nefes darlığı mide-bağırsak rahatsızlıkları ve kalp rahatsızlığı olmaksızın çarpıntı gibi otonomik belirti ve bulgulardan en az bir tanesi olan gebe sayısı 154 (%68,7) idi. Bazı araştırmalar KYS hastalarında normal bir plazma hacmine rağmen eritrosit kitlesinde azalma olduğunu göstermiştir. Bu durum gebelerde fizyolojik bir anemi oluşmasına neden olur.²¹ KYS hastalarında ortaya çıkan bu otonomik belirti ve bulgular gebelik döneminde fizyolojik olarak görülen belirti ve bulgularla paralellik gösterebilir ya da gebelik süreci içerisinde fizyolojik sınırlarda değerlendirilmesi gereken yakınmalar yanlışlıkla patolojik düzeyde ele alınabilir. Bu yüzden hem gebelerde hem de KYS hastalarında semptomların şiddeti bireysel olarak nesnel ölçeklerle değerlendirilmelidir. KYS hastalarında vücut sıcaklığında değişimler, hastanın kendisini sıcak ya da soğuk hissetmesi, tekrarlayan ateş basma atakları ve terleme epizodları olabilir.²² Çalışmamızda bu nöroendokrin belirti ve bulgulardan en az bir tanesine sahip gebe sayısı 158 (%70,5) olarak izlendi. KYS'nin seyri esnasında nöroendokrin belirti ve bulguların sık görüldüğü göz önünde bulundurulduğunda gebelik sürecinde görülen bu tür yakınmalara dikkat etmek gerekir. Bununla birlikte KYS hastalarında bu tür belirti ve bulguların daha karmaşık bir tabiatla olduğu ve diğer semptomların şiddetini arttırdığı da unutulmamalıdır. 252 KYS tanılı gebede yapılan bir çalışmada gebelik sırasında mevcut şikayetlerin değişmeme veya iyileşme oranı

%71, postpartum dönemde ise %50 tespit edilmiştir. Her ne kadar bazı gebelerin semptomlarında ilerleme izlense de istatistiksel olarak gebeliğin KYS'yi kötüleştirmediği tespit edilmiştir.²³ Gebelik KYS bulgularını değiştirmese de oluşmasında etkin rol oynayabilmektedir. Çalışmamızda da obstetrik sonuçlara etkisi izlenmemiştir.

Çalışmamızın sonuçları değerlendirilirken bazı kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamız tanımlayıcı bir araştırma olup yüz yüze anket sorularına verilen yanıtlar ile gerçekleştirilmiştir ve bu tür çalışmaların bilinen dezavantajlarını taşımaktadır. Çok merkezli yapılmamış olması nedeniyle topluma genellenme yapamayız. Ankete katılmak yönünde olumlu yanıt veren gebe sayısının azlığı ve KYS'ye ait her subjektif belirti ve bulgunun nesnel ölçeklerle detay incelemeye tabi tutulması gerektiği kabul edildiğinde bu soruların KYS kriterlerine uygunluğunda hekimin klinik tecrübesi ön plana çıkmaktadır. Literatürde KYS'ye yönelik klinik çalışmalar konusunda kısıtlılık olduğu gibi KYS tanısı aldıktan sonra gebe kalan ya da gebe iken KYS tanısı alan kişiler ile yapılan çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Buna rağmen gebelik gibi bir süreç içinde KYS'ye ait pek çok subjektif yakınmanın izole veya diğer semptomlarla birlikte olarak gebelerde bulunabileceğini göstermesi açısından çalışmamız önemlidir.

Sonuç

Çalışmamızda KYS belirti ve bulgularının gebelerde görülme sıklığı araştırılmıştır ve KYS'ye ait pek çok belirti ve bulgunun gebelerde değişen oranlarda görülebildiği saptanmıştır. Aile hekimliği disiplininde tüm hastaları biyopsikososyal olarak değerlendirmek büyük önem arz etmektedir. Özellikle çalışmamızın popülasyonunu oluşturan gebelerde hemen hemen tüm sistemlerde gebelik sürecinin bir özelliği olarak fizyolojik düzeyde değişiklikler olmaktadır. KYS gibi patognomonik bir bulgusu ve spesifik bir tanı testi olmayan hastalıkların kadınlarda sık görüldüğü ve bu tür hastalıklara ait pek çok yakınmanın değişen oranlarda gebelerde bulunduğu göz önünde bulundurulduğunda, aile hekimlerinin gebelerdeki her yakınmayı dikkatli bir şekilde değerlendirmesi gerektiği önem kazanmaktadır.

Kaynaklar

1. Vergauwen K, Huijnen IP, Kos D, Van de Velde D, van Eupen I, Meeus M. Assessment of activity limitations and participation restrictions with persons with chronic fatigue syndrome: a systematic review. *Disabil Rehabil* 2015;37(19):1706-16.
2. Yancey JR, Thomas SM. Chronic fatigue syndrome: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2012;86(8):741-6.
3. Jason LA, Richman JA, Rademaker AW, Jordan KM, Plioplys AV, Taylor RR, McCready W, Huang CF, Plioplys S. A community-based study of chronic fatigue syndrome. *Arch Intern Med* 1999;159(18):2129-37.
4. Carruthers BM, Jain AK, De Meirleir KL, et al. Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 2003;11(1):7-115.
5. Johnston S, Brenu EW, Staines D, Marshall-Gradisnik S. The prevalence of chronic fatigue syndrome/ myalgic encephalomyelitis: a meta-analysis. *Clin Epidemiol.* 2013;5:105-10.
6. Karaduman M, Sarı O, Aydoğan U, Akpak YK, Semiz A, Yılanlıoğlu NC, Keskin U. Evaluation of obstructive sleep apnea symptoms in pregnant women with chronic disease. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016;29(20):3379-85.

7. Okour A, Alkhateeb M, Amarin Z. Awareness of danger signs and symptoms of pregnancy complication among women in Jordan. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;118(1):11-4.
8. Werker CL, Nijhof SL, van de Putte EM. Clinical Practice: Chronic fatigue syndrome. *Eur J Pediatr* 2013;172(10):1293-8.
9. Wessely S, Chalder T, Hirsch S, Wallace P, Wright D. The prevalence and morbidity of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a prospective primary care study. *Am J Public Health* 1997;87(9):1449-55.
10. Allen PR. Chronic fatigue syndrome: implications for women and their health care providers during the childbearing years. *J Midwifery and Womens Health* 2008;53(4):289-301.
11. Jha RR, Masson EA, Lindow SW. Detailed description of a pregnancy associated with severe chronic fatigue syndrome. *J Obstet Gynaecol* 1999;19(3):306-7.
12. Jason LA, Taylor RR, Kennedy CL, Jordan K, Huang CF, Torres-Harding S, Song S, Johnson D. A factor analysis of chronic fatigue symptoms in a community-based sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(4):183-9.
13. Çevik R, Gür A, Nas K, Acar S, Saraç AJ. Kronik yorgunluk sendromlu hastaların klinik özellikleri. *Romatizma* 2003;18(1):18-22.
14. Kroenke K. Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine* 1998;60:150-5.
15. Baranuk JN, Clauw DJ, Gaumond E. Rhinitis symptoms in chronic fatigue syndrome. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1998;81(4):359-65.
16. Çoban A, Yanikkerem E. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Tıp Dergisi* 2010;49(2):87-94.
17. Bansal AS, Bradley AS, Bishop KN, Kiani-Alikhan S, Ford B. Chronic fatigue syndrome, the immune system and viral infection. *Brain Behav Immun* 2012;26(1):24-31.
18. Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue : more questions than answers. *J of Epidemiology and Community Health* 1992;46(2):92-7.
19. Bates DW, Schmitt W, Buchwald D, Ware NC, Lee J, Thoyer E, Kornish RJ, Komaroff AL. Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. *Arch Intern Med* 1993;153(24):2759-65.
20. Naud K, Ouellet A, Brown C, Pasquier JC, Moutquin JM. Is sleep disturbed in pregnancy? *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(1):28-34.
21. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 2000;71(5):1280-4.
22. Demitrack MA, Crofford LJ. Evidence for and pathophysiologic implications of hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Ann N Y Acad Sci* 1998;840:684-97.
23. Schacterle RS, Komaroff AL. A comparison of pregnancies that occur before and after the onset of chronic fatigue syndrome. *Arch Intern Med* 2004;164(4):401-4.

Aile Hekimliğinde Nadir Hastalıklara Yaklaşım

Approach to Rare Diseases in Family Medicine

Gamze Bakırcı¹, Yusuf Üstü²

¹Çukurca Devlet Hastanesi

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Öz

Prevalansı düşük, kronik, ağır, yaşamı tehdit eden hastalıklar "Nadir hastalık" olarak tanımlanmaktadır. Bu hastalıklar, tanı, tedavi ve izlemde özel yaklaşım ve uygulamalar gerektirdiğinden zorluklara neden olur. Ülkemizde akraba evliliğinin sık olması nedeniyle %80'i genetik geçişli olan nadir hastalıkların görülme olasılığı artmaktadır. Aile hekimlerinin bu hastalıkların yönetimindeki rolü tanımlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nadir hastalık, yetim ilaçlar

Abstract

Low prevalence, chronic, severe, life threatening diseases are defined as "rare diseases". These diseases cause difficulties as they require special approaches and practices in diagnosis, treatment and follow-up. Because of the frequency of consanguineous marriages in our country, the risk to have rare diseases with genetic passage is increasing. The role of family physicians in the management of these diseases should be defined.

Key words: Rare disease, orphan drugs

Yazışma Adresi / Correspondence:

Uz. Dr. Gamze Bakırcı

Çukurca Devlet Hastanesi, Hakkari

e-posta: drgbakirci@hotmail.com

Geliş Tarihi: 04.08.2017

Kabul Tarihi: 07.09.2017

Nadir Hastalık Nedir?

Nadir hastalıklar ABD' de 1/200.000, Avrupa ve Avustralya' da 1/2000, Japonya' da 1/50.000 ve WHO'ya göre 6.5-1/10.000'den daha seyrek görülen, çoğunlukla tedavisi mümkün olmayan, morbidite ve mortalitesi yüksek hastalıklardır.¹ Tanımlanmış nadir hastalık çeşidi yaklaşık 5000-8000'dir ve her yıl 250 yeni nadir hastalık tanımlanmaktadır.² Nadir hastalıkların sıklıkları ülkelerin epidemiyolojik durumuna göre farklılıklar gösterse de, tümü birden toplumun %10'unu etkilemektedir.^{2,3} ABD'de 25 milyon, Avrupa'da ise 30 milyon nadir hastalık tanılı hasta bulunmaktadır.⁴

Nadir hastalıklar kronik, progresif ve dejeneratiftir. Yaşam kalitesini olumsuz etkiler, hatta çoğunlukla yaşamı tehdit ederler. %80'i genetik kökenlidir, geriye kalanlar ise allerjiler, çevresel faktörler ve (bakteriyel veya viral) enfeksiyonların sonucudur. Bu hastalıkların %50'si çocukları etkiler ve nadir hastalığı olan çocukların %30'u 5 yaşından önce ölür.⁵

Nadir hastalıklar, tanı, tedavi ve izlemde özel yaklaşım ve uygulamalar gerektirdiğinden zorluklara neden olur. Bu hastalıklara tanı koymak uzun yıllar alabilir ve hastalık yıllarca ihmal edilebilir. Hasta tanı ve tedavi için doktordan doktora dolaşır. Sekiz nadir hastalık (Crohn hastalığı, Kistik Fibrozis, Duchenne Musküler Distrofi, Ehlers-Danlos, Marfan, Prader-Willi, Tüberoz Skleroz ve Fragile X sendromu) ile ilgili

17 Avrupa ülkesinde 18.000 kişide yapılan bir ankete göre; hastaların %25'i doğru tanının konması için 5-30 yıl beklemiş ve %40'ına doğru tanıdan önce yanlış bir tanı konulmuştur.⁶ Hastaların %16'sında gereksiz cerrahi tedavi, %33'ünde uygun olmayan medikal tedavi, %10'unda ise psikosomatik ön tanı ile psikoterapi uygulanmış; tanı konulabilmesi için % 25'i başka bir şehire, %2'si ise başka bir ülkeye gitmek zorunda kalmıştır.⁷

Nadir hastalıklar ile ilgili çalışmalar yürütmek üzere bazı kuruluşlar oluşturulmuştur. Bu kuruluşların sitelerinden az görülen bu hastalıklarla ilgili bilgi sahibi olmak mümkündür. Nadir hastalıklar ile ilgili başlıca kuruluşlar ve siteleri şunlardır:

- NORD: National Organization for Rare Disorders: www.raredisease.org
- EURORDIS: The European Organization for Rare Diseases: www.eurordis.org
- The portal for rare diseases and orphan drugs: www.orpha.net
- ICORD (international Conference for Rare Disease and Orphan Drugs); ilk kez 2005'te İsveç'te toplanmıştır. Nadir hastalıkların tanı, izlem ve tedavisi için birçok kurum ve kuruluşu biraraya getiren yıllık toplantılar düzenlemektedir: icord.se.

ICD-10 sistemi bu hastalıklar için uygun değildir.⁸

2005 yılında nadir hastalıklarla ilgili ulusal planlarını oluşturan Fransa; bu alanda 27 Avrupa Birliği üyesi ülke arasından birinci sırayı almıştır. Ulusal planlarını oluşturan ve referans merkezlerini düzenleyen diğer ülkeler ise; Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Portekiz, Romanya ve İspanya'dır. Diğer Avrupa ülkelerinde bu konuda çalışmalar devam etmektedir.⁹

Avrupa Birliği Sağlık Bakanları Konseyi Önerileri⁹ (2008)

- 2013 yılına kadar nadir hastalıklar ile ilgili durumun ulusal düzeyde tespiti,
- AB üyesi ülkeleri için ortak bir sınıflandırma oluşturulması, tanı ve izlem için referans merkezlerin belirlenmesi
- Bu konudaki araştırmaların ve kaynakların envanterinin çıkarılması, ulusal ve uluslararası düzeyde koordinasyonunun desteklenmesi
- Hastaların tanısı, kaliteli bakımı ve izlemi için konunun uzmanlarının deneyimlerini paylaşmak üzere biraraya gelmesininin sağlanması.⁹

Yetim İlaçlar

Yetim ilaç terimi, nadir hastalıkların tedavisine yönelik olan ilaçlar için kullanılır. Nadir hastalıklardan etkilenen hasta sayısı çok az olup bu ilaçların araştırma, geliştirme ve pazarlamaları karlı olmadığından yetim ilaç ismiyle anılmaktadır.¹ NMEler (New Molecular Entity); tedavisi olmayan nadir hastalıklar için geliştirilmiş yeni moleküllerdir. CDER (Center for Drug Evaluation and Research), 2003 ile 2011 yılları arasında yılda ortalama 24 NME için onay verirken; 2012'de 39 NME onay almıştır.¹⁰ Amerika'da 1983-2002 yılları arasında yaklaşık 1100 ilaç ve biyolojik ürün yetim ilaç olarak belirlenmiş ve 231 ilaç onay almıştır.¹¹

İlaç firmaları yetim ilaç geliştirmeyi istememektedir; çünkü, pazarları küçüktür, araştırma ve geliştirme masrafları, ilaçların getirdiği kârdan çok daha fazla tutar. Bu bağlamda dünyada birçok ülkede son üç dekada üreticileri yetim ilaç geliştirmeye teşvik etmek için yetim ilaç mevzuatı benimsenmiştir.¹²

Yetim ilaç geliştirilmesinde ve kullanıma girmesindeki zorluklar; az sayıda hastada kullanılabilmesi, hastalıkların değişen patofizyolojileri, hastalığın doğal gidişinin iyi anlaşılabilmesi, klinik çalışmalar için ancak birkaç hasta bulunabilmesi, tedavinin uygun süresinin bilinmemesi, sonucun tahmin edilemeyeceği, tedavinin etkilerinin heterojen olması, yeterli bilgi olmayışı nedeniyle zor kararlar gerektirmesi ve yüksek fiyatta olmalarıdır.^{9,13-15}

Nadir Hastalıklarda Aile Hekiminin Rolü

Nadir hastalıkların popülasyonun %6-10'unda görüldüğünü kabul edersek, aile hekimlerinin bu hastalarla karşılaşma olasılığı yüksektir. Ancak aile hekimleri sık görülen hastalıkların yönetiminde uzmanlaşmışlardır. Nadir hastalıklarda aile hekimlerinin rolü yeterli olarak tanımlanmamıştır.¹⁶

Nadir hastalığı olan insanlar ve aileleri farklı tanılarına rağmen benzer deneyimlere sahiptirler. Karşılaşılan sorunlara yardımcı olabilmek için genel aile hekimliği stratejilerinin geliştirilmesi bu hastaların genel bakımını iyileştirir.¹⁶

EURORDIS, nadir hastalığı olan hastaların ve ailelerinin problemlerini; doğru tanıya ulaşamama, bilgi eksikliği, bilimsel çalışma eksikliği, sosyal sonuçlar, uygun kalitede sağlık bakımı alamama, varolan az sayıdaki ilacın ve bakımın yüksek maliyeti, tedavi ve bakımdaki eşitsizlikler olarak listelemiştir.¹⁶

Nadir hastalıklarda aile hekiminin yapması gerekenler;

- Tanı: 'Bu bir nadir hastalık olabilir mi?' diye daha sık sorulmalı, hastalığın sık görülen paterninden sapmalar tanınmalıdır. Düşük prevalanslı hastalıkların araştırılmasında akılcı olunmalı, tanıyı kesinleştirmek için uzmanlık hizmetleri akılcı kullanılmalıdır.
- Bütüncül yaklaşım: Hastalıkla ilişkisiz yaygın durumlar ve koruyucu hizmetler (immünizasyon, tarama, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, vb) gibi diğer sağlık konularıyla ilgili yüksek kalitede bakım sağlanmalıdır.
- Hastalığı bilmek: Karşılaşılan nadir hastalıkların doğal gidişi, kanıta dayalı tedavi seçenekleri, sistematik uzun dönem bakım, ilgili problemler ve genetiği ile ilgili bilgileri öğrenilmelidir. Uygun uzman hizmetleri, ilgili hizmetleri sunan yerel kuruluşlar ve uluslararası merkezler aranıp bulunmalıdır.
- Hastaya yetki vermek: Hastalar ve bakıcıları soru sormaya cesaretlendirilmeli, öz bakımlarında ve karar vermelerinde yardımcı olunmalıdır.
- Aileye destek: Hasta destek ağının fiziksel, duygusal, psikolojik, manevi, sosyal ihtiyaçlarına katkıda bulunulmalıdır.
- Savunuculuk: Hastanın sosyal hizmetler ve tıbbi bürokrasideki yolculuğu desteklenmeli, yazılı ve sözlü kaynaklar yorumlanmalıdır.¹⁶

Amerika'da aile hekimlerinin nadir hastalıkların tanınması ve yönetimindeki rolünü belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmaya göre aile hekimleri, hastaların

%89'unun problemini tanımış, %54'üne tanı koymuş; %56'sına akut bakım, %76'sına devamlı bakım sağlamış; %85'ini başka bir hekime konsulte etmiştir. Hastaların %58'inde nadir durum hayatı tehdit edici nitelikte saptanmıştır.¹⁷

Türkiye'de Nadir Hastalıklar

Avrupa Birliği ülkelerinde akraba evliliği oranı binde 3-10 iken; Türkiye'de 1970-1987 yılları arasında 55.175 evlilik incelenerek yapılan bir çalışmaya göre bu oran %21,21 bulunmuştur. Akraba evliliği oranındaki yükselme, çoğunluğu otozomal resesif genetik geçiş gösteren nadir hastalıkların ülkemizde daha sık görülmesine neden olacaktır. Buradan hareketle Türkiye'de yaklaşık 57 milyon kişinin nadir hastalıklardan etkilenmesi muhtemeldir.¹⁸

Türkiye'de 2003 yılında 33 ilde başlatılan 'Ulusal Hemoglobinopati Önleme Programı', nadir hastalıklar konusundaki programlardan biridir. 2003-2008 yılları arasında evlilik öncesi tarama, %30'dan %81'e çıkmıştır. Beklenen yıllık talasemili doğum sayısı 400 iken %85 azalmıştır.¹⁹ Avrupa ülkelerinde 10.000-30.000 doğumda bir görülen Fenilketonüri, nadir hastalık grubunda olmasına rağmen; ülkemizde 3000-4500 doğumda bir görülür. Özellikle akraba evliliklerinin bu hastalığın görülme sıklığını artırdığı bilinmektedir. Bu sebeple, sağlık kuruluşları tarafından il merkezi ve ilçelerde, her yeni doğandan kan numuneleri alınarak, fenilketonüri hastalığı yönünden taranması sağlanmakta ve fenilketonüri hastalara ait bilgiler İl Sağlık Müdürlüğü Aile Planlaması ve Çocuk Sağlığı(AÇSAP) Şubesi tarafından arşivlenmektedir.²⁰

Sonuç

Nadir hastalıklar tek tek nadir olsalar da tümü birden toplumun %6-10'unda görülür. Günde optimal sayıda hasta muayene eden bir hekim, nadir hastalıklarla yılda ancak 1-2 kez, bazen meslek hayatı boyunca 1-2 kez karşılaşacaktır. Fakat hastalık sizde veya bir yakınınızda görüldüğüne 'nadir' olmayacaktır.

Nadir hastalıklar konusunda yapılan çalışmaların ve geliştirilen ilaçların sayısı hızla artmaktadır. Bu artışta teşvikler, ulusal ve uluslararası düzenlemeler önemli rol oynamıştır. 10-20 yıl önce tedavisi olmayan nadir hastalıkların bir kısmının tedavisi mümkün hale gelmiştir ve bu konuda gelişmeler umut vericidir. Ancak ülkemizde Nadir Hastalıklar ve Yetim İlaçlar ile ilgili herhangi bir yönetmelik bulunmaması bu hastalıklarla ilgili çalışmalar yapılmasını ve kesin sonuçlara ulaşılmasını zorlaştırmaktadır. Bu konuda gelişim sağlanabilmesi için, konu ile ilgili bir ulusal politika oluşturulmalıdır.

Kaynaklar

1. Lavandeira A. Orphan drugs: legal aspects, current situation. *Haemophilia*. 2002;8(3):194-8.
2. European Commission. Communication from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions on rare diseases: Europe's challenges. http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/rare_com_en.pdf, (December 12, 2011).
3. Stolk P, Willemsen MJ, Leufkens HG. Rare essentials: Drugs for rare diseases as essential medicines. *Bull World Health Organ* 2006;84:745-51.
4. Wästfelt M, Fadeel B, Henter JI. A journey of hope: lessons learned from studies on rare diseases and orphan drugs. *J Intern Med* 2006;260:1-10.

5. EURORDIS. What is a rare disease? <http://www.eurordis.org> (accessed December 8, 2011).
6. EURORDIS. Survey of the delay in diagnosis for 8 rare diseases in Europe (Eurordiscare 2). http://archive.eurordis.org/article.php?id_article=454 (access February 1, 2012).
7. The Independent Expert Group.' Ethical, legal and social aspects of genetic testing: research, development and clinical applications. Brussels http://ec.europa.eu.research/conferences/2004/genetic/report_en.htm (February 10, 2012).
8. World Health Organization'. International Classification of Diseases. (10th revision. http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf (March 10, 2012).
9. Van Weely S, Leufkens HGM. Background paper: orphan diseases. In: Kaplan W, Laing R (Eds). Priority medicines for Europe and the world - a public health approach to innovation. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: mednet3.who.int/prioritymeds/report/index.htm. (May 11, 2012).
10. Novel new drugs 2012 summary. <https://www.fda.gov/downloads/drugs/developmentapprovalprocess/druginnovation/ucm381803.pdf> (May 11, 2014).
11. Aronson JK. Over-the-counter medicines. *British Journal of Clinical Pharmacology* 2004;58(3):231-50.
12. Song P, Gao J, Inagaki Y, Kokudo N, Tang W. Rare diseases, orphan drugs, and their regulation in Asia: Current status and future perspectives. *Intractable Rare Dis Res* 2012;1(1):3-9.
13. Service RF. Orphan drugs of the future? *Science* 2004;303:1798.
14. Ginsburg GS, Konstance RP, Allsbrook JS, Schulman KA. Implications of pharmacogenomics for drug development and clinical practice. *Arch Intern Med* 2005;165:2331-6.
15. WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee 2002. Geneva: World Health Organization; 2003. Available from: www.who.int/medicines/publications/essentialmeds_committeereports/TRS_914.pdf. (May 8, 2017).
16. Knight AW, Senior TP. The common problem of rare disease in general practice. *Med J Aust* 2006;185(2):82-3.
17. Phillips WR. Zebras on the Commons: Rare Conditions in Family Practice. *JABFP* 2004;17(4):283-6.
18. Dundar M, Karabulut SY. Türkiye'de nadir hastalıklar ve yetim ilaçlar: Medikal ve sosyal problemler. *Erciyes Medical Journal* 2010;32(3):195-200.
19. Canatan D. Talasemi ve Hemoglobinopatilerin Dünyada ve Türkiye'de Durumu. *Türkiye Klinikleri J Hem Onc-Special Topics* 2010;3(1):1-4.
20. TC Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Resmi Sayfası. <http://www.asm.gov.tr/sayfalar/567.rdx>, Erişim Tarihi: 3 Mayıs 2017.

Sağlıklı Yaşam: Gündelik Hayatta Karşılaştığımız Sağlık Risklerini Azaltabilir miyiz ?

Healthy Life: Can We Decrease Health Risks in Daily Life ?

Bekir Çakır¹

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

Öz

Uzun ve sağlıklı bir yaşam her bireyin dileğidir. Bununla birlikte günümüzde birçok etken sağlıklı bir yaşam sürmemize engel olmaktadır. Bunlardan bir kısmı bireysel çabalarla önlenemese de önemli bir kısmı yaşam şekli değişikliği ile kişilerin kendilerinin değiştirebileceği faktörlerdir. Sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması, ideal vücut kilosunun korunması ve tütün kullanılmaması sağlıklı bir hayat için oldukça önemlidir. Bunların yaşam tarzı olarak benimsenmesi ile kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet ve hipertansiyon başta olmak üzere birçok kronik hastalık riskinin azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca, sağlıklı yaşam tarzı, kronik hastalığı olanlarda da hastalıkların yönetiminde ve komplikasyonların önlenmesinde birçok medikal tedaviden üstündür. Bu yazıda sağlıklı beslenme, vücut ağırlığı, fiziksel aktivite ve tütün kullanımının sağlık üzerine etkileri incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı yaşam, beslenme, obezite, fizik aktivite, tütün

Abstract

A long and healthy life is desired by every person. However, at the present time, many factors prevent people from living a healthy life. While some of them could not be avoided by personal efforts, a considerable number of factors can be changed by the effort of people themselves. Healthy eating, increased physical activity, maintaining ideal body weight and avoiding tobacco use are important components for a healthy life. Studies have shown that adopting these as a life style, decrease the risks for many chronic diseases particularly cardiovascular diseases, cancer, diabetes and hypertension. In addition, healthy life style is superior to many medical treatments in the management and prevention of the complications of chronic diseases. In this article, we investigated the effects of healthy eating, body weight, physical activity and tobacco use on general health.

Key words: Healthy life, nutrition, obesity, physical activity, tobacco

Yazışma Adresi / Correspondence:

Prof. Dr. Bekir Çakır

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

e-posta: drcakir@yahoo.com

Geliş Tarihi: 07.09.2017

Kabul Tarihi: 15.09.2017

Giriş

Sağlıklı yaşam, ciddi hastalıklar ve erken ölüm ile ilişkili risk faktörlerini azaltan bir yaşam tarzı olarak tanımlanır. Sağlıklı yaşam tarzı sadece hastalıkların önlenmesini değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali ve mutluluğu da kapsar.¹ Ciddi bir mortalite yükü oluşturan kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet gibi başlıca kronik hastalıklar sağlıklı yaşam ile önemli oranda önlenabilir. Kronik hastalıklara karşı korunmada bir çok yaklaşım önerilmektedir, ancak çok sayıda çalışmada, bu hastalıkların gelişiminde sigara, kötü beslenme, azalmış fiziksel aktivite ve vücut ağırlığı gibi değiştirilebilir yaşam tarzı faktörleri ön plana çıkmaktadır.²

Ortalama 7,8 yıl takip edilen 35-65 yaş arası 23 binden fazla hastanın alındığı çok merkezli, prospektif bir çalışmada yaşam tarzıyla ilişkili bu dört faktörün önemi gösterilmiştir. Bu çalışmada hiç sigara içmeme, vücut kitle indeksinin 30 kg/m²'nin altında olması, haftada en az 3,5 saat fiziksel aktivite yapılması ve sağlıklı beslenme ilkelerine uyulması olmak üzere dört sağlıklı yaşam faktörü değerlendirilmiştir. Dört faktörün tümünün bulunduğu kişilerde, bu faktörlerin hiçbirinin olmadığı kişilere oranla kronik hastalık riski %78 daha düşük bulunmuştur. Hastalıklara ayrı ayrı bakıldığında diyabet riski %93, miyokard infarktüsü riski %81, inme riski %50 ve kanser riski %36 azalmıştır. Bu sağlıklı yaşam faktörlerinden birinin bile uygulanması kronik hastalık riskinde azalma sağlamıştır.²

Günlük yaşam sırasında tüm sağlıksız ve zararlı faktörlerden sürekli olarak kaçınmak çok kolay değildir. Bu nedenle, yaşamımızdaki risk faktörlerini ve sağlık üzerinde zararlı etkilere yol açan nedenleri mümkün olduğunca azalttığımız bir yaşam tarzı mantıklı bir yaklaşımdır. Tümüyle sağlıklı bir yaşam tarzının önemi tartışmasız olmakla birlikte, çalışmalar sadece birkaç sağlıklı davranışın benimsenmesinin bile hastalık riski üzerinde önemli bir yarar sağladığını açıkça ortaya koymaktadır.²

Bu yazıda dört önemli risk faktörü olan beslenme, vücut ağırlığı, azalmış fiziksel aktivite ve tütün kullanımı çerçevesinde genel bir bakış sunulmaktadır.

Sağlıklı Beslenme

Yaşam boyunca sağlıklı bir beslenmenin uygulanması, tüm malnütrisyon tiplerinin yanı sıra diyabet, kalp hastalığı, inme ve kanser gibi çeşitli hastalıklara karşı korunmaya yardımcı olur. Ancak, işlenmiş gıda üretiminin artması, hızlı şehirleşme ve yaşam tarzlarının değişmesi sonucunda insanlar enerji içeriği daha fazla gıda ve içecekleri, yağı, rafine şekeri ve tuzu daha fazla, meyve, sebze ve tam tahıl gibi lifli gıdaları daha az tüketmeye başlamıştır. Sağlıklı beslenmenin önemli bileşenlerinden biri olan vücudun harcadığı enerji ile alınan enerjinin dengesinin bozulması da obezite gelişimine neden olmaktadır.³

Tek başına belirli besin gruplarının sağlık üzerindeki etkilerini diğer faktörlerden bağımsız olarak belirlemek zordur.⁴ Bununla birlikte, belirli gıdalar ya da beslenme şekilleri ile kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, obezite, hipertansiyon, kanserler, insülin direnci gibi durumlar arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Meyve, sebze, tam tahıllı gıda ve tohum gıdaların düşük miktarda alımı ve yüksek miktarda tuz tüketiminin dünyadaki hastalık yükünün %1,5-%4'ünden sorumlu olduğu bildirilmiştir.⁵

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlıksız beslenmenin, hareketsiz yaşam tarzıyla birlikte, tüm dünyada önde gelen sağlık risklerinden biri olduğunu belirtmektedir. DSÖ'nün erişkinlerde sağlıklı beslenme önerileri Tablo 1'de sunulmaktadır.³

Sağlıklı bir beslenme, tip 2 diyabet, kalp hastalıkları ve kanser gibi birçok kronik hastalığa karşı korunmaya yardımcı olabileceği gibi genel sağlık durumunu da iyileştirir. Sebze ve meyve tüketimi kronik hastalıklara karşı korunmayla güçlü bir ilişki göstermektedir. Ayrıca, doymuş yağ oranı yüksek diyetler de kan kolesterol düzeylerini yükselterek koroner kalp hastalığı riskini yükseltmektedir.⁶

Bazı beslenme tiplerinin kalp-damar hastalıklarıyla ilişkisi değerlendirilmiştir. Çeşitli ve mevsimsel olarak meyve ve sebze, tam tahıllı gıdalar, zeytinyağı ve orta

derecede balık, deniz ürünleri, süt ürünleri ve şarap tüketiminin vurgulandığı Akdeniz tipi diyet mortalitede ve kardiyovasküler olaylarda azalmayla ilişkili bulunmuştur. Düşük doymuş yağ ve şeker tüketimi ile yüksek lifli gıda, balık, meyve ve sebze alımının önerildiği İsveç diyeti ile yapılan çalışmalarda da kardiyovasküler olaylarda azalma görülmüştür. Düşük miktarda toplam yağ, doymuş yağ ve kolesterol tüketimiyle birlikte sebze, meyve, az yağlı süt ürünleri, tam tahıllı ürünler, kümes hayvanları, balık ve kabuklu kuruyemiş tüketimini destekleyen DASH diyetinin de koroner arter hastalığında azalmayla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Son olarak, bazı çalışmalar fazla tuz tüketimi ile inme ve kalp-damar hastalık riskinde yükselme arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, beslenme kılavuzlarında tuz tüketiminin kısıtlanması önerilmektedir.⁴

Tablo 1. Dünya Sağlık Örgütü'nün erişkinler için sağlıklı beslenme önerileri³

- Sebze, meyve, bakliyat (örn. mercimek, kuru fasulye), sert kabuklu yemişler ve tam tahıllı gıdalar
- Günde en az 400 g (5 porsiyon) meyve ve sebze (patates gibi yüksek nişastalı ürünler bu gruba girmez)
- Rafine şekerler enerji alımının %10'undan daha az olmalıdır (sağlıklı ve günde yaklaşık 2000 kalori harcayan bir erişkinde 50 g ya da 12 çay kaşığı). Gıda ve içeceklere eklenen şekerler de dikkate alınmalıdır. Bal, konsantre meyve suları, meyve suları gibi ürünlerde şeker doğal olarak bulunabilir.
- Yağlar toplam enerji alımının %30'undan daha az olmalıdır. Doymamış yağlar (balık, kuruyemişler, zeytinyağı vb) doymuş yağlara (yağlı et, tereyağı, palmiye yağı, krema, yağlı peynir vb) tercih edilmelidir. İşlenmiş, fastfood ya da kızarmış gıdalar, dondurulmuş pizza, pastalar, margarinler vb ürünler sağlıklı beslenmenin parçası değildir.
- Tuz alımı günde 5 g'ın (yaklaşık 1 çay kaşığı) altında olmalı ve iyotlu tuz kullanılmalıdır.

Sonuç olarak, sağlıklı bir beslenmenin sürdürülmesi, sağlık risklerinin azaltıldığı bir yaşamın ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları çok erken yaşlardan itibaren oluşturulmaya çalışılmalıdır.

Vücut Ağırlığı

Sağlıklı bir kilo genel sağlık açısından çok önemlidir ve birçok hastalığın önlenmesine ya da kontrol altına alınmasına yardımcı olur. DSÖ'nün vücut kitle indeksine (VKİ) göre yaptığı sınıflandırma Tablo 2'de sunulmaktadır.⁶

Tablo 2. Dünya Sağlık Örgütü'nün vücut kitle indeksi sınıflandırması⁶

Tanım	Vücut kitle indeksi (kg/m ²)
Zayıf	<18,5
Sağlıklı kilolu	≥18,5-<25
Fazla kilolu	≥25-<30
Obez	≥30

Normalden zayıf olmak beslenme bozuklukları, osteoporoz, bağışıklık bozukluğu gibi durumlara neden olabilir. Ayrıca bir beslenme bozukluğunun göstergesi de olabilir. Bu durum bir çok sağlık sorununa yol açabilir. Fazla kilolu, özellikle de obez olmak çeşitli kronik hastalıklar için bir risk faktörüdür.⁶ Birçok çalışma fazla kilonun genel mortaliteye ek olarak iskemik kalp hastalığı, diyabet, iskemik inme, kanserler, kronik böbrek hastalığı ve osteoartrit gibi hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı ölümlerde artışla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Günümüzde fazla kiloluluğun yılda 3,4 milyon ölümden ve dünyadaki tüm hastalık yükünün %3,8'inden sorumlu olduğu bildirilmiştir.³

Ülkemizde obezite önemli bir sağlık sorunudur ve sıklığı giderek artmaktadır. 2010 yılında yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, Türkiye'de erişkinler arasında obezite sıklığının erkeklerde %20,5; kadınlarda % 41, toplam olarak da % 30,3 olduğunu ortaya koymuştur. Toplum genelinde fazla kiloluluk %34,6, fazla kiloluluk ve şişmanlık %64,9, çok şişmanlık %2,9 oranında bulunmuştur. Fazla kiloluluk ve şişmanlık sıklığının 0-5 yaş grubunda %26,4, 6-18 yaş grubunda ise %22,5 olduğu belirlenmiştir.⁷

Fazla kilolu ya da obez kişilerde ılımlı düzeyde kilo verilmesi bile kronik hastalıklara yönelik risklerin azaltılmasını sağlayabilir. Örneğin, toplam vücut ağırlığının %5-10'u düzeyinde kilo verilmesi ile kan basıncı, kan kolesterolü ve kan şekeri düzeylerinde iyileşme gibi sağlık yararları ortaya çıkar.⁸

Özetle, diğer sağlıklı yaşam faktörleriyle birlikte normal kilonun korunması yaşamımızdaki risklerin azaltılması açısından önemlidir. Ancak ideal bir kiloya ulaşılamasa bile verilen tüm fazla kilolar fayda sağlayacaktır.

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, günlük yaşam içerisinde, kasları kullanarak enerji tüketimiyle gerçekleşen herhangi bir bedensel hareket olarak tanımlanmaktadır. Düzenli, planlanmış ve tekrarlanan fiziksel aktiviteler de egzersiz olarak adlandırılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 2004 yılında hareketsiz yaşamın, tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler için temel bir risk faktörü olduğunu ve yılda yaklaşık 3,2 milyon kişinin ölümüne yol açtığını bildirmiştir. Hareketsiz yaşam tarzı Türkiye'de çok ciddi boyutlardadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011'de yapılan Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması'nda Türkiye genelinde kadınların %87'si, erkeklerin %77'sinin yeterli fiziksel aktivite yapmadığı belirlenmiştir.⁹ Önerilen fiziksel aktivite düzeylerinin altında olan kişilerin oranı dünyada %31 ve ABD'de %51 olarak bildirilmektedir.¹⁰ Hareketsiz yaşam tarzı sadece erişkinler için değil, aynı zamanda çocuklar ve gençler için de ciddi sağlık riskleri oluşturmaktadır. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre 6-11 yaş arası çocukların %60'a yakını düzenli (günde en az 30 dakika) egzersiz yapmamaktadır. Bu nedenle bebeklik çağından itibaren hareketin artırılması ve hareketsiz geçirilen zamanın azaltılması büyük önem taşımaktadır.⁹

Fiziksel inaktivite, kalp-damar hastalıklarının yanı sıra diyabet, kanser (kolon ve meme gibi), obezite, hipertansiyon, kemik ve eklem hastalıkları (osteoporoz, osteoartrit gibi) ve depresyonun da arasında yer aldığı çok çeşitli kronik hastalık için değiştirilebilir bir risk faktörüdür.¹¹ Hareketsiz yaşam tarzının olumsuz etkilerini ve düzenli fiziksel aktivitenin faydalarını kanıtlayan çok sayıda çalışma yapılmıştır. Örneğin, yeterli düzeyde fiziksel aktivite yapmayan bireylerin haftada 4-5 gün ve

günde 30 dakika hafif veya orta şiddette fiziksel aktivite yapan bireylere göre ölüm riskinin %20-30 arasında arttığı saptanmıştır. Meme ve kolon kanserlerinin yaklaşık %21-25'inin, diyabetin %27'sinin ve iskemik kalp hastalığının %30'unun ana nedeninin fiziksel hareketsizlik olduğu tahmin edilmektedir. Hareketsiz yaşam tarzının yaygınlaşması, obezitenin artmasına neden olan önemli faktörlerden biridir. Fiziksel hareketsizliğin ülkemizde, tüm nedenlere bağlı ölümlerin %15'inden sorumlu olduğu düşünülmektedir.⁹

Kişiye uygun düzeyde düzenli fiziksel aktivite yapılmaya başlandığında ise sağlık açısından önemli kazançlar sağlanmaktadır. Hareketsiz yaşam tarzının ortadan kaldırılması kardiyovasküler hastalıkları %15-39, inmeleri %33 azaltabilir. Prospektif çalışmaların bir meta-analizinde, oturarak geçirilen sürenin günde 3 saatin altına indirilmesinin ortalama yaşam süresini 2 yıl arttırabileceği hesaplanmıştır.⁴

Metabolik eşdeğer (ME) vücudun fiziksel aktivite sırasında kullandığı oksijen miktarının hesaplanması aracılığıyla kişinin harcadığı enerji konusunda fikir veren bir birimdir. İstirahat sırasında 1 ME olarak belirlenen bu değer fiziksel aktivite sırasında hareketin şiddeti arttıkça kişinin metabolizmasının dinlenme durumuna göre katlandığı değeri gösterir.⁹ Egzersiz kapasitesinde her 1 ME'lik artışın mortalite riskini %13 azalttığı ve egzersiz kapasitesi >7 ME olan kişilerde mortalite riskinin ME <5 olanlara göre %50-70 daha düşük olduğu bildirilmiştir.¹²

Kanserler açısından bakıldığında da fiziksel aktivite önemli faydalar sağlamaktadır. Avrupa ve ABD'de yapılan 12 prospektif çalışmaya katılan 1,44 milyon kişinin (yaş: 19-98) verilerinin değerlendirildiği bir metaanalizde fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan kişilerde düşük olanlara göre 13 kanser türüne yönelik riskte azalma görülmüştür. Çalışmada kanser riskindeki azalma özofagusta (adekokarsinom) %42, karaciğerde %27, akciğerde %26, böbrekte %23, mide kardiasında %22, endometriyumda %21, miyeloid lösemide %20, miyelomda %17, kolonda %16, baş ve boyunda %15, rektum ve mesanede %13 ve memede %10 olarak belirlenmiştir.¹⁰

Çeşitli yaş grupları için farklı fiziksel aktiviteler önerilmektedir. Hareketsiz bir yaşam tarzından düzenli fiziksel aktiviteye geçerken yavaş yavaş başlanmalı ve yoğunluk giderek artırılmalıdır. Ayrıca kişinin sağlık durumu da göz önüne alınmalıdır.⁹ Tablo 3'de Dünya Sağlık Örgütü'nün yaş gruplarına göre fiziksel aktivite önerileri sunulmaktadır.¹³

Özetle, düzenli fiziksel aktivite günlük yaşama dahil edildiğinde birçok önemli hastalığa yönelik risklerin azaltılmasının yanı sıra daha zinde ve daha yüksek kaliteli bir hayat sürdürülmesini sağlar.

Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı, birçok sağlık sorununa yol açan ve önlenemez hastalık ve ölüm nedenleri arasında en önde gelen risk faktörüdür. Dünyada her yıl yaklaşık 6 milyon kişi, Türkiye'de ise en az 100.000 kişi tütün kullanımının neden olduğu sağlık sorunları nedeniyle ölmektedir.¹⁴ Dünya genelinde 1,3 milyar insan sigara içmektedir.¹⁵ Türkiye'de yetişkinler arasında sigara içme oranı 2008 yılında %31,2'den 2012'de %27,1'e gerilemiştir.¹⁴

Tütün kullanımı dünyada en sık görülen başlıca sekiz ölüm nedeninden altısı için risk faktörüdür. Sigara; akciğer, gırtlak, böbrek, mesane, mide, bağırsak, ağız

boşluğu ve yemek borusu kanserlerinin yanı sıra, lösemi, kronik bronşit, kronik solunum yetmezliği, koroner kalp rahatsızlığı, felç, düşük ve prematüre doğum, doğum anomalileri ve kısırlık gibi birçok hastalığa da yol açmaktadır. Tütün kullanımının akciğer kanserinin yanı sıra koroner kalp hastalıkları başta olmak üzere kalp-damar hastalıklarının oluşumunda başlıca nedenlerden birisi olduğu iyi bilinmektedir.¹⁴

Tablo 3. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaş gruplarına göre fiziksel aktivite önerileri¹³

Çocuklar ve 5-17 yaş arası ergenler	18-64 yaş arası erişkinler	≥65 yaş üzeri erişkinler
<ul style="list-style-type: none">• Günde 60 dakika orta-yoğun fiziksel aktivite• 60 dakikanın üstü daha fazla fayda sağlar• Haftada 3 kez kas ve kemik güçlendirici aktiviteler dahil edilmeli	<ul style="list-style-type: none">• Haftada 150 dakika orta yoğunlukta ya da 75 dakika yoğun fiziksel aktivite ya da ikisinin kombinasyonu• Haftada 300 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite daha fazla fayda sağlar• Haftada en az 2 gün büyük kas gruplarını çalıştıran kas güçlendirici aktiviteler yapılmalıdır	<ul style="list-style-type: none">• Haftada 150 dakika orta yoğunlukta ya da 75 dakika yoğun fiziksel aktivite ya da ikisinin kombinasyonu• Haftada 300 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite daha fazla fayda sağlar• Hareket etme sorunu yaşayan kişiler haftada en az 3 gün dengeyi arttırmaya ve düşmeleri önlemeye yönelik aktiviteler yapmalıdır• Haftada en az 2 gün büyük kas gruplarını çalıştıran kas güçlendirici aktiviteler yapılmalıdır

Orta yoğunlukta aktiviteye örnek olarak yürüme ve bisiklete binme verilebilir.

Sigaranın hem bireysel sağlık hem de çevre sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden kurtulmanın en iyi yolu tütün ürünlerinin kullanımının tümüyle bırakılmasıdır. Genel olarak sigaraya genç yaşlarda başlandığı ve sigarayı bırakma girişimlerdeki düşük başarı oranları göz önüne alındığında, genç yaştakilerin sigara ya da tütün ürünlerini kullanmaya hiç başlamamalarının sigarayla mücadele konusunda ne kadar önemli olduğu ortaya çıkmaktadır. Son yıllarda dünyada sigara içme prevalansı düşmekle birlikte, bir milyarın üzerinde insan halen sigara içmeye devam etmektedir.^{14,16} Geç yaşlarda bile sigaranın kalıcı olarak bırakılması tüm nedenlere bağlı mortalitedeki artışın önemli bir bölümünün azalmasını sağlamaktadır.¹⁷

Yapılan çalışmaların meta-analizlerinde kendi başına sigarayı bırakmaya karar veren ya da sigarayı bırakma ile ilgili klinik çalışmalarda plasebo alan kişilerde 6-12 ayda sigarayı bırakma oranlarının %3-5 oranında olduğu bildirilmektedir. Yani yardımsız olarak sigarayı bırakmayı deneyen kişilerin %95'i bir yıl içinde sigara içmeye

tekrar başlamaktadır. Uzun dönemli çalışmalar 1 yıl sigarayı bırakan kişilerin %30-40'ının daha sonraki dönemde tekrar sigara içmeye başladıklarını göstermiştir.¹⁷

Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen tütün tüketimini kontrol politikaları sigara içme prevalansında hafif bir düşüş sağlamakla birlikte, sigarayla ilişkili mortalite halen çok yüksek düzeydedir. Günümüzdeki eğilimlerin devam etmesi durumunda, 2030 yılında yılda 8 milyon kişinin sigara nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir. Tütün tüketimini kontrol politikalarının uygulanmasındaki zorluklar nedeniyle, bu politikaların önümüzdeki yıllarda tütün tüketimine bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmada yetersiz kalacağı öngörülmektedir.¹⁸

Bu gerçeğe birlikte, sigarayı bırakma girişimlerdeki düşük başarı oranları, çeşitli sağlık kurumları ve uzmanlarının, genelleksel sigara dışındaki tütün ürünlerinin ya da tıbbi nikotin ürünlerinin kullanımına dayalı yeni bir risk azaltma stratejisini savunmalarına yol açmıştır.¹⁸ Amerika Birleşik Devletleri Aile Sigara Kullanımının Önlenmesi ve Tütün Kontrolü Yasasında, Riski Değiştirilmiş Tütün Ürünü, ticari olarak pazarlanan tütün ürünleriyle ilişkili zararı ya da hastalık riskini azaltmak amacıyla kullanılmak üzere satılan ya da dağıtılan herhangi bir tütün ürünü olarak tanımlanmaktadır.¹⁹

Sigaranın çeşitli doku ve organlardaki toksik ve karsinojenik etkilerinden esas olarak tütünün yanmasıyla ortaya çıkan sigara dumanındaki kimyasal bileşenlerin sorumlu olduğu düşünülmektedir.¹⁵ ABD Sağlık Dairesi, tütün dumanındaki yanma sonucu oluşan kompleks kimyasal karışımın solunmasının, DNA hasarı, enflamasyon ve oksidatif stres gibi mekanizmalar aracılığıyla özellikle kanser, kalp-damar hastalıkları ve akciğer hastalıklarından oluşan olumsuz sağlık sonuçlarına neden olduğunu bildirmiştir.¹⁹ İngiltere Kraliyet Hekimler Koleji 2007 yılında yayınladığı raporunda, tütün kullanımına bağlı zararın büyük bölümünün tütün dumanındaki nikotin dışındaki diğer bileşenlerden kaynaklanması nedeniyle, sigara kullanıcılarında sağlık durumu ve beklenen yaşam süresinin dumansız nikotin kaynaklarının kullanımına geçilmesiyle çarpıcı şekilde iyileştirilebileceğini belirtmiştir. Aynı raporda, geleneksel tütün kontrol politikalarının tamamlayıcısı olarak risk azaltma yaklaşımının sigara kullanıcıları arasında milyonlarca ölümü engelleyebileceği de vurgulanmıştır.²⁰

Ek olarak, İngiltere Kraliyet Hekimler Koleji ile İngiltere Tütün Kontrol Çalışmaları Merkezi'nin 2012 yılında birlikte düzenlediği bir sempozyumda, geleneksel tütün kontrol politikalarının tam uygulanması bile sigara içme prevalansını yılda %1 düşürebileceğini ve milyonlarca sigara içicisinin bu politikalardan etkilenmediği vurgulanmıştır. Bu nedenle, sigara içenlerin nikotin bağımlılığı nedeniyle sigara kullanımına devam ettikleri, ancak zararın büyük kısmının tütün dumanındaki birçok diğer bileşenden kaynaklandığı göz önüne alındığında, geleneksel tütün kontrol yaklaşımlarını tamamlayıcı olarak zarar azaltılmasının büyük ve önemli ölçüde farkına varılmamış potansiyeli olan bir strateji olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, tek başına nikotinin yüksek düzeyde zararlı bir madde olmaması nedeniyle, sigarayı bırakamayan ya da bırakmak istemeyen kullanıcıların tütünün yanmadığı diğer kaynaklardan nikotin almaya teşvik edilmesinin karşı karşıya oldukları morbidite ve mortaliteyi azaltma potansiyeli olan bir yaklaşım olduğu da bildirilmiştir.^{20,21} Karsinojen olmamasına rağmen, nikotinin kan basıncını ve kalp hızını arttırdığı ve lokal iritan etkilerinin olabileceği de hatırlatılmaktadır.²⁰

Başlıca zararlı ve potansiyel olarak zararlı kimyasal maddelerin yanma süreciyle oluşan dumandan kaynaklandığı kavramından yola çıkarak, sigarayı bırakamayan ya da daha az riske maruz kalarak sigara içmeyi devam etmek isteyen kişilere yönelik olarak çeşitli ürünler geliştirilmiştir. Bunlar arasında oral nikotin ürünleri, elektronik sigaralar ve tütün ısıtma sistemleri sayılabilir. Ancak, riski azaltılmış bir ürün geliştirildiğinde zararın azaltılabilmesi için bu ürünün tütün kullanıcıları tarafından benimsenmesi ve kullanılması gereklidir. Bu çerçevede, sigara kullanan kişilerin genel sigara içme alışkanlıkları göz önüne alınarak benimsenebilecek bir ürün geliştirilmesi önemlidir.¹⁹

Yakın zamanda Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi Sorumlusu Scott Gottlieb, New England Journal of Medicine dergisinde tütünde zarar azaltımı konusunda yayınlanan makalesinde tütünle mücadelede iki yeni temel stratejiden bahsetmiştir. Bu yeni stratejiler arasında tütün ısıtma sistemleri gibi riski azaltılmış alternatif ürünler ve nikotin içerikleri sınırlandırılarak bağımlılık yaratma derecesi azaltılmış sigaraların üretilmesi yer almaktadır.²² Tütün Isıtma Sistemlerinin risk azaltmak açısından etkisi farklı basamaklarda çeşitli çalışmalarla değerlendirilmeye başlanmıştır. Yapılan çalışmalar tütün ısıtma sistemlerinin dünyadaki çeşitli sağlık örgütlerinin listesinde yer alan 58 zararlı ya da potansiyel olarak zararlı kimyasal maddenin çoğunu geleneksel sigaraya göre %90 oranında daha az içerdiği belirlenmiştir. Ayrıca, sitotoksik ve genotoksik etkilerde de geleneksel sigaraya kıyasla %90 azalma saptanmıştır.^{17,23} Yine, insanlarda yapılan maruz kalma ve sistem toksikolojisi çalışmaları, nikotin dışındaki analiz edilen zararlı ya da potansiyel olarak zararlı kimyasal maddelerin sigaradan uzak duran kişilerdeki düzeylere yaklaştığını göstermiştir. Ancak nikotine maruz kalma ve sigara içme isteği düzeyleri geleneksel sigara grubundakine benzer bulunmuştur.²⁴ Bu tip ürünler henüz ülkemizde bulunmamaktadır.

Sigara içme alışkanlığına yakın bir deneyim sunmak için geliştirilen, yanma olmadan nikotin alımını sağlayan elektronik sigaraların (e-sigara) kullanımı yaygınlaşmaktadır. Türkiye’de e-sigara satışı yasaktır. Yakın zamanda e-sigaralarla yapılan 175 çalışmanın bir meta-analizi yayınlanmıştır. Birçok çalışmada e-sigaraların etiketlerinde içerik bilgisinin (örn. aroma, çözücü, nikotin) bulunmadığı ya da ölçülen miktarların (örn. nikotin) belirtilen değerlere uymadığı saptanmıştır. Geleneksel sigaraya göre çok daha az zararlı kimyasal madde içermekle birlikte, e-sigara kullanmaya başlayan kişilerin yaklaşık %80’i sigara içmeye de devam ettiği için, zarar azalmasının beklenemeyeceği belirtilmiştir. e-sigara kullanımıyla nikotin bağımlılığının devam ettiği unutulmamalıdır. Ayrıca, uzun dönemli güvenilirlik konusunda da yeterli kanıt bulunmamaktadır.²⁵

Sonuç ve Yorum

Günlük yaşantımızda birçok zararlı durumla karşı karşıya kalmaktayız. Ayrıca hastalık ve mortalite açısından riski yükselten çeşitli faktörler hayatımızın bir parçası haline gelebilmektedir. Hastalıklar ortaya çıktıktan sonra tedavi çabaları hem maddi hem de manevi açıdan önemli yükler yaratmaktadır. Bu nedenle önleyici ve risk azaltıcı yaklaşımlar çok daha önem kazanmaktadır. Sigara, beslenme, fiziksel aktivite ve kilo gibi değiştirilebilir temel risk faktörlerini düzenlediğimiz sağlıklı bir yaşam tarzı çeşitli kronik hastalıklar açısından birçok tedaviden daha fazla yarar sağlayabilir. İdeal şekilde sağlıklı bir yaşam sürmek her zaman kolay olmayabilir. Ancak, bu durum hiçbir zaman çabalarımızdan vazgeçmemiz için bir neden olmamalıdır. Hayatımızdaki riskleri ve zararları ne kadar azaltabilirsek o kadar daha sağlıklı, mutlu ve geleceğe

umutla bakan bir hayat sürdürebiliriz. Risklerin ve zararların mümkün olduğunca en aza indirdiğimiz bir yaşam kendimize ve sevdiğimizlere verebileceğimiz en büyük hediyedir.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). What is a healthy lifestyle? http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108180/1/EUR_ICP_LVNG_01_07_02.pdf. Erişim tarihi: 14.08.2017.
2. Ford ES, Bergmann MM, Kröger J, Schienkiewitz A, Weikert C, Boeing H. Healthy Living Is the Best Revenge: Findings From the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition–Potsdam Study. *Arch Intern Med* 2009;169(15):1355-62.
3. World Health Organization (WHO). Healthy diet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>. Erişim tarihi: 14.08.2017.
4. Lanier JB, Bury DC, Richardson SW. Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention. *Am Fam Physician* 2016;93(11):919-24.
5. Ezzati M, Riboli E. Behavioral and Dietary Risk Factors for Noncommunicable Diseases. *N Engl J Med* 2013;369:954-64.
6. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Risk factors contributing to chronic disease. Cat No. PHE 157. Canberra. <https://www.aihw.gov.au/reports/chronic-disease/evidence-for-chronic-disease-risk-factors/summary>. Erişim tarihi: 06.09.2017.
7. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı. <http://beslenme.gov.tr/index.php?page=40>. Erişim tarihi: 14.08.2017.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Losing Weight. https://www.cdc.gov/healthyweight/losing_weight/index.html. Erişim tarihi: 15.08.2017.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 940, 2. Basım. Ankara 2014. http://beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/Fiziksel_aktivite_rehberi/farehberi_tr.pdf. Erişim tarihi: 06.09.2017.
10. Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, et al. Association of Leisure-Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults. *JAMA Intern Med* 2016;176(6):816-25.
11. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006;174(6):801-9.
12. Kokkinos P. Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention: Current Recommendations. *Angiology* 2008; 59 (Suppl 2): 26S-29S.
13. WHO. Physical activity. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>. Erişim tarihi: 14.08.2017.
14. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Ankara: Anıl Matbaa; 2014.
15. Türk Toraks Derneği. Tütün ve Tütün Kontrolü, Toraks Kitapları, Sayı 10. İstanbul: Aves Yayıncılık; 2010. http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/pdf/TutunVeTutunKontrolu_17062010.pdf. Erişim tarihi: 14.08.2017.
16. Haziza C, de La Bourdonnaye G, Merlet S, et al. Assessment of the reduction in levels of exposure to harmful and potentially harmful constituents in Japanese subjects using a novel tobacco heating system compared with conventional cigarettes and smoking abstinence: A randomized controlled study in confinement. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;81:489-99.
17. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>. Erişim tarihi: 14.08.2017.
18. Córdoba R, Nerín I. Strategies for reducing risks in smoking: opportunity or threat. *Arch Bronconeumol* 2009;45(12):611-6.

19. Smith MR, Clark B, Lüdicke F, et al. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 1: Description of the system and the scientific assessment program. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016;81 (Suppl 2):17-26.
20. Britton J, Arnott D, McNeill A, et al. Nicotine without smoke-putting electronic cigarettes in context. *BMJ* 2016;353:i1745.
21. Royal College of Physicians. Fifty years since Smoking and health. Progress, lessons and priorities for a smoke-free UK. Report of conference proceedings. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/fifty-years-smoking-and-health>. Erişim tarihi: 06.09.2017.
22. Gottlieb S, Zeller M. A Nicotine-Focused Framework for Public Health. *N Engl J Med* 2017, August 16 (published online). Doi: 10.1056/NEJMp1707409.
23. Schaller JP, Keller D, Poget L, et al. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 2: Chemical Composition, Genotoxicity, Cytotoxicity, and Physical Properties of the Aerosol. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016; 81(Suppl 2):27-47.
24. Haziza C, de La Bourdonnaye G, Skiada D, et al. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 8: 5-Day randomized reduced exposure clinical study in Poland. *Regul Toxicol Pharmacol* 2016; 81 (Suppl 2):139-50.
25. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Prev Med* 2013;69:248-60.

Dermscopy and Pigmented Lesions of Oral Cavity

Dermskopi ve Oral Kavitenin Pigmente Lezyonları

Manas Bajpai¹, Nilesh Pardhe¹

Correspondence / Yazışma Adresi:

Dr. Manas Bajpai
Nims Dental College
Department of Oral And Maxillofacial Pathology, Jaipur / India
e-mail: dr.manasbajpai@gmail.com
Date of submission: 24.06.2017
Date of admission: 07.07.2017

Dear Editor,

Pigmented lesions are relatively rare in the oral cavity. They represent a variety of entities ranging from racial pigmentation to manifestation of systemic illness (Addison's disease), to benign (hemangioma, lymphangioma, melanotic nevi) and malignant neoplasms (Kaposi's sarcoma, malignant melanoma, pigmented basal cell carcinoma).¹ Biopsy is usually avoided in vascular lesions like hemangioma, Kaposi's sarcoma etc. by general dentists owing to the risk of excessive bleeding due to the possibility of their association with a feeder vessel. A color Doppler ultrasonography is sometime required in order to rule out this association; otherwise sclerosing agents are used for diagnostic and therapeutic purposes.²

Melanotic lesions like malignant melanoma or melanotic nevi are sometimes seen in the oral cavity; some clinicians believe that incisional biopsy of a melanoma might disseminate the disease.³

A guideline of biopsy taking for melanoma has been issued. It includes a full thickness excisional biopsy allowing assessment of the Breslow thickness, but preliminary biopsies are only advisable in case of acral melanoma; however, shave and punch biopsy are no more recommended, but hesitation of clinicians for taking biopsy from pigmented lesions cannot be ignored.⁴

Dermscopy is a non – invasive technique that allows a visualization of morphological features of the lesion that are not visible to a naked eye. This is useful in dermatology for making an early differential diagnosis of different pigmented lesions.⁵ Despite their popularity in dermatology, they are not very popular in investigation of the mucosal lesions of lip and oral cavity.⁶ Dermscopy can be extremely helpful in making demarcation between melanotic nevi and malignant melanoma (Figure 1).

There is a need to intensify the research pertaining to the use of dermscopy in oral mucosal lesions, also a criterion has to be introduced for the diagnosis of oral pigmented lesions on dermscopy. It minimizes the risk of the exposure of the patient to excisional biopsy that may be resulting in facial disfigurement. This procedure can be easily adopted

by dentists working in private sectors and corporate sectors. Dental curriculum has to be enhanced with the use of dermoscopes in diagnosing pigmented oral lesions on graduate and post-graduate level.

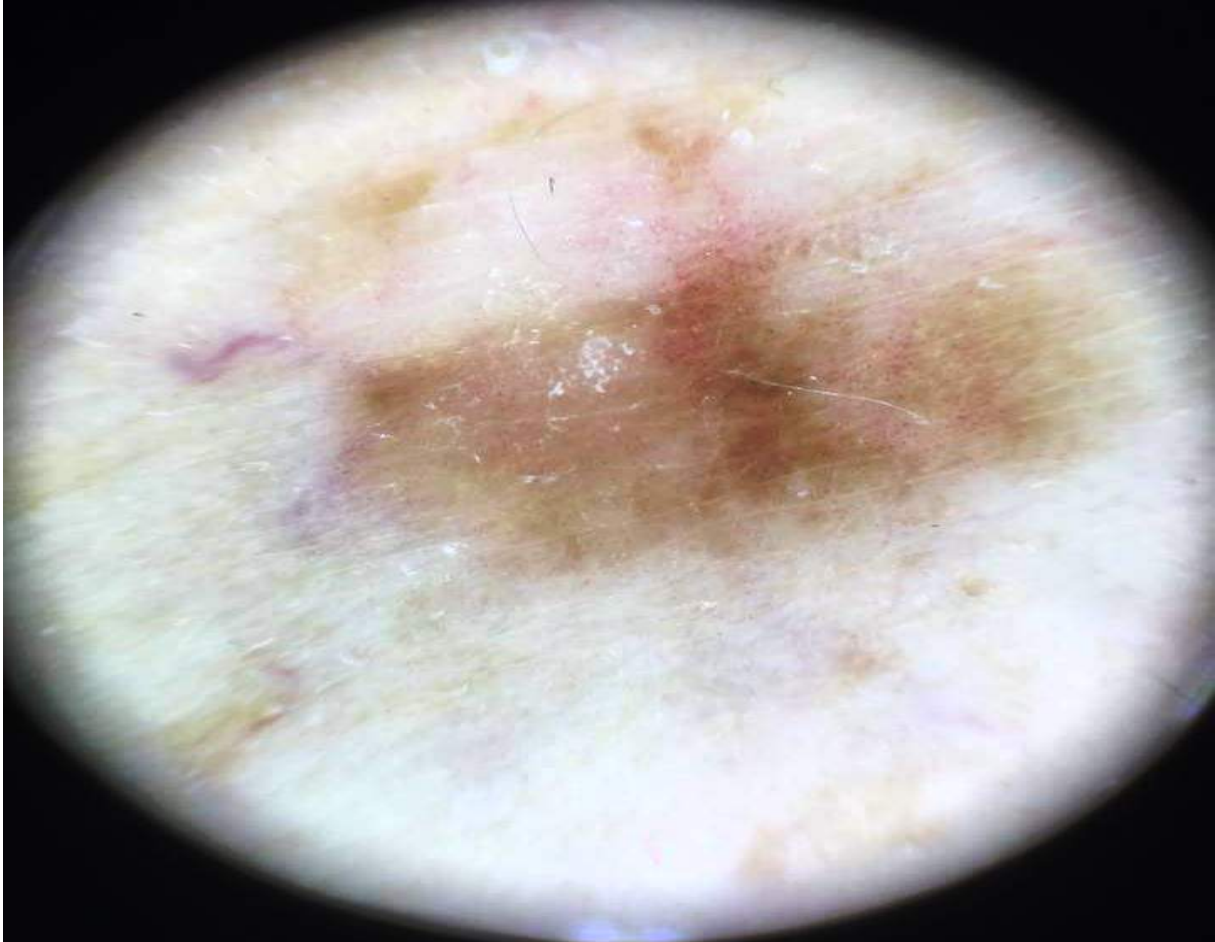


Figure 1. Lentigo maligna melanoma of buccal mucosa under dermoscope (Note the dotted blood vessels and pigmentation)

References

1. Bajpai M, Kumar M, Kumar M, Agarwal D. Pigmented Lesion of Buccal Mucosa. *Case Rep Med* 2014;2014:936142.
2. Colakoğlu O, Taşkıran B, Yazıcı N, Buyraç Z, Unsal B. Safety of biopsy in liver hemangiomas. *Turk J Gastroenterol* 2005;16:220-3.
3. Bajpai M, Pardhe N, Chandolia B. Malignant melanoma of oral cavity *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2017;29(1):183.
4. Brown SJ, Lawrence CM. The management of skin malignancy: to what extent should we rely on clinical diagnosis? *Br J Dermatol* 2006;155:100-3.

5. Malvey J, Puig S, Argenziano G, Marghoob AA, Soyer HP. International Dermoscopy Society Board members. Dermoscopy report: proposal for standardization. Results of a consensus meeting of the International Dermoscopy Society. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:84-95.
6. Olszewska M., Banka A. The usefulness of dermoscopy in monitoring pigmented oral lesions. *Dermatologica*. 2006;6:56-61.