



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜSYE TANISINDA HEKİMLERİNİN ANTİBİYOTİK YAZIM
SIKLIĞI VE ANTİBİYOTİK TERCİHLERİ**

KAMİL GÜDÜK
KLİNİK ECZACILIK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. BARKIN BERK

İSTANBUL-2018

TEŞEKKÜR

Türkiye İstanbul Avrupa yakası hekimlerinin tanı ve tedavi yaklaşımları üzerine, üst solunum yolu enfeksiyonlarına yönelik hasta geri bildirimlerinin yüz yüze gerçekleştirilen anket çalışması ve literatür araştırması ışığında incelenerek açıklanması amaçlanmıştır.

Çalışmamın planlanmasında, araştırılma ve yürütülmesinde ilgi ve desteğini esirgemeyen, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendirerek değerlendiren sayın hocam Doç. Dr. Barkın Berk'e bu süreçte bana verdikleri destek için ayrıca aileme teşekkür etmek isterim.

İstanbul, 2018

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Solunum Sistemi	7
4.2. Üst Solunum Yolu Organları	10
4.2.1. Burun (Nasus).....	10
4.2.2. Yutak (Farinks).....	11
4.2.3. Gırtlak (Larinks)	13
4.3. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	14
4.3.1. Rinit (Nezle, Soğuk Algınlığı).....	15
4.3.2. İnfluenza (Grip)	16
4.3.3. Rinosinüzit.....	18
4.3.4. Akut Tonsillofarenjit.....	20
4.3.5. Akut Otitis Media (AOM)	23
5. MATERYAL VE METOD	25
6. BULGULAR	26

6.1.	Tanımlayıcı istatistikler.....	26
6.2.	Anket soruları.....	34
7.	TARTIŞMA ve SONUÇ	44
7.1.	ÜSYE Tanısını Koyan Hekimlere Göre Verilerin Analizi	44
7.2.	Anket Sorularının Analizi	53
8.	KAYNAKLAR.....	64
9.	ÖZGEÇMİŞ.....	69

KISALTMALAR VE SİMGELER

AGBHS	: A Grubu Beta Hemolitik Streptokok
AİK	:Akılcı İlaç Kullanımı
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
SYE	: Solunum Yolu Enfeksiyonu
TAHUD	:Türkiye Aile hekimliği ve Uzmanlıkları Derneği
URTD	:Upper Respiratory Tract Disease
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
WHO	:World Health Organization
WONCA	:World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/ Family Physicians

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1 ÜSİYE Viral Etkenlerinin Mevsimsel Dağılımları (24)	15
Tablo 4.2 İnfluenza Hastalığında Semptomatik Tedavi (11)	17
Tablo 4.3 Akut Rinosinüzit Tanısında Majör ve Minör Semptom ve Bulgular, Dereköy ve Güçlü (12).....	19
Tablo 4.4 Tonsillofarenjitte Klinik Puanlama (23)	21
Tablo 6.1 Tanımlayıcı İstatistikler	26
Tablo 6.2 Cinsiyete Göre ÜSİYE Dağılımı.....	27
Tablo 6.3 ÜSİYE Hastalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	28
Tablo 6.4 ÜSİYE Hastalarının Mesleğe Göre Dağılımları Çıkarımsal Grafiği	32
Tablo 6.5 Anket Sorularının Tanımlayıcı İstatistikleri	34
Tablo 6.6 ÜSİYE Tanısının Reçetesinde Antibiyotik Tercihine Göre Çıkarımsal İstatistikler.....	35
Tablo 6.7 Soru 2: Hastanın Tedavisinde Antibiyotik Var İse Etken Madde İsmi İle İlgili Çıkarımsal İstatistikleri	36
Tablo 6.8 ÜSİYE Tanısı/Ön Tanısı İle İlgili Çıkarımsal İstatistikler	38
Tablo 6.9 ÜSİYE ile İlgili Tanı Konmadan Önce Antibiyogram Testi Sorgusu Çıkarımsal İstatistiği	39
Tablo 6.10 Hekimin İlaç Dışı Gıda Takviyesi Önerme Çıkarımsal İstatistiği.....	40
Tablo 6.11 Aile Hekiminizden ÜSİYE İle Alakalı Koruyucu Hekimlik Hizmeti Aldınız Mı?	42
Tablo 6.12 Hekime Antibiyotik Yazması Konusunda Telkinde Bulunulması Çıkarımsal İstatistiği	43
Tablo 7.1 Örneklemimizin BMI Tanımlayıcı İstatistiksel Verileri.....	53

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1 Solunum Fazları (17)	8
Şekil 4.2 Solunum Sistemi Elemanları (19).....	9
Şekil 4.3 Burun Anatomisi (16)	10
Şekil 4.4 Sinüs Türleri ve Konumları (17).....	11
Şekil 4.5 Yutak Anatomisi (17).	12
Şekil 4.6 Gırtlak Anatomisi (21).....	13
Şekil 4.7 Akut Rinosinüzit Hastalığında Tedavi Yaklaşımı (23).....	20
Şekil 4.8 Tonsillofarenjit Hastalığında Tedavi Yaklaşımı (23)	22
Şekil 4.9 Akut Otitis Media Hastalığında Tedavi Yaklaşımı (23).	24
Şekil 6.1 ÜS YE Hastalarının Cinsiyete Göre Yüzde Dağılımları.....	27
Şekil 6.2 ÜS YE Hastalarının Yaşa Göre Histogram Grafiği	28
Şekil 6.3 ÜS YE Hastalarının Eğitim Durumuna Göre Yüzde Dağılımları.....	29
Şekil 6.4 ÜS YE Hastalarının Kiloya Göre Histogram Grafiği	30
Şekil 6.5 ÜS YE Hastalarının BMI'ye Göre Histogram Grafiği	31
Şekil 6.6 ÜS YE Hastalarının Boya Göre Histogram Grafiği.....	32
Şekil 6.7 ÜS YE Hastalarının Mesleğe Göre Dağılım Yüzdeleri	33
Şekil 6.8 Soru 1: Hastanın Tedavi Reçetesinde Antibiyotik Tercihi Edilmiş Mi?	35
Şekil 6.9 Soru 2: Hastanın Tedavisinde Antibiyotik Var İse Etken Madde İsmi?.....	37
Şekil 6.10 Soru 3: ÜS YE Tanısını Hangi Hekim Koydu?	38
Şekil 6.11 ÜS YE İle İlgili Tanı Konmadan Önce Hekiminiz Kontrol Amaçlı Antibiyogram Tahlili Yaptı Mı?	40
Şekil 6.12 Hekiminiz İlaç Dışında Gıda Takviyesi Önerdi Mi?	41
Şekil 6.13 Aile Hekiminizden Mevsim Geçiş Zamanlarında ÜS YE İle Alakalı Koruyucu Hekimlik Hizmeti Aldınız Mı?	42
Şekil 6.14 Hekimine Antibiyotik Yazılması Konusunda Telkinde Bulunulması	43
Şekil 7.1 Yaş Gruplarına Göre ÜS YE Tanısını Koyan Hekim Dağılımları	45
Şekil 7.2 Örneklemenin Yaş Gruplarına Göre Yüzde Dağılımları	46
Şekil 7.3 Eğitim Durumlarına Göre ÜS YE Tanısını Koyan Hekim Dağılımları.....	47
Şekil 7.4 Eğitim Durumlarına Göre ÜS YE Tanısını Koyan Hekim Yüzdeleri	48
Şekil 7.5 Meslek Durumuna Göre ÜS YE Tanısını Koyan Hekim Dağılımları	49

Şekil 7.6 Meslek Durumlarına Göre ÜSYE Yüzdeleri	50
Şekil 7.7 Cinsiyete Göre ÜSYE Tanısını Koyan Hekim Dağılımları.....	51
Şekil 7.8 Cinsiyete Göre BMI ve ÜSYE Tanısını Koyan Hekim Saçılma Grafiği....	52
Şekil 7.9 Hekim Branşlarına Göre Antibiyotik Tercihi	55
Şekil 7.10 Hekim Branşın Göre Reçetelenen Antibiyotik Çeşidi	56
Şekil 7.11 Antibiyotik Tüketiminin Uluslararası Karşılaştırması (44).	58
Şekil 7.12 Yaş Gruplarına Göre Reçetelenen Antibiyotik Çeşidi.....	59
Şekil 7.13 Yaş Gruplarına Göre Reçetelenen Antibiyotik Dağılımı (%).....	59
Şekil 7.14.Yıllara ve Yaş Grubuna Göre Aile Hekimleri Tarafından Yazılan ve Antibiyotik İçeren Reçetelerin Dağılımı (%) (44).	60

1. ÖZET

ÜSİE TANISINDA HEKİMLERİNİN ANTİBİYOTİK YAZIM SIKLIĞI VE ANTİBİYOTİK TERCİHLERİ

Üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSİE) genelde nazofarenks ile sınırlı olup büyük çoğunluğu virüslerden kaynaklanır ve sağlıklı bireylerde genellikle 5-7 gün içerisinde kendi kendine geçer.

Akılci İlaç Kullanımını, kişilerin klinik ihtiyaçları ve bireysel özelliklerine uygun ilacı, uygun süre ve dozda, kendilerine ve topluma en düşük maliyette sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır. İlaçların akılcı olmayan kullanımı nedeniyle de çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bunların içinde en önemlisi antibiyotiklere karşı direnç gelişimidir.

Literatürde antibiyotiklerin gereksiz kullanıldığı ve sonuç olarak bu akılcı olmayan ilaç kullanımına bağılı olarak antibiyotiklerin artık işe yaramaması ile sonuçlanabilecek antibiyotik direnci oluştuğı ile ilgili çalışmalar mevcuttur.

ÜSİE tanısının hangi hekim grubu tarafından koyulduğı, tanı için talep edilen tahliller ve tedavi tercihleri arasında antibiyotik tercih sıklıkları, ilaç dışı gıda takviyesi önerileri ile ilgili yansıttıkları veriler, doldurulan anket formlarından elde edilen veriler SPSS 23 istatistik programı ile istatistiksel analizler yapıldı.

Çalışmamızda (n=109) örneklemimiz, yaş gruplarına göre; eğitim durumuna göre; meslek durumuna göre ÜSİE açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir. Örneklemimizde, cinsiyete göre; kiloya göre; boya göre; BMI'ye göre; ÜSİE açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçların ve diğere değişkenler arasında korelasyon verilerinin, daha akılcı antibiyotik yazılması konusunda hekimlere fikir vereceğı düşünülmektedir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin koruyucu hekimlik uygulama oranları %5 iken diğere branşlardaki hekimlerin hiç koruyucu hekimlik uygulamadığı tespit edilmiş; hekimlerin antibiyogram testi kullanma, gıda takviyesi önerme oranları %3'ün altında tespit edilmiştir. Ülkemizdeki antibiyotik reçeteleme oranını dikkate

alındığında çalışmamızdaki oranın neredeyse bunun katına çıkması akılcı olmayan bir durum olarak değerlendirilmelidir. Sonuç olarak tezimizde belirttiğimiz veriler ÜSYE tanısında antibiyotik reçetelenmesinin aşırı olduğunu ve bunun akılcı olmadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: antibiyotik israfı, aile hekimliği, akılcı ilaç kullanımı, reçeteleme alışkanlıkları, ÜSYE

2. ABSTRACT

ANTIBIOTIC CHOICE AND ANTIBIOTIC PRESCRIBING FREQUENCY OF PHYSICIANS IN URTI DIAGNOSIS

Upper respiratory tract infections (URTI) is usually limited to nasopharynx, mostly caused by viruses and it fades away in 5-7 days without any treatment.

Rational drug use is defined as; providing the medication according to the clinical needs and individual features, in the suitable time and dose and to the lowest cost. There are some problems due to irrational use of medications. The most important one is the development of resistance to antibiotics.

In the literature the studies showed that; irrational use of antibiotics grow resistance which lead to an antibiotics become useless.

The practitioners education level in prediagnosis, required tests for diagnosis and antibiotic preference frequency, data related to advices for supplement recommendations were determined with completed questionnaire forms and the results were analyzed by SPSS 23 statistical program.

In our study sample (n=109) there was found to be statistically different between for age groups, education level, occupation state in the terms of URTI diagnosis. There was no statistically difference between groups according to gender, body weight, body height, BMI in the terms of URTI diagnosis. It is expected that; these results and the other variables will insight about prescription of rational antibiotics.

It is found that the preventive medicine is practiced by 5% of family physicians and none at al by other physicians. The use of antibiogram and suggesting food supplement rate is below 3%. The antibiotic prescription rate in our country is two times more than the official data, which is and irrational case. In conclusion, our data show that the prescription of antibiotics is excessive and it is not rational.

Key Words: antibiotic waste, family physicians, rational drug use, prescription habits, URTI

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) nazofarenks ve belki de orta kulak boşluğu ile sınırlıdır. Bu enfeksiyonların büyük çoğunluğu virüslerden kaynaklanır ve sağlıklı bireylerde genellikle 5-7 gün içerisinde kendi kendine geçer. Birçok kişi akut kaynaklı öksürüğün bir hafta içinde geçeceğini varsayar, ancak aslında sürenin 18 gün kadar uzun olabilecektir. Varsayımlar ve gerçekler arasındaki bu uyumsuzluk, gereksiz antibiyotik kullanımının nedenlerindendir (1).

Dünya Sağlık Örgütü, akılcı ilaç kullanımını, kişilerin klinik ihtiyaçları ve bireysel özelliklerine uygun ilacı, uygun süre ve dozda, kendilerine ve topluma en düşük maliyette sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır (2). İlaçların akılcı olmayan kullanımı nedeniyle de çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bunların içinde en önemlisi antibiyotiklere karşı direnç gelişimidir (3). Antibiyotiklerin gereksiz kullanılması ve nihayetinde, akılcı olmayan ilaç kullanımına bağlı olarak antibiyotiklerin artık işe yaramaması ile neticelenen antibiyotik direnci oluştuğu ile ilgili çalışmalar mevcuttur (4-7).

Soğuk algınlığı veya ÜSYE ayakta poliklinik uygulamasında üçüncü en yaygın birinci basamak tanısıdır. Hastalar yıl boyunca, özellikle de kışın ÜSYE tedavisi için bakım isterler. Küçük çocuklarda genellikle yılda beş ila sekiz kez soğuk algınlığı görülür (8).

Semptomatik tedavi, antihistaminiklerin akılcı kullanımı, artan sıvı alımı ve dinlenme dahil olmak üzere, gerekli olan tedavi yaklaşımları arasında sayılmaktadır. Orta kulak iltihabının belirtileri olan çocukları dikkatli şekilde izlemek uygundur, zira bunların birçoğu hiçbir sekel bırakmadan kendi kendine geçecektir. Ağrı ve / veya ateşin 48 saat devam ettiği çocuklarda amoksisilin gibi antibiyotikler kullanılmaktadır. Belirgin semptomları olduğu ve semptomların kendiliğinden geçmediği durumlarda, kaygılı ebeveynlerinin bulunduğu bir aile pratiğinde, hekim, çocuk için semptomların kendiliğinden geçmediği durumda kullanılmak üzere şerhiyle makul bir reçete vermelidir. Bu gibi antibiyotik reçeteleme stratejisi gereksiz antibiyotik kullanımını azalttığı literatürde belirtilmektedir (9).

Birçok hasta semptomların giderilmesi için akut solunum yolu hastalıkları için tıbbi yollara başvurur, fakat aynı zamanda altta yatan, gizli olan, zatürre gibi daha ciddi bir şey olduğu korkusu nedeniyle tıbbi yollara başvurmaktadır. Hekimin hastanın semptomlarına ve hastalığının başlangıcına, ayrıca hastanın kendi fikir ve korkularına ve hassas bir fiziksel muayeneye ilişkin titiz bir sorgulaya dikkat etmesi, hekimin ve hastanın tedaviye dair ortak bir zemine varmasını sağlar. Çocukları tedavi ederken, ebeveynin korkularını anlamak ve ebeveyne durum hakkında bir kontrol hissi veren bir plan geliştirmeye yardımcı olmak özellikle önemlidir (10).

Farenjit, nezle, sinüzit, grip tanılarının hepsi teorik olarak ÜSİYE olarak değerlendirilse de sinüzit ve diğer bazı iltihaplar bunun haricindedir. Çalışmalar ÜSİYE etkenlerinin % 70-80'i virüsler olduğunu bunun ancak % 20-30 etkeninin bakteriler olduğunu ortaya koymuştur. Hastalığın etkenin viral mi yoksa bakteriyel mi olduğunu ayırt etmek hiç de kolay değildir. Etiyolojisinde majör bir şekilde etkili olan virüslerin rutin kullanıma da giren polimeraz zincir reaksiyonu gibi yöntemlerle saptanması hastalıkla ilgili olarak dikkatleri virüslerin üzerine çekmiştir (11).

Çoğu zaman viral etkenli olan bu hastalık tutulum yerine (alt-üst solunum yolu) göre, hastanın yaş grubuna göre, mevsimlere göre değişen semptomlar gösterebilmektedir (12).

Akılcı İlaç Kullanımını, kişilerin klinik ihtiyaçları ve bireysel özelliklerine uygun ilacı, uygun süre ve dozda, kendilerine ve topluma en düşük maliyette sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır (2).

İlaçların akılcı olmayan kullanımı nedeniyle de çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bunların içinde en önemlisi antibiyotiklere karşı direnç gelişimidir, Sağlık Bakanlığı(3).

Türkiye'de değişik illerde yapılmış çalışmalarda ÜSİYE'nin, alt solunum yolu enfeksiyonlarının ve üriner sistem enfeksiyonlarının tedavisinde ya da koruyucu tedavi amacıyla antibiyotiklerin çok yüksek oranda kullanıldığı belirlendiğinden ve özellikle bazı hekimlerin akılcı ilaç kullanımı (AİK) kurallarını yeterince uygulamadıkları dikkate alındığında bu alanda daha fazla araştırma yapılmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Bu alışmada, ÜSYE tanısı koyan hekimlerin antibiyotik yazma sıklığı ve antibiyotik tercihleri üzerine teorik bilgiler ve anket çalışması gerçekleştirilerek araştırılması ve incelenmesi amaçlandı. İstanbul Avrupa Yakasında belirlenen farklı eczanelere ilaç tedarik etmek amaçıyla başvuran hastalar ile görüşerek ÜSYE tanısı koyan hekimlerin reçeteleme davranışlarının (reçete başına ilaç sayısı, antibiyotik yazıp yazmamaları ve yapılan istemler) anket yolu ile araştırılması gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Solunum Sistemi

Solunum sistemi, canlılığın devamı için gerekli olan oksijenin vücuda alınması ve hücresel metabolizma sonucu oluşan karbondioksitin atmosfere verilmesini sağlayan, hayati öneme sahip, birçok organdan oluşan biyolojik bir sistemdir (13).

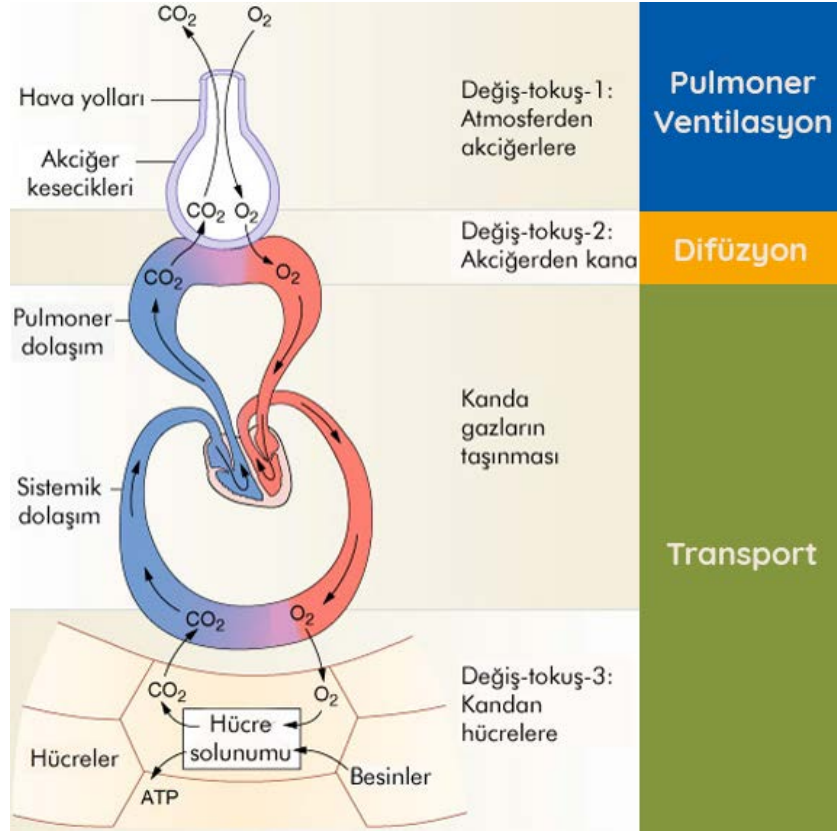
Respirasyon olarak da adlandırılan solunum olayı, soluk alma (inspirasyon) ve soluk verme (ekspirasyon) olmak üzere temelde iki aşamalıdır. Solunumu tetikleyen en önemli etken kandaki karbondioksit seviyelerindeki değişimdir (14).

Solunum sisteminin en önemli fonksiyonu gaz alışverişi olmakla birlikte;

1. Fonasyon (ses üretimi),
2. Kan pH'sını (hidrojen iyon konsantrasyonu) düzenleme,
3. Mikroorganizmalara karşı koruma,
4. Biyoaktif maddelerin üretimi, metabolizması ve düzenlenmesi,
5. Burnun koku alma fonksiyonuna yardımcı olma gibi işlevleri vardır (15,16).

Solunum üç fazlı bir olaydır:

1. Pulmoner Ventilasyon: İnspirasyon ile alınıp ekspirasyon ile verilen hava ile akciğerdeki hava kesecikleri (alveol) arasındaki gaz alışverişidir.



Şekil 4.1 Solunum Fazları (17)

2. Difüzyon

Oksijenin alveollerden kana, karbondioksitin ise kandan alveollere geçişi olayıdır. Bu olay dış solunum veya eksternal solunum olarak bilinir.

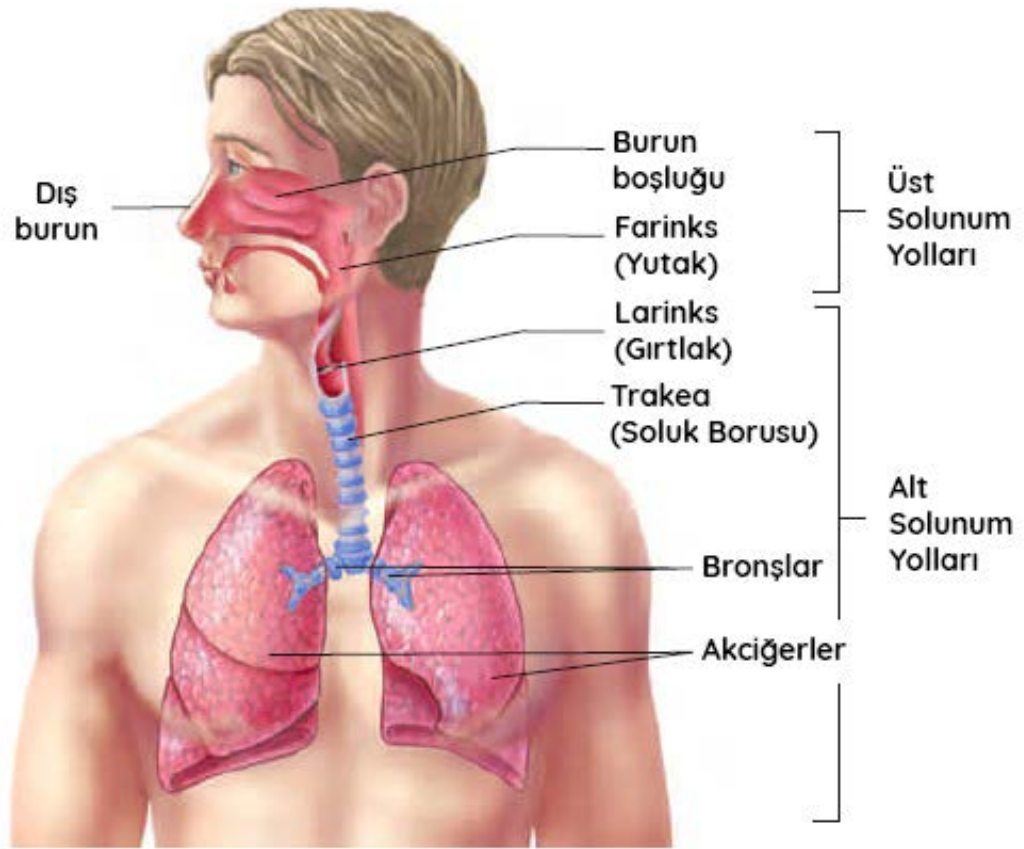
3. Transport (Taşıma)

Kana geçen oksijenin dolaşım sistemi ile hücrelere ve hücrelerde metabolizma faaliyetleri sonucu oluşan karbondioksitin akciğere iletimi olayıdır. Bu olay ise iç solunum veya internal solunum olarak adlandırılır (16).

İnsanlar dakikada 16-20 defa soluk alıp vermekte ve her bir solunumda akciğerlere yaklaşık 500 ml hava alıp bunun 350 ml'sinde gaz alışverişi yapmaktadır (18).

Temel solunum organı akciğerlerdir (pulmones). Ayrıca solunum sisteminin diğer elemanları burun (nasus) ve burun boşluğu, ağız, yutak (farenks), gırtlak (larinks), soluk borusu (trakea), bronşlar, bronşiyoller ve solunum kaslarıdır (13).

Solunum sistemi elemanları göğüs boşluğunda yer alıp almamasına göre; burun ve burun boşluğu, ağız ve yutak olmak üzere üst solunum yolları ve gırtlak, soluk borusu, bronş ve akciğerler olmak üzere alt solunum yolları şeklinde ikiye ayrılmıştır (19).



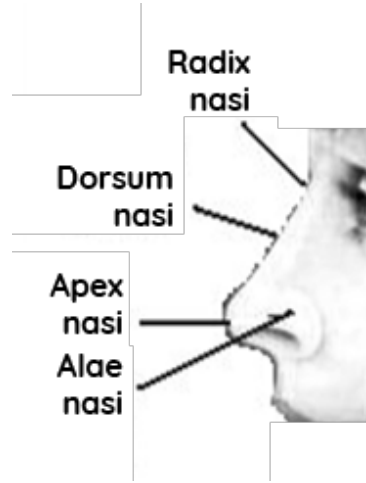
Şekil 4.2 Solunum Sistemi Elemanları (19)

Burun veya ağız ile soluk alındığında oksijen içeren hava sırasıyla yutak, gırtlak ve soluk borusundan akciğer bronşlarından geçerek hava keselerine ulaşır. Bu hava keseleri bronşiyollerin uçlarında yer alıp üzümü andıran bir dizilimde olan alveollerdir ve bunlar gaz değişiminden sorumludur. Sağlıklı akciğerlerde yaklaşık 300 milyon alveol vardır. Her bir alveol kılcal damar ağı ile çevrilidir (20).

4.2.Üst Solunum Yolu Organları

4.2.1. Burun (Nasus)

Üst solunum yollarının temel organı olan burun; kemik ve kıkırdak yapılı, kas ve deri ile örtülüdür, yüzün ortasında yer alır ve öne doğru uzayan bir çıkıntı şeklindedir. Dış görüntüsü üçgen piramide benzer. Burnun yan yüzlerini oluşturan geniş ve simetrik olan iki yüzü, ön tarafta birleşerek burun sırtını (dorsum nasi) oluşturur. Burun sırtının yukarıda alınla birleştiği kısım radix nasi, aşağıdaki uç kısmı da apex nasi olarak adlandırılır. Burnun aşağı bakan üçüncü yüzü küçüktür. Bu bölümde ortada septum nasi olarak adlandırılan bir bölme ile birbirinden ayrılmış burun delikleri (nares) vardır (Şekil 4.3).

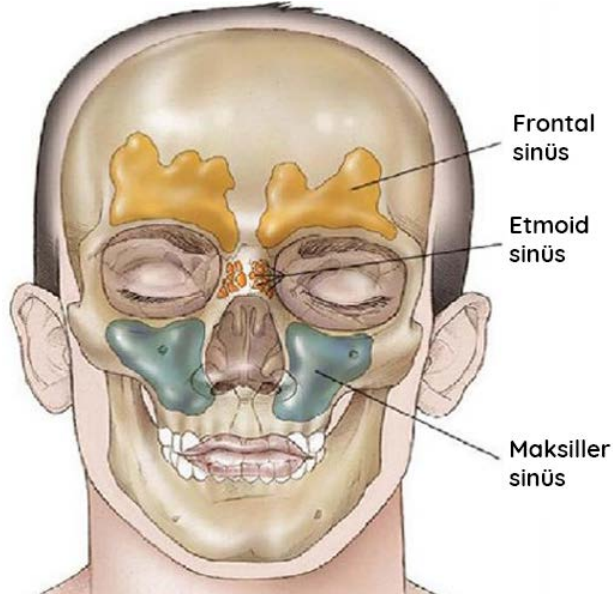


Şekil 4.3 Burun Anatomisi (16)

Burun, solunum sistemi organı olmasının yanında içinde barındırdığı özel mukoza sebebiyle koku organı olarak da işlev görür. Dışarıdaki hava burun vasıtasıyla vücuda alınır (16).

Burun, alınan havayı solunum sistemine girmeden önce nemlendirir ve ısıtır. Burundaki tüyler, hava içerisinde bulunan toz, küf, polen gibi zararlı partikülleri engelleyerek sistemi bunlardan korur (13).

İki adet burun boşluğu (cavitas nasi) kemik ve kıkırdak yapıları bir bölme (septum nasi) ile birbirinden ayrılmıştır. Burun boşluklarının iç yüzü mukozaya kaplıdır ve titrek tüyler bulundurulur. Soluk ile alınan hava, bu bölümde ısıtılır, nemlendirilir ve filtrelendirir. Burun boşlukları etrafında bulunan kemiklerde farklı ebatlarda sinüs adı verilen boşluklar bulunur (Şekil 4.4). Bunlar sesin niteliğini etkiler. Burun boşlukları arkada bir açıklık ile yutağa bağlanır (21).



Şekil 4.4 Sinüs Türleri ve Konumları (17).

4.2.2. Yutak (Farinks)

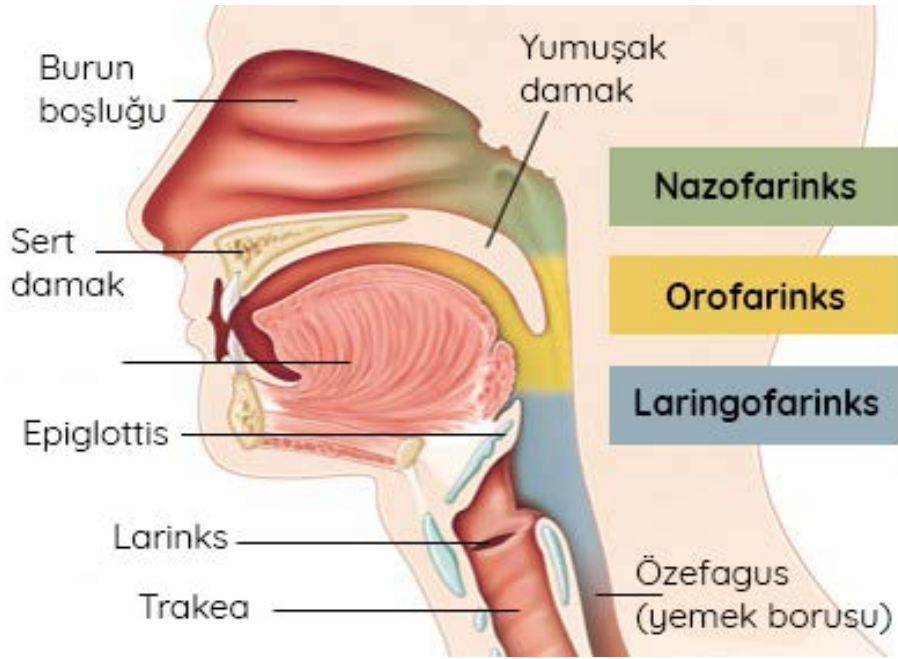
Yutak, hem sindirim hem solunum sistemlerinde görev alan bir yapıdır. Gırtlakın üzerinde, ağız ve burun boşluklarının birleştiği yerde bulunur (16). Burundan gelen hava, ağızdan gelen hava, su ve yiyecekler yutaktan geçer (19).

Alınan hava yutaktan alt solunum yollarına geçer. Ayrıca östaki borusunun havalanmasını sağlayarak işitme olayında görev alır ve barındırdığı bademcikler (tonsilla) ile vücut savunmasında da etki sağlar (16).

Yukarıdan aşağıya doğru yutak; nazofarinks (burun bölümü), orofarinks (ağız bölümü) ve laringofarinks (gırtlak bölümü) olmak üzere üç bölümden teşekkülür.

Nazofarinks: Yutağın üst bölümü olup burun boşluğunun arkasında yer alır. Burun boşlukları ile bağlantılıdır ve tabanı yumuşak damaktır (21).

Östaki borusuyla olan bağlantısı, dış ortamdan gelen hava ile orta kulak arasındaki ilişkiyi sağlar. Arka-üst duvarında lenfoid yapıdaki bademcikler bulunur (16,21).



Şekil 4.5 Yutak Anatomisi (17).

Orofarinks: Yutağın orta bölümü olup ağız boşluğunun arkasında bulunur. Sindirim ve solunum sisteminde görev alır (17). Bir bölümü dışarıdan bakılınca görünür. Lenfoid yapıda, vücut savunmasında görev alan bademcikler bu bölümde de yer alır (21).

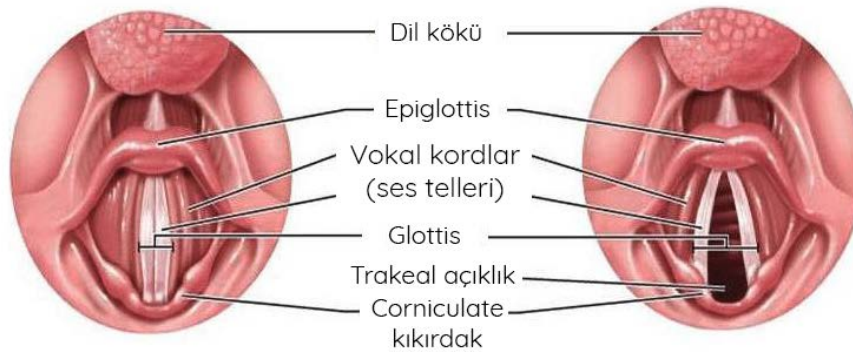
Laringofarinks (ya da Hipofarinks):Yutağın alt bölümü olup gırtlığın arkasında bulunur. Yemek borusunun (özefagus) başlangıç bölümüdür (17).

Yiyecekler laringofarinks ile yemek borusuna geçer. Yiyeceklerle birlikte bir miktar hava da yutulur. Çok fazla hava yutulması midede aşırı gaz birikmesine ve yanmalara sebep olabilir (19).

4.2.3. Gırtlak (Larinks)

Üst solunum yollarının son elemanı olan gırtlak, laringofarinksi soluk borusuna bağlar (13). Ses oluşumunda görevlidir. Barındırdığı silyalar ve mukus ile solunum yollarını korur. Yutkunma sırasında küçük dil ile kapanarak besin maddelerinin soluk borusuna kaçmasını önler (17). Larinks hiyoid kemiğin altında konumlanmıştır. Birbirine ligament ve kaslarla bağlanmış, üçü tek ve altısı üçer çiftten oluşan toplam dokuz adet kıkırdaktan meydana gelmiştir (21).

Tekli kıkırdaklar; tiroit kıkırdak, krikoid kıkırdak ve yaprak kıkırdaktır. Larinks kıkırdaklarının en büyüğü olan tiroit kıkırdak (Cartilago thyroidea), ön tarafa doğru birleşerek Adem elmasını oluşturan iki laminadan oluşur. Bu yapı yetişkin erkeklerde daha belirgindir. Larinksin en alt bölümünü ihtiva eden krikoid kıkırdak (Cartilago cricoidea), larinks kıkırdakları arasında en sağlam ve en kalın olanıdır. Halka şeklinde olup hava yolunun sürekli açık kalması işlevini görür. Yaprak kıkırdak ise elastik fibröz yapıda olup yaşlanmayla kemikleşmez. Cartilago arytaenoidea, Cartilago corniculata ve Cartilago cuneiformis ise larinksin çiftli kıkırdak yapılarıdır. Gırtlakın ses çıkarma işlevi ile doğrudan Cartilago arytaenoidea kıkırdağı ilişkilidir. Glottis adı verilen boşluğun etrafında mukoza, bağ ve kas dokulardan meydana gelen ses telleri (vokal kordlar) vardır ve ekspirasyon sırasında çıkan hava bu ses tellerini titreştirir, böylece ses oluşur (21,13).



Şekil 4.6 Gırtlak Anatomisi (21).

4.3.Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

Solunum sistemi, insan hayatı boyunca devamlı surette birçok enfeksiyon etkenine maruz kalır. Bu etkenler, genellikle üst solunum yolları olarak bilinen burun, burun boşlukları, yutak, gırtlakta enfeksiyonlara sebep olur. Bu bölgelerde meydana gelen her türlü enfeksiyona üst solunum yolları enfeksiyonları (ÜSYE) denir. Altı aya kadar anneden gelen antikorlar vücudu korurken, altı aydan sonra sonra sık sık enfeksiyonlar görülür (11).

ÜSYE Erişkinlerde yılda ortalama 2-4 defa, çocuklarda yılda ortalama 6-10 defa görülebilir (12,22).

Üst solunum yolu enfeksiyonları olarak adlandırılan rinit, otitis media, tonsillofarenjit ve rinosinüzit, poliklinik hastalarının % 24,1'ini oluşturmaktadır. En sık görülen enfeksiyon rinit (soğuk algınlığı) ve başvuru vakitleri özellikle çocukluk dönemleridir (23).

Ilıman iklim bölgelerinde özellikle kış aylarında epidemik hastalıklardır (12). Solunum sistemi enfeksiyonları, dünyadaki önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendir (18).

Üst solunum yolu enfeksiyonlarının belirti ve bulguları ortak özellikler gösterdiği için etkin ve rasyonel tedavi için ayırıcı tanıların iyi yapılması gerekmektedir (11).

Bu hastalıklar viral ve bakteriyel mikroorganizmalar kaynaklı oluşabilir ve öksürük, burun akıntısı, burun tıkanıklığı, düşük ateş ve boğaz ağrısı gibi belirtiler gösterir. ÜSYE'nin büyük çoğunluğu virüslerle başlar ama daha sonra bakterilerle komplike duruma gelebilir. Örneğin soğuk algınlığı, akut farenjit, akut larenjit, trakeit ve trakeobronşit viral kaynaklı başlayan enfeksiyonlardır ve otit, sinüzit, tonsilit gibi bakteriyel enfeksiyonlara sebep olabilir (12).

ÜSYE etiyolojisinde önemli etkenler olan virüsler, son yıllarda hızlı, duyarlı ve özgül “polimeraz zincir reaksiyonu” (PCR) yöntemiyle saptanabilmektedir. Bu yöntemle yapılan çalışmalarda çoğunlukla influenza A, influenza B, rinovirüs (RV), respiratuvar sinsityal virüs (RSV), parainfluenza virüsler (PIV) ve koronavirüsler (KV) belirlenmiştir (24).

Bu viral etkenlerin mevsimsel dağılımları farklılık gösterir. Aşağıdaki tabloda en çok karşılaşılan etkenlerin mevsimsel dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 4.1 ÜSYE Viral Etkenlerinin Mevsimsel Dağılımları (24)

İnfluenza													
Respiratory Syncytial Virüs (RSV)													
				Parainfluenzavirüs (PIV) - 3							PIV-2 ve 3		
Adenovirüs													
	Coronavirüs						Enterovirus						
Rhinovirüs													
Kas	Ara	Oca	Şub	Mar	Nis	May	Haz	Tem	Ağu	Eyl	Eki		

Başlıca üst solunum yolu enfeksiyonları şu şekildedir:

- Rinit (Nezle, Soğuk algınlığı)
- İnfluenza (Grip)
- Rinosinüzit
- Farenjit
- Larenjit
- Akut Otitis Media

4.3.1. Rinit (Nezle, Soğuk Algınlığı)

Soğuk algınlığı ve nezle olarak bilinen rinit; üst solunum yollarının nazal bölgesinde oluşan ve iştahsızlık, üşüme, titreme, burun akıntısı, hapşırma, boğaz ağrısı, boğazda yanma ve öksürük gibi semptomlar gösteren, inkübasyon süresi 24-72 saat olan viral bir enfeksiyondur. Nadiren ateş görülür, burunda hassasiyet ve kızarma oluşabilir. Rinit semptomları 1-3 gün içinde pik yapar ve genellikle 7-10 gün içinde enfeksiyon iyileşir (12).

Sigara tiryakilerinde iyileşme süresi uzar ve bunun yanında öksürükler daha şiddetli olur (25).

Bu enfeksiyon, % 40 Rhinovirus, % 10 Coronavirus, Adenovirus tipi virüsler başta olmak üzere 200'den fazla virüsün sebep olduğu bir grup hastalığı ifade eder. *S. aureus*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis* gibi bakteriler de genellikle sekonder olarak otitis media, sinüzit gibi başka solunum yolu hastalıklarını tetikleyebilir (23). Çocuklarda % 20 oranında bakteriyel akut otitis media'ya neden olabilir. Çocuklar her yıl 4-8 kez, yetişkinler ise 2-5 kez soğuk algınlığı geçirebilirler. Genellikle -eylül başta olmak üzere- sonbahar ve kış aylarında pik yapan bu hastalık; kötü havalandırma, kapalı ve kalabalık ortamlarda bulunma, stres, kapı kolu ve mendil gibi eşyalara dokunma, hapşırık ve öksürük (damlacık enfeksiyonu) gibi sebepler ile bulaşır (12).

Hastalığın spesifik tedavisi olmayıp semptomatik tedavi uygulanır. Analjezikler, topikal ve oral dekonjestanlar, serum fizyolojikli damlalar kullanılır. Antibiyotik kullanımı sekonder enfeksiyonların başlamasını önleyemez, tedavide antibiyotik kullanılmaz (23).

En uygun tedavi dinlenme ve yeterli sıvı alınmasıdır. C vitaminin nezle tedavisinde etkili olduğu ancak hastalığı önlemede etkisinin olmadığı belirtilmektedir (25).

4.3.2. İnfluenza (Grip)

Bir ile üç gün arasında değişen inkübasyon süresine sahip influenza, nezleye göre daha ani başlayıp ve daha yüksek ateş, öksürük, iştahsızlık, baş ve boğaz ağrısı, kas

ve eklem ağrıları, çocuk yaş grubunda bazen kusma ve ishal ile seyreden üst solunum yolu enfeksiyonudur. Semptomlar 3-7 günde iyileşebilirken, ilk 3-4 gün kuru özellikte olup daha sonra balgamlı olarak öksürük iki haftaya kadar devam edebilmektedir. Grip, enfekte hastadan öksürük ve hapsirik yoluyla (damlacık enfeksiyonu), kapı kopu gibi temas yüzeylerinden, kullanılan eşyalardan kolaylıkla bulaşabilen viral bir enfeksiyondur. Semptomların bir gün öncesinden ortaya çıktıktan sonra ilk beş gün içinde dahi bulaşıcıdır (12).

Ortomiksovirus grubundaki A, B, C ve D tiplerinden Influenza A ve B virüsleri, en çok karşılaşılan grip etkenidir. C tipi çok seyrek görülürken D tipi insanlarda patojenik etki göstermez (25). A tipi dünya çapında pandemilere (salgın) neden olabilmektedir (12).

Çoğunlukla kreş ve ilkökul çocuklarında gözlenen grip, primer veya sekonder bakteriyel pnömöni komplikasyonu gerçekleşirse ölüme kadar yol açabilir (11). Bu komplikasyonlar genellikle 65 yaş üstü insanlarda gözlenmektedir. Sonbahar ve kış aylarında daha çok karşılaşılan bu enfeksiyon, özellikle nisan sonu ve mayıs ayı boyunca pikler yapabilir. Ülkemizde her yıl yaklaşık 50.000 hastanın grip tanısıyla hastanede yattığı ve bunlardan 9.000'e yakınının da bu hastalık yüzünden hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir (12).

Tedavide spesifik olarak hastalığın başlangıcından sonra ilk 48 saat içinde verilen amantadin ve rimantadin, ateş ve diğer semptomları azaltır. Ancak rutin kullanılması tavsiye edilmez. Grip tedavisine geç başlamanın bir etkisi yoktur. Semptomatik tedavide ise aşağıda tabloda verilen ilaçların yanında, ilk dört gün yatak istirahati ve devamlı sıvı alımı tavsiye edilmektedir (25).

Tablo 4.2 İnfluenza Hastalığında Semptomatik Tedavi (11)

Semptom	Tedavi
---------	--------

Ateş ve baş ağrısı, genel vücut ağrısı	Parasetamol (1.tercih) NSAİİ Salisilat (Influenzalı çocuklarda Reye sendromu riski nedeniyle kullanılmamalıdır.) Ibuprofen
Nazal konjesyon, sinüs ağrısı ve sinüs konjesyonu	Dekonjestanlar (Uzun süreli kullanılmaları sakıncalıdır.)
Burun akıntısı, gözlerde sulanma	Antihistaminikler
Öksürük	Ekspektoranlar
Boğaz ağrısı	Boğaz spreyleri ve pastiller (Etkileri 5- 10 dakika gibi kısa sürelidir.)

4.3.3. Rinosinüzit

Kafatası ve yüzde yer alan paranasal sinüslerin enflamasyonudur. Yılda dört ve daha çok 7-10 günlük ataklar olması durumu akut sinüzit; 4-12 hafta süresince devam eden subakut sinüzit ve 12 haftadan uzun sürmesi ise kronik sinüzit olarak tanımlanır. Genellikle rinit (soğuk algınlığı) ile birlikte gelişmesi sebebiyle rinosinüzit olarak da adlandırılmaktadır (23).

Akut rinosinüzit ise bakteriyel ve viral olmak üzere iki şekildedir. Viral rinosinüzitler nadiren bakteriyel enfeksiyonlar ile komplikasyon yapmaktadır (12).

Rinosinüzitte karakteristik semptom şiddetli baş ağrısıdır. Burun akıntısı, hapşırık, boğaz ağrısı, nazal konjesyon, ateş birçok ÜSYE görülebilen semptomlardır. Ancak 5-7 gün içinde giderek ağırlaşan ya da 10 günden uzun süren durumlarda akut rinosinüzitten şüphelenilir (12).

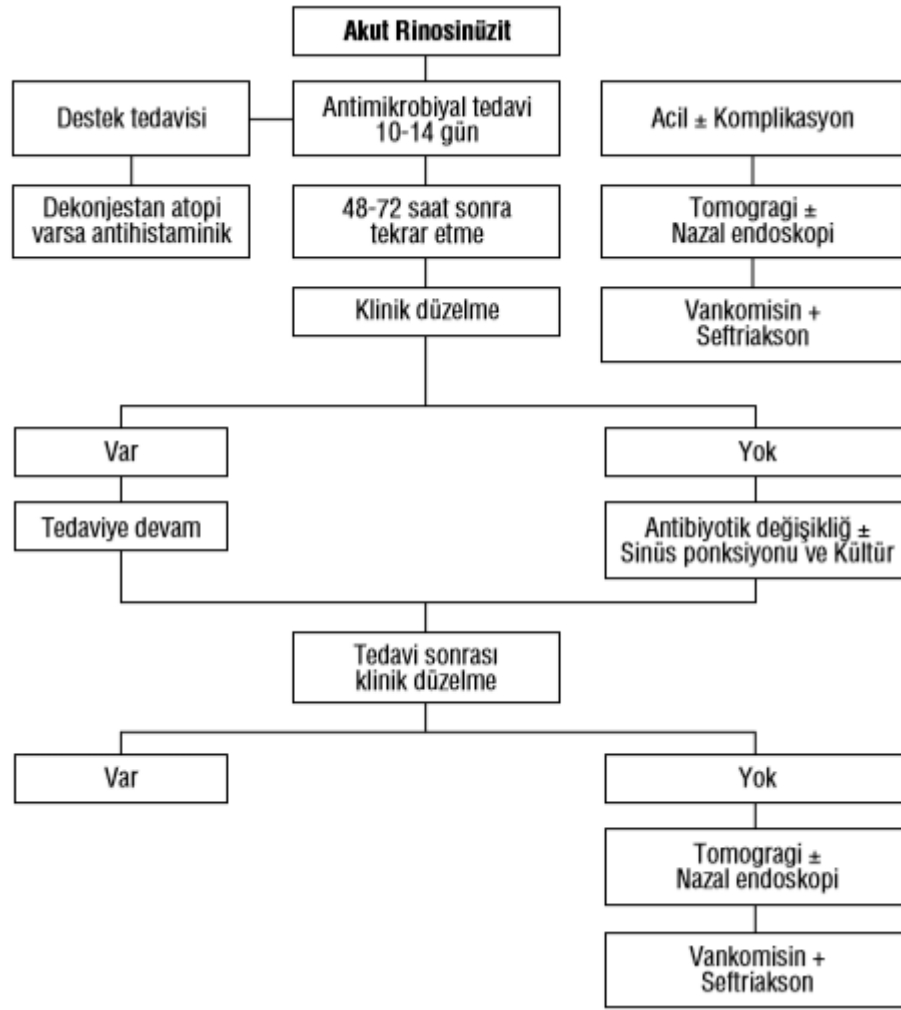
Sinüslere veya dişe vuran ağrı, dekonjestanlara zayıf cevap ve devamlı burun akıntısı sinüzite işaret eder (23). Kesin tanı için endoskopi ve BT (Bilgisayarlı Tomografi) kullanılır (24).

Tablo 4.3 Akut Rinosinüzit Tanısında Majör ve Minör Semptom ve Bulgular, Dereköy ve Güçlü (12).

Majör Bulgular	Minör Bulgular
Fasiyal ağrı / basınç	Baş ağrısı
Fasiyal konjesyon / dolgunluk	Yorgunluk
Nazal obstrüksiyon / blokaj	Halitosis
Nazal/ postnazal akıntı (pürülan)	Diş ağrısı
Hiposmi/anosmi	Öksürük
Ateş	Kulak ağrısı / basınç hissi

Ateş Kulak ağrısı / basınç hissi genellikle viral kaynaklı olan sinüzitin başlıca bakteriyel etkenleri ise % 25-30 oranında *S.pneumoniae*, % 20-30 oranında *H.influenzae* ve *M.catarrhalis* bakterileridir (23).

Dolayısıyla tedavi için bu bakterilere karşı doğru antibiyotikler kullanılabilir. Amoksisilin, amoksisilin-klavulanik asit, ampisilin-sulbaktam (sultamisilin), azitromisin, klaritromisin antibiyotikleri tercih edilir. Antibiyotiğe ek olarak sistemik (psödoefedrin) ve topik (nafazolin) dekonjestanlar kullanılması sinüs direnajına yardımcı olacaktır. Semptomatik tedavi için aspirin, parasetamol ve ibuprofen tercih edilebilen ilaçlardır (11,24). Akut rinosinüzitte tedavi yaklaşımı (23).



Şekil 4.7 Akut Rinosinüzit Hastalığında Tedavi Yaklaşımı (23)

Ayrıca tuzlu su kullanımı, havanın nemlendirilmesi sinüzit semptomlarını azalttığı için tercih edilebilir (23).

4.3.4. Akut Tonsillofarenjit

Boğazın tonsil (bademcik) ve farenks (yutak) bölgelerinde oluşan, mukozal ve submukozal yapıların iltihabi enfeksiyondur. En sık 5-15 yaş arası çocuklarda görülen bir hastalık olup etkenleri virüsler (Rhinovirus, Adenovirus, Eneterovirus, Influenza A ve B gibi) ve bakterilerdir (A Grubu Beta Hemolitik Streptokok-

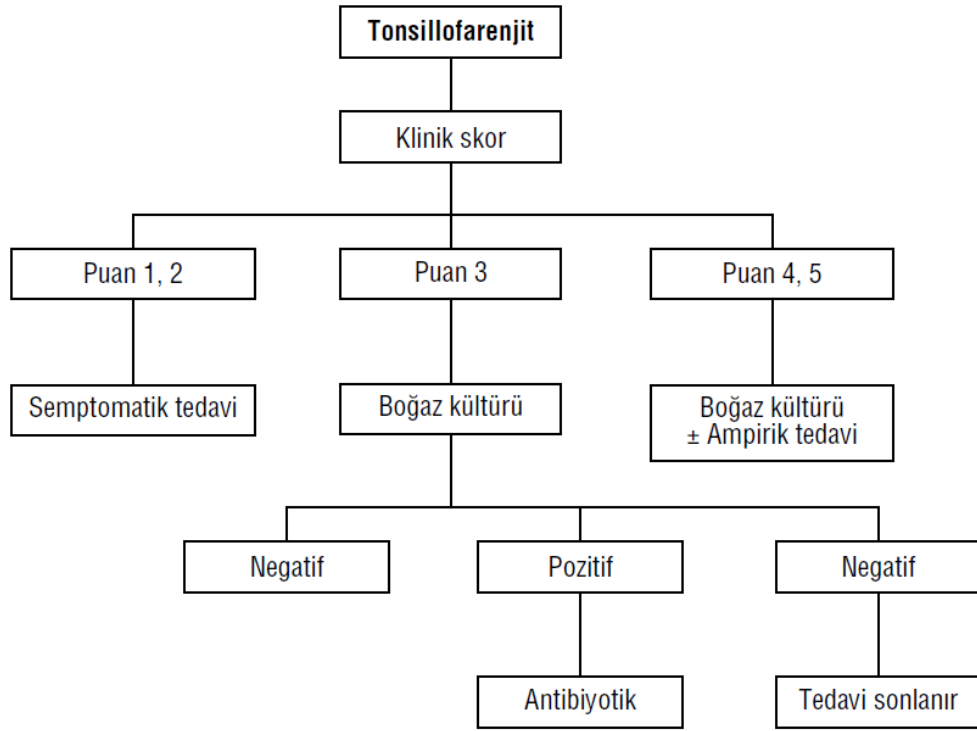
AGBHS) (23), (24). Çocukluk çağında en sık rastlanan klinik tablo ise streptokokkal tonsillittir. Hava yoluyla -damlacık enfeksiyonu şeklinde- ve kullanılmış eşyalara temas halinde bulaşır (12). Virüsler ise mukus, tükürük ve tırnak ısırma sonucu yayılma gösterebilir (25).

Akut tonsillofarenjit birden başlar; yutma güçlüğü, boğaz ağrısı, bulantı, kusma, ateş ve baş ağrısı önemli semptomlarıdır. Ayrıca bademcik ve yutakta eritemler, ses kısıklığı, rinit oluşabilir (23), (12).

Hastalığın tanısında viral-bakteriyel kaynaklı enfeksiyon ayrımının yapılması gereksiz antibiyotik kullanımının önüne geçmek için gereklidir. Klinik yaklaşımda A Grubu Beta Hemolitik Streptokok (AGBHS) sebebiyle oluşan tonsillofarenjitin, viral tonsillofarenjitten ayrımı için bir puanlama sistemi oluşturulmuştur (23).

Tablo 4.4 Tonsillofarenjitte Klinik Puanlama (23)

Klinik	Puan
Ateş > 38°C	1
Öksürük olmaması	1
Hassas ön servikal lenfadenopati	1
illada büyüme veya eksuda	1
Yaş 3-14	1
Yaş 15-44	0
Yaş ≥ 45	-1



Şekil 4.8 Tonsillofarenjit Hastalığında Tedavi Yaklaşımı (23)

Bakteriyel tonsillofarenjit tedavisinde ilk tercih edilen antibiyotik penisilindir. 10 gün boyunca uygulanır (24). Kontrollü deneylerde akut romatizmal ateşi önlediği belirlenen tek antibiyotik penisilindir. Allerjik bir durum söz konusu ise eritromisin kullanılabilir. Ancak aminoglikozitler, sülfonamidler ve tetrasiklinler tonsillofarenjit tedavisinde kullanılmamalıdır. İlaç tedavisinin yanında hastalara bol sıvı aldırılmalı ve nemli ortamlarda bulundurulmalıdır (23).

Viral tonsillofarenjitte kuluçka süresi yaklaşık 2-12 gündür. Farenkste kolay kanayan veziküler lezyonlar oluşur. İmmünyetmezlik durumu varsa mortalite oranı % 80'e çıkar. Tedavisi genellikle semptomatiktir.

4.3.5. Akut Otitis Media (AOM)

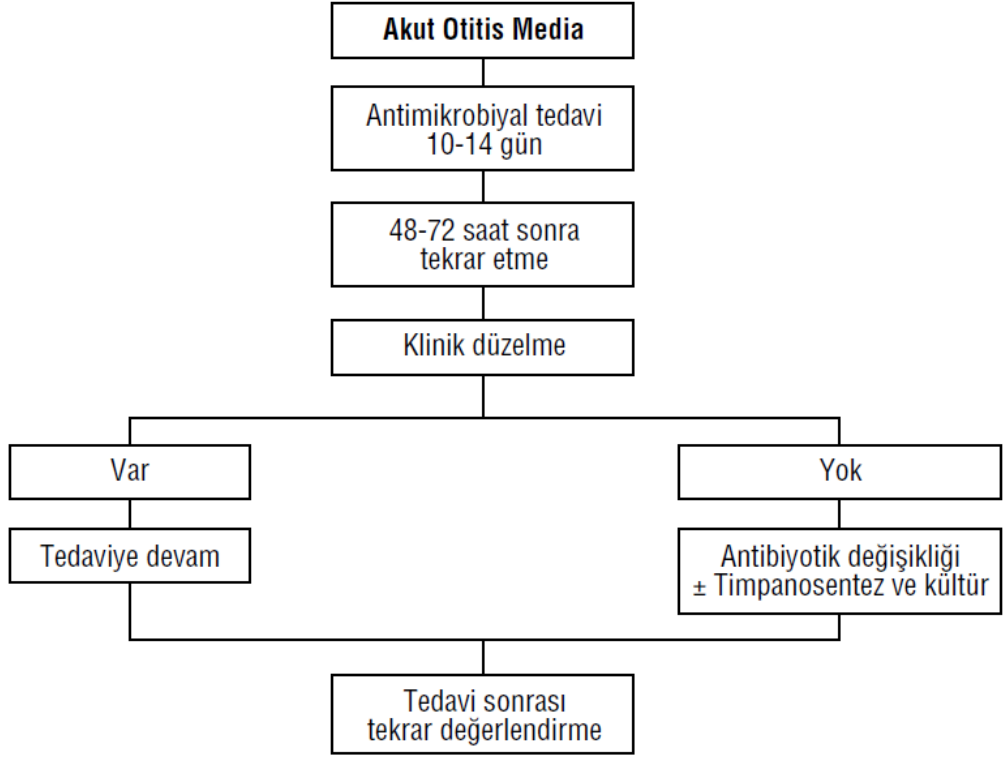
Akut Otitis Media -kısaca AOM-, orta kulak ve östaki borusunun inflasyonudur. Genellikle rinit, sinüzit gibi ÜSYE sonrasında ortaya çıkan bakteriyel bir enfeksiyondur. Çoğunlukla üç yaş altı çocuklarda görülür. Erkek çocuklarda nispeten daha sıktır (23), (25).

İstatistiklere göre yedi yaşından küçük çocukların % 90'ından fazlası en az bir defa bu hastalığı geçirmiştir (12).

Hastalık etkeni olarak % 70 oranında bakteriler (*H.influenzae*, *M.catarrhalis*, *S.pneumoniae*) ve % 20 oranında virüsler (Rhinovirus, Adenovirus, Influenza A ve B) tespit edilmiştir (26).

Kulak ağrısı, kulak çınlaması, baş dönmesi, nadiren 40 dereceyi bulan ateş, işitme kaybı semptomları görülür. Üç yaşından küçük çocuklarda karakteristik tepkiler: çocuğun kulağını yastığına sürmesi ve sürekli kulağı ile oynaması olarak görülmüştür (23).

Bakteriyel AOM tedavisinde ilk tercih edilen ilaç amoksisilin antibiyotığıdır. Bunun haricinde ampisilin, sefprozil, sülfametoksazol, klaritromisin gibi antibiyotikler tercih edilebilir. Ek olarak oral ve nazal dekonjestanlar ve analjezik-antipiretikler kullanılır (12),(25).



Şekil 4.9 Akut Otitis Media Hastalığında Tedavi Yaklaşımı (23).

Çocukluk yaşlarında *H.influenzae* aşısı yapılması AOM hastalığından korunmak için fayda sağlayabilir. Ayrıca çocukları sigara dumanından uzak tutmak ve anne sütü kullanımı da dikkat edilmesi gereken unsurlardır (23).

5. MATERYAL VE METOD

Ocak 2016 - Mayıs 2016 tarihleri arasında İstanbul Avrupa yakasında bulunan eczanelere ilaç temini için gelen hastalar çalışma grubunu oluşturmuştur. Hazırlanan, kişisel bilgiler ve hastaların başvurduğu hekimlerin Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (ÜSYE) tanı ve tedavi yaklaşımlarına yönelik sorulardan oluşan anket formları araştırmayı katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Onam vermeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

ÜSYE tanısının hangi hekim grubu tarafından koyulduğu, tanı için talep edilen tahliller ve tedavi tercihleri arasında antibiyotik tercih sıklıkları, ilaç dışı gıda takviyesi önerileri ile ilgili yansıttıkları veriler, doldurulan anket formlarından elde edilen veriler SPSS 23 istatistik programı ile istatistiksel analizler yapıldı. $p \leq 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

Çalışmamıza, 109 hasta onamları alındıktan sonra dahil edilmiştir. Çalışmamızda cinsiyet, doğum yılı grubu, eğitim durumu, meslek, boy, kilo, BMI, antibiyotik tercih edilmesi, kullanılan antibiyotik çeşidi, ÜSYE tanısını koyan hekim, antibiyogram testinin yapılması, gıda takviyesi önerilmesi, koruyucu hekimlik uygulanması, antibiyotik reçetelenmesi konusunda hastanın telkini parametrelerimiz (One sample Kolmogorov-Smirnov test) normal olmayan dağılım göstermektedir.

6.1. Tanımlayıcı istatistikler

Tablo 6.1 Tanımlayıcı İstatistikler

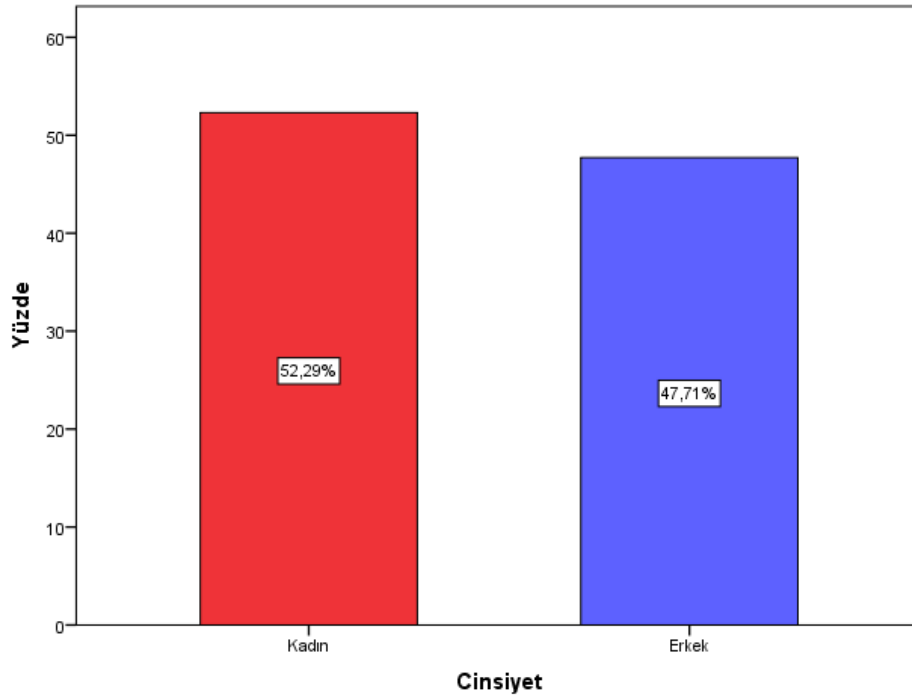
	N	Minimum	Maksimum	Ortalama		Standart Sapma
	İstatistik	İstatistik	İstatistik	İstatistik	Standart Hata	İstatistik
Cinsiyet	109	-	-	% 52K % 48E	0,048	0,502
Doğum Yılı Grubu	109	1	9	3,80	0,232	2,422
Boy	104	40	192	142,42	3,365	34,321
Kilo	104	10	105	51,02	2,677	27,300
Geçerli N (bütün liste)	104					

Çalışma 109 hastaya anket sorularının yöneltilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Ankete katılan hastaların demografik bilgileri ve dağılımı aşağıdaki tablolarda yer almaktadır. Buna göre hastaların % 52'si kadın hastalardan ve % 48'i ise erkek hastalardan oluşmaktadır.

Çalışmamızda, cinsiyete göre ÜSYE durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Ki-kare=0,229; p=0,632). Aşağıdaki tablo ve grafikten kadın ve erkek frekans ve yüzdeleri görülmektedir.

Tablo 6.2 Cinsiyete Göre ÜSYE Dağılımı

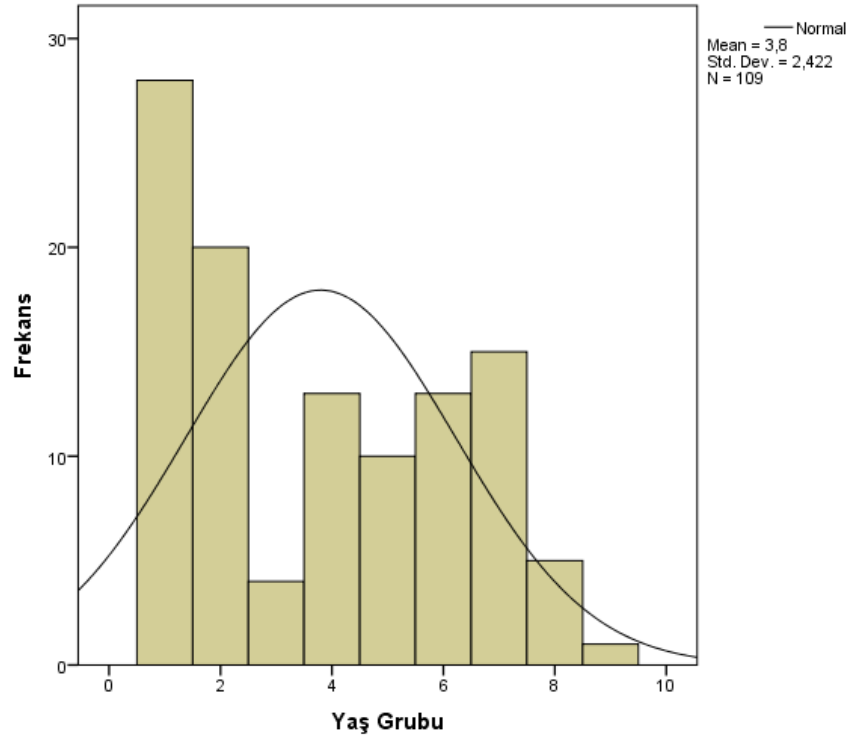
CİNSİYET	SAYI	YÜZDE
KADIN	57	% 52
ERKEK	52	% 48



Şekil 6.1 ÜSYE Hastalarının Cinsiyete Göre Yüzde Dağılımları

Ankete katılan hastaların yaş dağılımı, 0-13 yaş arası pediatrik hastalar sayıca % 44'ünü oluştururken; 14-20 yaş arası hastalar % 4; 20 ila 60 yaş arası hastalar % 47 ve 60 ve üstü hastalar ise % 6'sını oluşturmaktadır.

Çalışmamızda, yaş gruplarına göre ÜSYE durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Ki-kare=46,952; $p=0,001$). Bir başka deyişle ÜSYE durumu örneklemimizin yaş grupları arasında birbirinden farklı olarak tespit edilmiş olup 0-6 ile 7-13 yaş gruplarında ÜSYE tanısının diğer gruplara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Aşağıdaki 1. ve 2. grup histogram dağılımlarından da bu görülmektedir.



1: 0-6 yaş, 2: 7-13 yaş, 3: 14-19 yaş, 4: 20-30 yaş, 5: 31-40 yaş, 6: 41-50 yaş, 7: 51-60 yaş, 8: 61-70 yaş, 9: 71-80 yaş

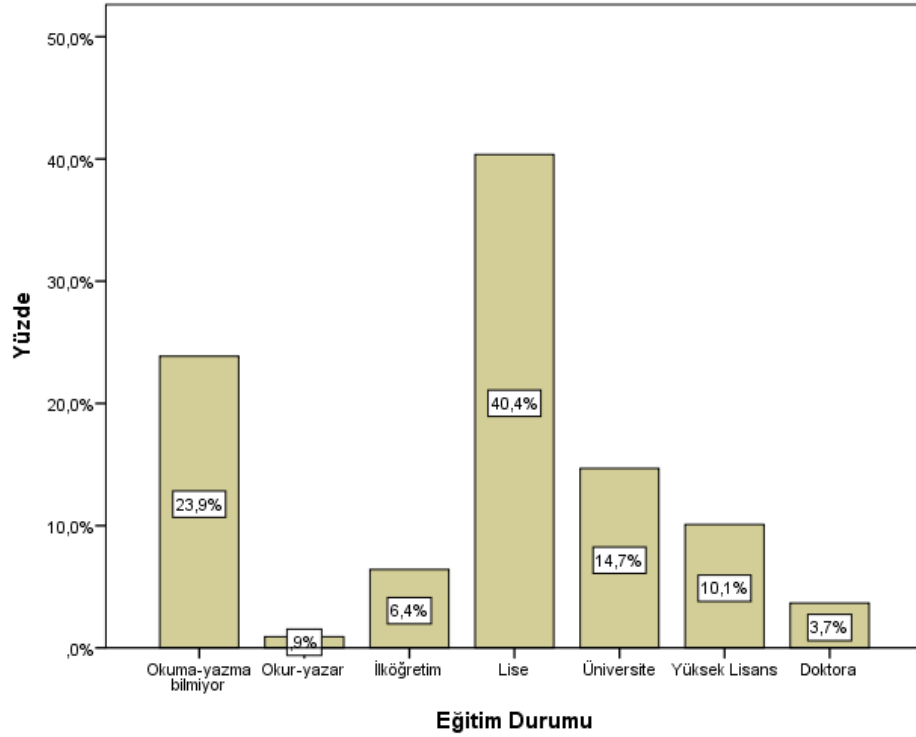
Şekil 6.2 ÜSYE Hastalarının Yaşa Göre Histogram Grafiği

Çalışmamızda, eğitim durumuna göre ÜSYE durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Ki-kare=87,193; p=0,001). Yani aşağıdaki tablo ve grafikten de anlaşılabacağı üzere ÜSYE tanılı hastalarda eğitim durumlarına göre bir istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Azalan sıralama; lise > okuma-yazma bilmiyor > üniversite > yüksek lisans > ilköğretim > doktora/okur-yazar şeklinde olup lise örneklemimizin % 40,4'ünü oluşturmaktaydı.

Tablo 6.3 ÜSYE Hastalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

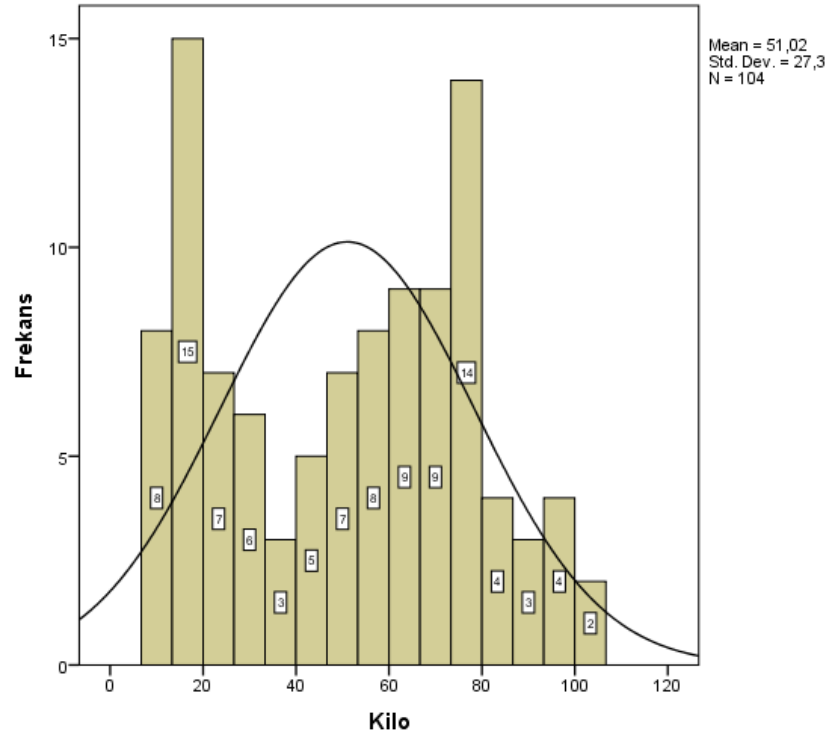
Eğitim Durumu	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Okuma-yazma bilmiyor	26	15,6	10,4
Okur-yazar	1	15,6	-14,6
İlköğretim	7	15,6	-8,6
Lise	44	15,6	28,4

Eğitim Durumu	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Üniversite	16	15,6	,4
Yüksek Lisans	11	15,6	-4,6
Doktora	4	15,6	-11,6
Total	109		



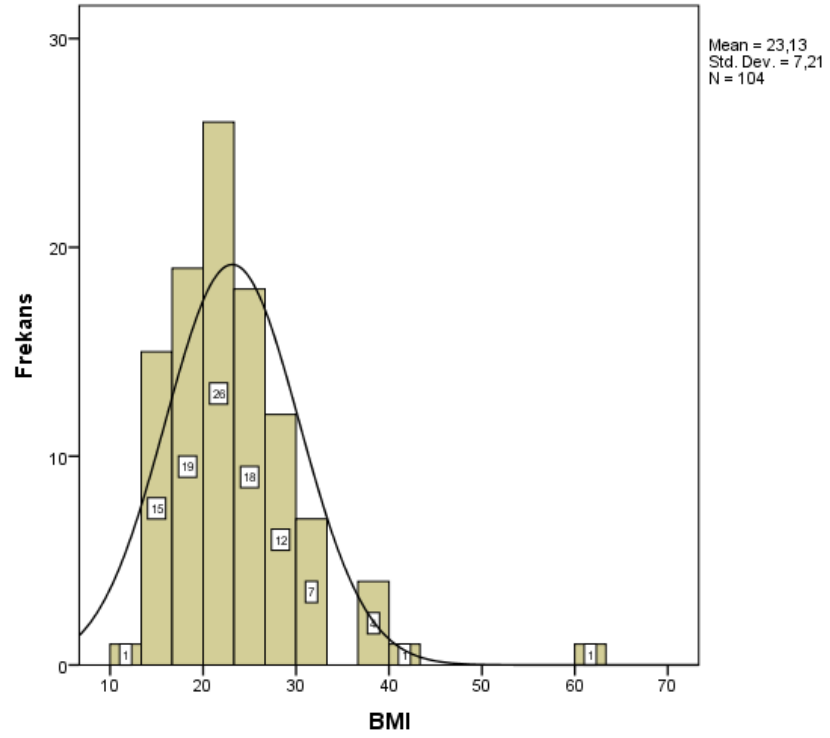
Şekil 6.3 ÜSYE Hastalarının Eğitim Durumuna Göre Yüzde Dağılımları

Örneklemimizin (5 bireyin verileri eksikti) ağırlık ortalaması± Standart sapması; 51,02±27,3 kg olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda, kiloya göre ÜSYE durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Ki-kare=30,904; p=0,999).



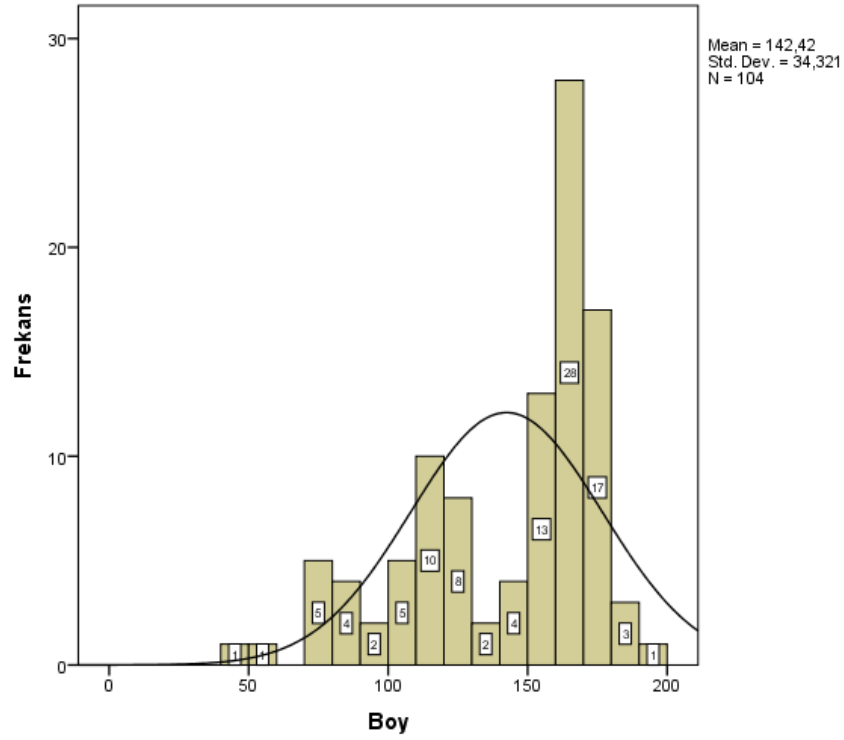
Şekil 6.4 ÜSYE Hastalarının Kiloya Göre Histogram Grafiği

Ortalama BMI $23,13 \pm 7,21$ olarak tespit edilmiştir. Minimum BMI 13 maksimum 63 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda, BMI'ye göre ÜSYE durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Ki-kare=32,500; $p=1,000$).



Şekil 6.5 ÜSYE Hastalarının BMI'ye Göre Histogram Grafiği

Örneklemin boy ortalaması $142,2 \pm 34,32$ cm olarak tespit edilmiştir. Minimum boy 40 cm iken maksimum boy 192 cm olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda, boya göre ÜSYE durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Ki-kare=55,385; p=0,460).



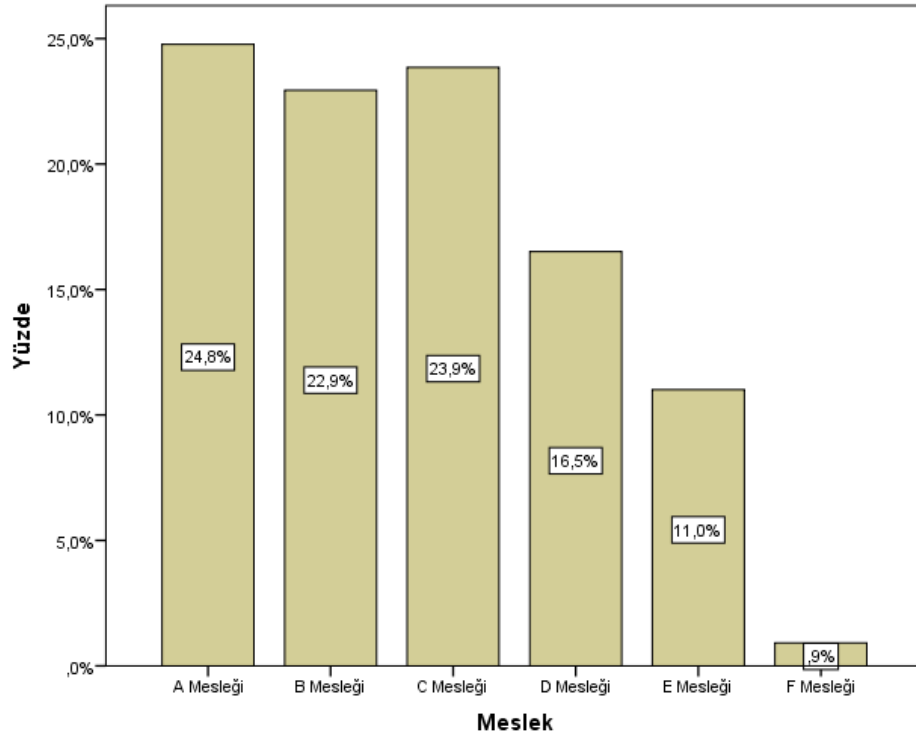
Şekil 6.6 ÜSYE Hastalarının Boya Göre Histogram Grafiği

Yukarıdaki grafikte görüleceği üzere örneklemimizin Boy dağılımı normal olmayan bir dağılım göstermektedir.

Çalışmamızda, meslek durumuna göre ÜSYE durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Ki-kare=28,560; $p=0,001$). Aşağıdaki tablodan da görüleceği üzere öğrenci, işçi, esnaf mesleklerindeki birey sayısı ev kadını, tekstilci, polis mesleklerinden daha fazla olarak tespit edilmiştir.

Tablo 6.4 ÜSYE Hastalarının Mesleğe Göre Dağılımları Çıkarımsal Grafiği

Meslekler	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Öğrenci	27	18,2	8,8
İşçi	25	18,2	6,8
Esnaf	26	18,2	7,8
Ev Kadını	18	18,2	-,2
Tekstilci	12	18,2	-6,2
Polis	1	18,2	-17,2
Total	109		



A Mesleği: Öğrenci, B Mesleği: İşçi, C Mesleği: Esnaf, D Mesleği: Ev Kadını, E Mesleği: Tekstilci, F Mesleği: Polis

Şekil 6.7 ÜSYE Hastalarının Mesleğe Göre Dağılım Yüzdeleri

Çalışmamızdaki örneklemin meslek yüzdeleri büyükten küçüğe sırasıyla Öğrenci % 24,8;Esnaf % 23,9; İşçi % 22,9; Ev Kadını % 16,5; Tekstilci % 11; Polis % 0,9 olarak saptanmıştır.

6.2.Anket soruları

Tablo 6.5Anket Sorularının Tanımlayıcı İstatistikleri

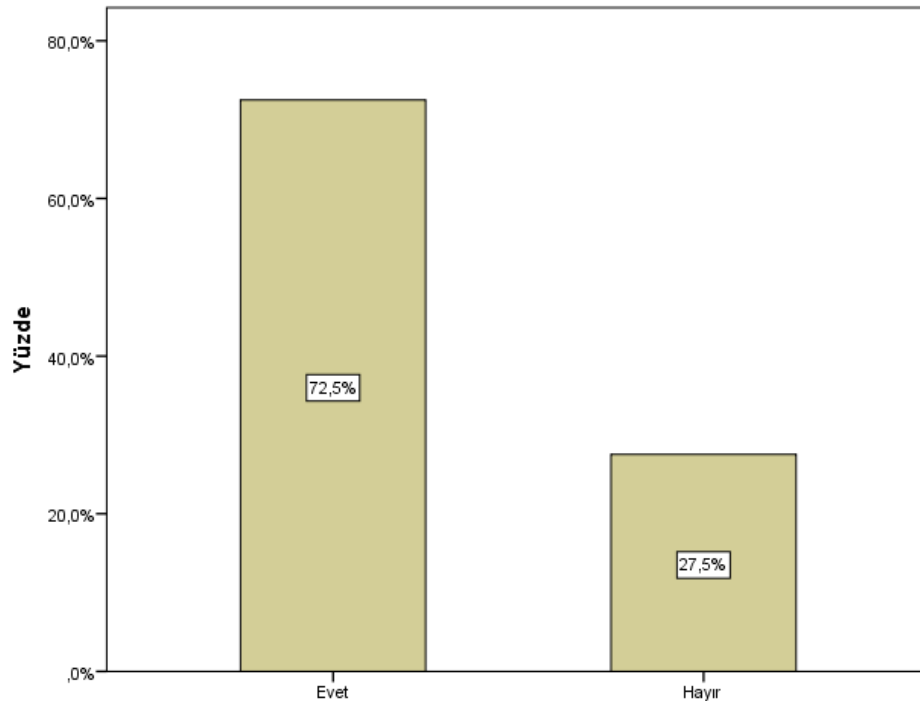
	N	Ortalama/Yüzde(Evet)		Std. Sapma
	İstatistik	İstatistik	Standart Hata	İstatistik
S.1.Antibiyotik tercih edilmiş mi?	109	% 72 Evet	0,043	0,449
S.2.Hangi antibiyotik tercih edilmiş?	109	% 20 (Amoksisilin + klavulanik asit)	0,533	5,564
S.3.ÜSYE tanısını hangi hekim koydu?	109	% 68 Aile Hekimi	0,123	1,279
S.4.Antibiyogram testi yapıldı mı?	109	% 2 Evet	0,013	0,135
S.5.Gıda takviyesi önerildi mi?	109	% 3 Evet	0,016	0,164
S.6. Gıda takviyesi önerildiyse hangi gıda takviyesi önerildi?	109	Veri yok	-	-
S.7.Koruyucu hekimlik uygulandı mı?	109	% 4 Evet	0,018	0,189
S.8. Antibiyotik reçetelemesi konusunda hekime telkinde bulundunuz mu?	109	% 3 Evet	0,016	0,164
Geçerli N (liste geneli)	109			

Yukarıdaki tablodan örneklemimizin 8 anket sorusuna verdiği cevapların bazı tanımlayıcı istatistikleri verilmektedir. 109 ÜS YE tanılı hastanın cevapladığı sorular ile ilgili olarak daha açıklayıcı tablo ve şekiller ve bu cevapların istatistiksel olarak anlam değerleri aşağıda verilmektedir.

Tablo 6.6 ÜS YE Tanısının Reçetesinde Antibiyotik Tercihine Göre Çıkarımsal İstatistikler

Soru 1: Hastanın tedavi reçetesinde antibiyotik tercihi edilmiş mi?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Evet	79	54,5	24,5
Hayır	30	54,5	-24,5

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere “Hastanın tedavi reçetesinde antibiyotik tercihi edilmiş mi?” sorusu sorgulandığında “Evet” diyenlerin sayısının “Hayır” diyenlerin sayısından fazla olduğu tespit edilmiştir. Evet ve Hayır diyenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=22,028; p=0,001).



S.1.Hastanın tedavi reçetesinde antibiyotik tercihi edilmiş mi?

Şekil 6.8 Soru 1: Hastanın Tedavi Reçetesinde Antibiyotik Tercihi Edilmiş Mi?

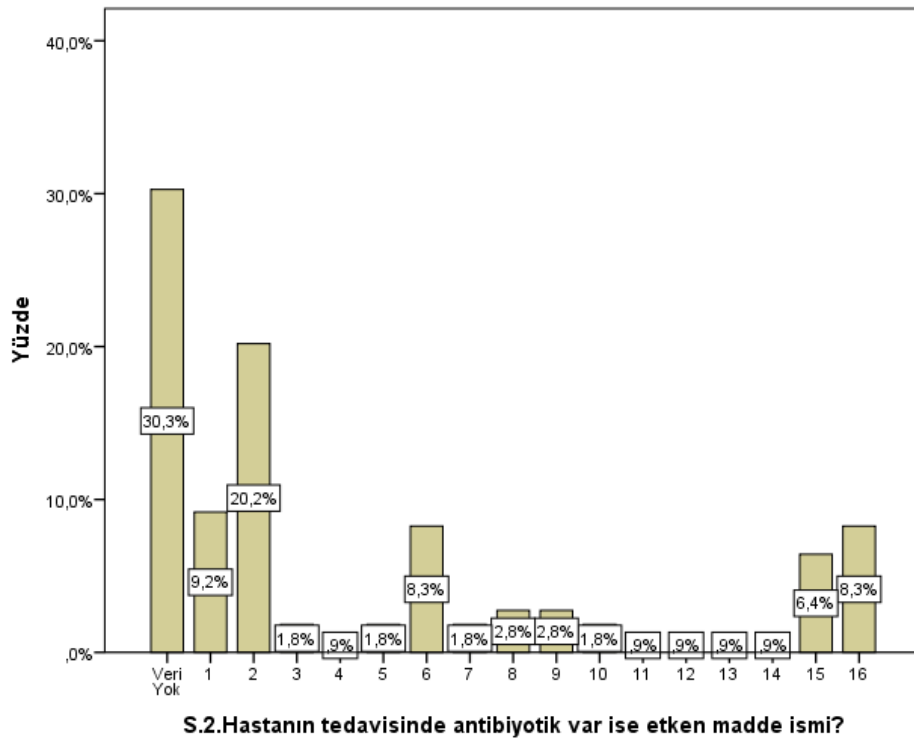
Örnekleminiz ÜSYE tanısı için yazılan antibiyotik etken maddesi bakımından incelendiğinde 16 farklı etken madde reçetelendiği tespit edilmiştir. Ayrıca 33 bireyde beklenen değerden 26,6 daha fazla olarak tespit edilmiştir. Örneklem etken maddeler bakımından incelendiğinde beklenen sayı 6,4 kişi olarak tespit edilmiştir. 2. Etken madde için bu değer 22 ve birinci etken madde için 10 olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Aşağıdaki tabloda (Tablo 6.7) ayrıntılı değerler mevcuttur.

Tablo 6.7 Soru 2: Hastanın Tedavisinde Antibiyotik Var İse Etken Madde İsmi İle İlgili Çıkarımsal İstatistikleri

Soru 2: Hastanın tedavisinde antibiyotik var ise etken madde ismi?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Veri Yok	33	6,4	26,6
1	10	6,4	3,6
2	22	6,4	15,6
3	2	6,4	-4,4
4	1	6,4	-5,4
5	2	6,4	-4,4
6	9	6,4	2,6
7	2	6,4	-4,4
8	3	6,4	-3,4
9	3	6,4	-3,4
10	2	6,4	-4,4
11	1	6,4	-5,4
12	1	6,4	-5,4
13	1	6,4	-5,4
14	1	6,4	-5,4
15	7	6,4	,6
16	9	6,4	2,6
Total	109		

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere “Hastanın tedavisinde antibiyotik var ise etken madde ismi?” sorusuna verilen cevaplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=190,917; p=0,001).

En fazla % 20,2 olarak 2. etken madde reçetelenirken 4.,11.,12.,13. ve 14. etken maddeler % 0,9 yani yaklaşık % 1 olarak en az reçetelenmiştir. Örneklemimizin % 30,3’ünde bu konuyla ilgili veri olmadığı görülmüştür. Aşağıdaki şekilde (Şekil 6.11) diğer etken maddeler ile ilgili olarak veriler mevcuttur.



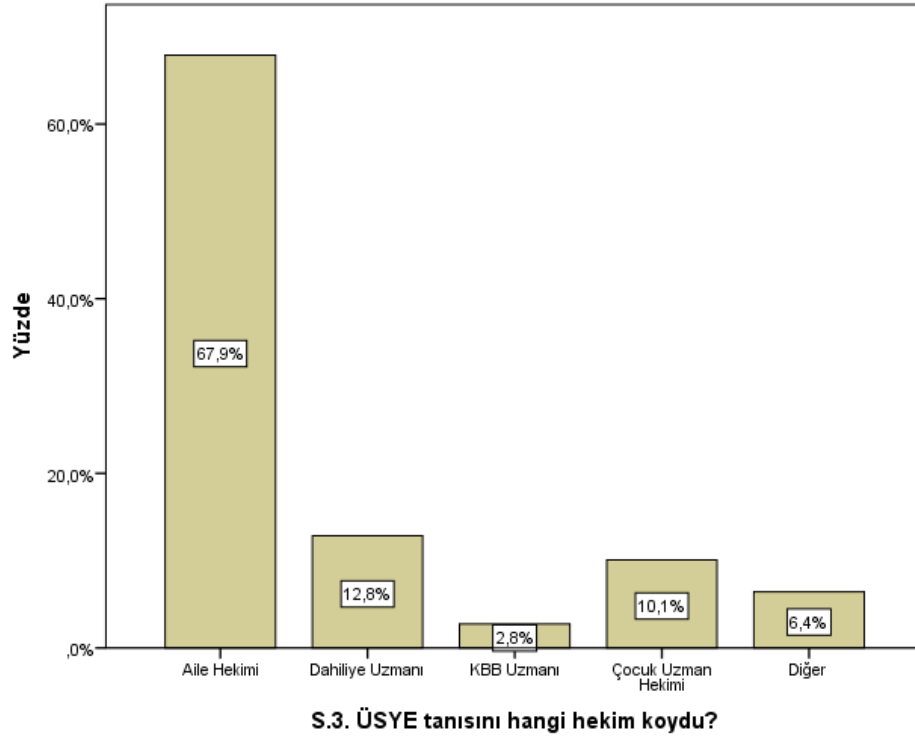
Şekil 6.9 Soru 2: Hastanın Tedavisinde Antibiyotik Var İse Etken Madde İsmi?

Çalışmamızda örneklemin ÜSYE tanısını koyan hekim bakımından fark olup olmadığı sorgulandığında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir (Ki-kare=159,394; p=0,001).

Aşağıdaki tablodan aile hekimlerinin ÜSYE tanısını daha fazla koyduğu tespit edilmiştir. Aile hekimlerini sırasıyla Dahiliye Uzmanı, Çocuk Uzman Hekimi, KBB Uzmanı ve diğer hekimler takip etmiştir.

Tablo 6.8 ÜSYE Tanısı/Ön Tanısı İle İlgili Çıkarımsal İstatistikler

Soru 3: ÜSYE tanısını hangi hekim koydu?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Aile Hekimi	74	21,8	52,2
Dahiliye Uzmanı	14	21,8	-7,8
KBB Uzmanı	3	21,8	-18,8
Çocuk Uzman Hekimi	11	21,8	-10,8
Diğer	7	21,8	-14,8
Total	109		



Şekil 6.10 Soru 3: ÜSYE Tanısını Hangi Hekim Koydu?

Çalışmamızda örneklemin “ÜSYE tanısını hangi hekim koydu?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde Aile hekimlerinin örneklemin % 67,9 ile en fazla olduğu görülmüştür. Örneklemin % 12,8’inin Dahiliye Uzmanları, % 10,1’ini Çocuk

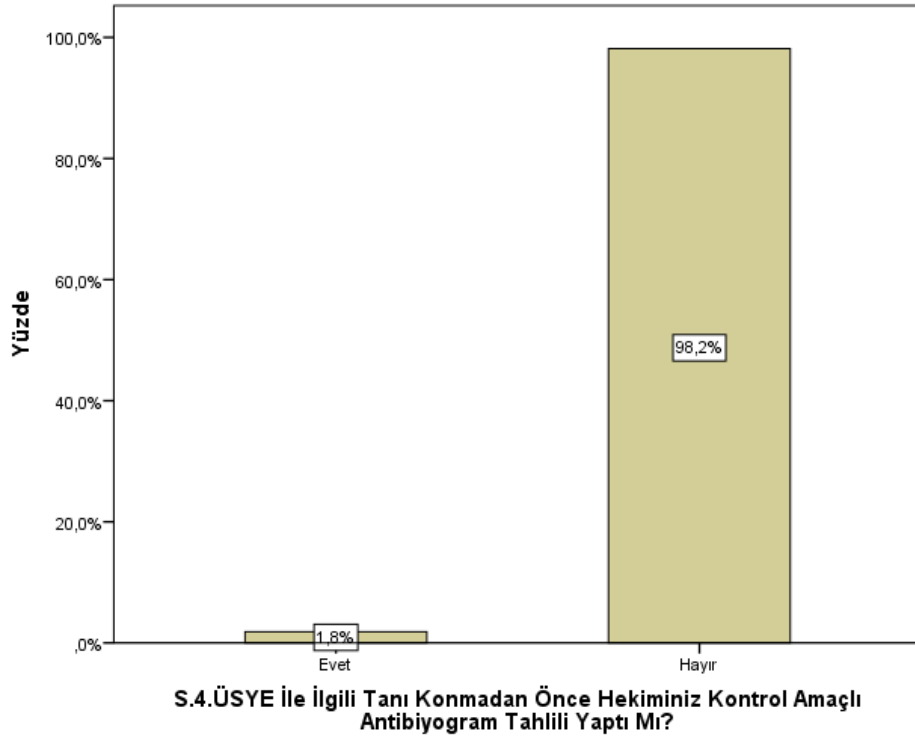
Uzman Hekimler, % 2,8'inin KBB Uzman Hekimleri ve % 6,4'ünü diğer hekimler tarafından tanısı konduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda örneklemin “ÜSYE ile ilgili tanı konmadan önce hekiminiz kontrol amaçlı antibiyogram tahlili yaptı mı?” sorusuna evet diyenler ile hayır diyenler arasında fark olup olmadığı sorgulanmıştır.

Aşağıdaki tablodan görüleceği üzere hastalara antibiyogram sorgulamasına “Hayır” diyenlerin sayısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. “Evet” diyenler ile “Hayır” diyenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=101,147; p=0,001).

Tablo 6.9 ÜSYE ile İlgili Tanı Konmadan Önce Antibiyogram Testi Sorgusu Çıkarımsal İstatistiği

Soru 4: ÜSYE ile ilgili tanı konmadan önce hekiminiz kontrol amaçlı antibiyogram tahlili yaptı mı?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Evet	2	54,5	-52,5
Hayır	107	54,5	52,5



Şekil 6.11 ÜS YE İle İlgili Tanı Konmadan Önce Hekiminiz Kontrol Amaçlı Antibiyogram Tahlili Yaptı Mı?

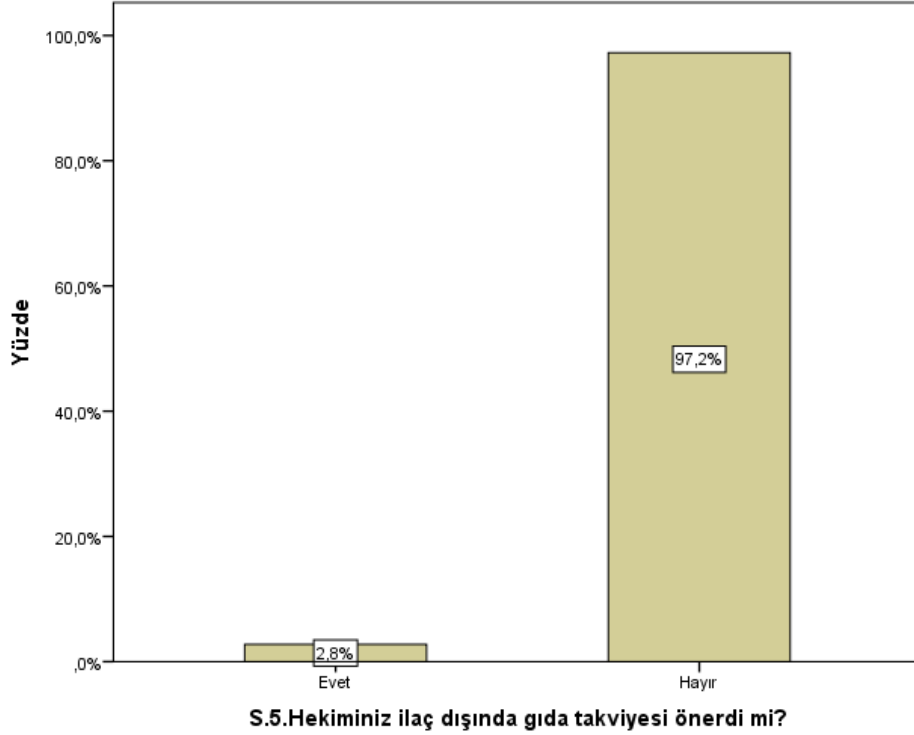
Çalışmamızda örneklemin “ÜS YE ile ilgili tanı konmadan önce hekiminiz kontrol amaçlı antibiyogram tahlili yaptı mı?” sorusuna % 98,2 oranında “Hayır” ve % 1,8 oranında “Evet” cevabı verilmiştir.

Tablo 6.10 Hekimin İlaç Dışı Gıda Takviyesi Önerme Çıkarımsal İstatistiği

Soru 5: Hekiminiz İlaç Dışında Gıda Takviyesi Önerdi Mi?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Evet	3	54,5	-51,5
Hayır	106	54,5	51,5

Yukarıdaki tablodan görüleceği üzere “Hekiminiz ilaç dışında gıda takviyesi önerdi mi?” sorusuna “Hayır” diyenlerin sayısının daha fazla olduğu tespit

edilmiştir. “Evet” diyenler ile “Hayır” diyenler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Ki-kare=97,330; p=0,001).



Şekil 6.12 Hekiminiz İlaç Dışında Gıda Takviyesi Önerdi Mi?

Örneklemimizde ÜSYE tanısı ile ilgili olarak hekiminiz ilaç dışında gıda takviyesi önerilmediği % 97,8 olarak tespit edilmiştir. Geri kalan % 2,8’lik kısma da gıda takviyesinin önerildiği saptanmıştır.

Örneklemimize sorulan Soru 6’da: “Cevabınız Evet ise hangi ürünün ismi nedir?” denmektedir. Soru 5 için verilen yanıt Evet ise hangi gıda takviyesi olduğu sorgulanmaktadır. Ancak Evet diye cevap veren 3 bireyin hiçbirisi ürün ismi belirtmemiştir. Bu nedenle herhangi bir grafik ve istatistiksel veri hesaplanmamıştır.

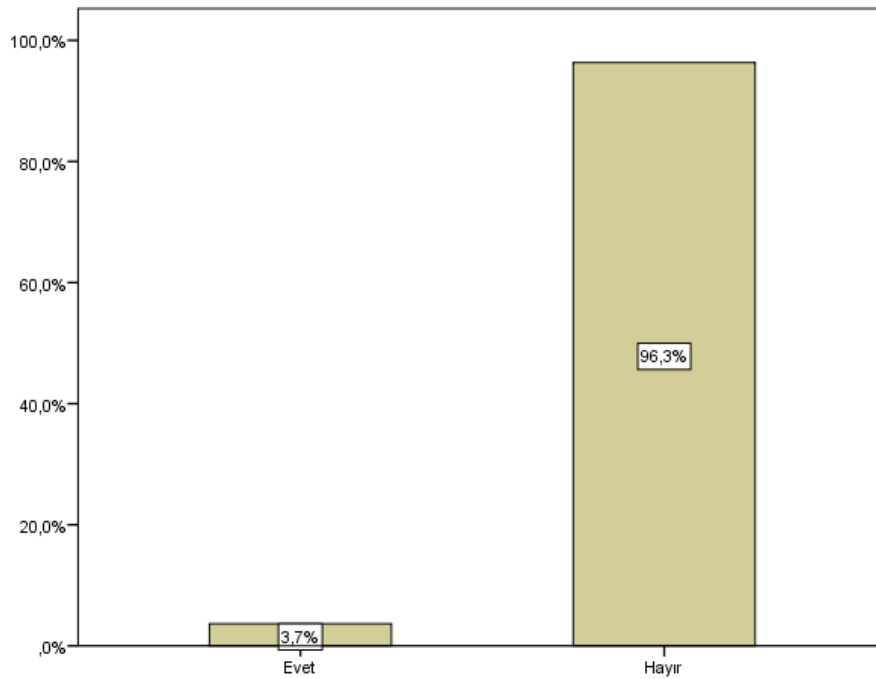
Çalışmamızda örneklemimize “Aile hekiminizden mevsim geçiş zamanlarında ÜSYE ile alakalı koruyucu hekimlik hizmeti aldınız mı?” diye sorulmuştur. Bu doğrultuda örneklemimizde koruyucu hekimlik alınması açısından istatistiksel olarak

fark olup olmadığı sorgulandığında “Evet” diyenler ile “Hayır” diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Ki-kare=93,587; p=0,001).

Tablo 6.11 Aile Hekiminizden ÜSYE İle Alakalı Koruyucu Hekimlik Hizmeti Aldınız Mı?

Soru 7: Aile hekiminizden mevsim geçiş zamanlarında ÜSYE ile alakalı koruyucu hekimlik hizmeti aldınız mı?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Evet	4	54,5	-50,5
Hayır	105	54,5	50,5
Total	109		

Örneklemimizde “Aile hekiminizden mevsim geçiş zamanlarında ÜSYE ile alakalı koruyucu hekimlik hizmeti aldınız mı?” sorusu sorgulandığında “Evet” diyenlerin sayısının 4 (% 3,7); “Hayır” diyenlerin sayısının 105 (% 97,3) olduğu görülmüştür.



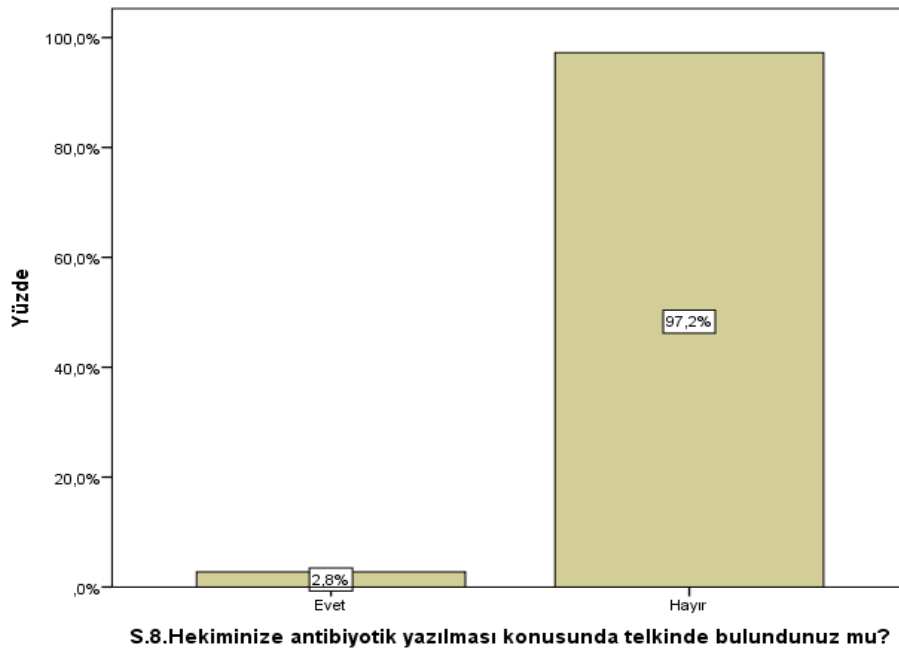
Şekil 6.13 Aile Hekiminizden Mevsim Geçiş Zamanlarında ÜSYE İle Alakalı Koruyucu Hekimlik Hizmeti Aldınız Mı?

Çalışmamızda örneklemimiz “Hekiminize antibiyotik yazılması konusunda telkinde bulundunuz mu?” sorusu açısından sorgulandığında “Evet” diyenler ile “Hayır” diyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (Ki-kare=97,33; p=0,001). Evet diyenlerin daha az sayıda oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 6.12 Hekime Antibiyotik Yazması Konusunda Telkinde Bulunulması Çıkarımsal İstatistiği

Soru 8:Hekiminize antibiyotik yazılması konusunda telkinde bulundunuz mu?			
	Gözlenen N	Beklenen N	Fark
Evet	3	54,5	-51,5
Hayır	106	54,5	51,5
Total	109		

Örneklemimizde “Hekiminize antibiyotik yazılması konusunda telkinde bulundunuz mu? sorusu sorgulandığında “Evet” diyenlerin sayısının 3 (% 2,8); “Hayır” diyenlerin sayısının 106 (% 98,2) olduğu görülmüştür.



Şekil 6.14 Hekimine Antibiyotik Yazılması Konusunda Telkinde Bulunulması

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızda örneklemimiz, yaş gruplarına göre; eğitim durumuna göre; meslek durumuna göre ÜSYE açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmiştir.

Çalışmamızda örneklemimiz, cinsiyete göre; kiloya göre; boya göre; BMI'ye göre; ÜSYE açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Ayrıca ÜSYE tanısını koyan hekim ile çalışmamızdaki diğer değişkenler arasında korelasyon ile beraber tedavinin akılcı olup olmadığı konusunda daha faydalı veriler ışığında bir değerlendirme olacağı düşünülmüştür.

Bu nedenle sırasıyla yaş, eğitim durumu, meslek, cinsiyet, kilo, boy, BMI ve anket soruları aşağıdaki gibi değerlendirilmiştir.

7.1.ÜSYE Tanısını Koyan Hekimlere Göre Verilerin Analizi

Bu bölümde hem hekime gereksiz fazladan yapılan ziyaretler hem de gereksiz antibiyotik kullanımı konusunda çalışmamızın analizi yapılacaktır.

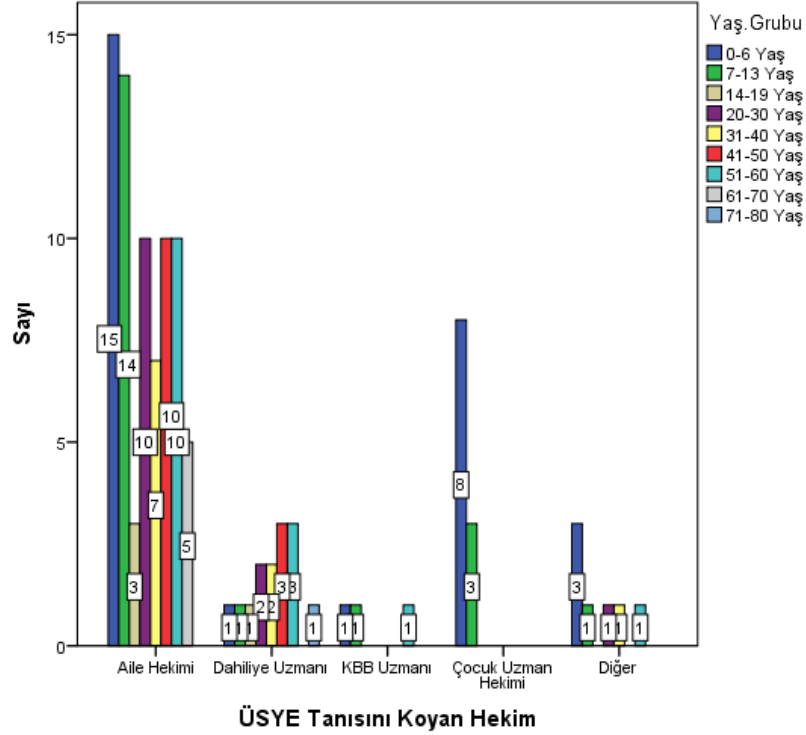
Amerika Birleşik Devletleri'nde hekim ofislerine bir haftalık ziyaretlerin % 10'unun nedeni "solunum sistemi hastalıkları" oluşturmaktadır (27).

Türkiye'de de hekime gitme sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır. Bu duruma bağlı olarak gereksiz ilaç kullanımı da artmaktadır.

Örneğin 2014 yılı verilerine göre Türkiye'de kişi başına 5,3 defa hastaneye, 2.9 kez aile hekimine gidildi. Hastaneye gitme sıklığında ilk sırada Karadeniz bölgesi yer almaktadır. Her birey her ay hekime gitmekte ve yılda 2 milyar kutu ilaç tüketilmektedir. Kişi başına ilaç tüketimi 25 kutu olarak görülmektedir (28).

Tek başına öksürük belirtisi, bu tür ziyaretlerin % 3,1'ini oluşturur. Bu ziyaretlerin çoğu akut hastalıktan kaynaklanmaktadır, hekime giden hastaların bir dizi kronik hastalığı vardır. Bunlar arasında astım (tüm ziyaretlerin% 6,8'i) ve KOAH (tüm ziyaretlerin % 3,9'u) vardır. Aile hekimliğini ziyaret eden hastalarla ilgili olarak

yine Amerika yaş dağılımını yansıtan ve çocukların da dahil olduğu 2500 kişilik bir çalışmada, 183 astım hastası ve 131 KOAH hastası olacağını tahmin etmişlerdir (29).

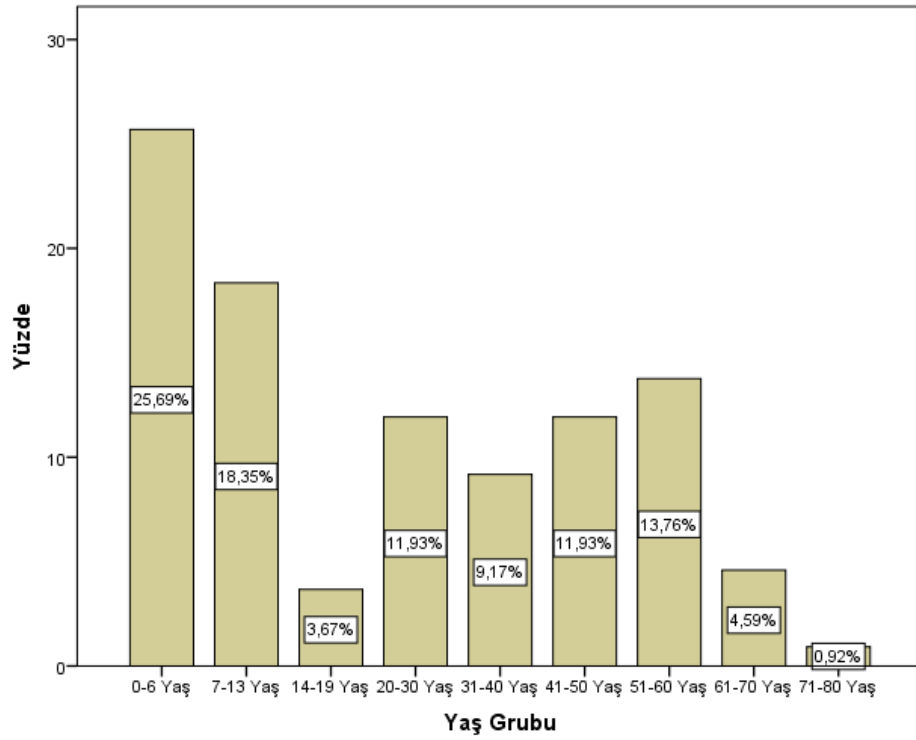


Şekil 7.1 Yaş Gruplarına Göre ÜSİE Tanısını Koyan Hekim Dağılımları

Bizim çalışmamızda yaş grupları faktörüne göre ÜSİE tanısını koyan hekim branşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Ayrıca yaş grupları ile ÜSİE tanısını koyan hekim branşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (Cramer's $V=0,287$; $p=0,293$).

Şekilden de (Şekil 7.1) görüleceği üzere örneklemimizin de büyük çoğunluğunu aile hekimleri oluşturmaktadır. Aile hekimlerine bütün yaş gruplarından hasta ziyareti olduğu halde buna en yakın olan dahiliye branşına daha az sayıda ve daha az yaş grubunda hasta ziyareti olduğu görülmektedir. KBB, Çocuk Uzman Hekimi, ve diğer branşlarda bu durum aile hekimlerine oranla çok daha az olarak tespit edilmiştir.

Aile hekimlerinin örneklem % 67,9 ile en fazla branş olarak tespit edilmiş olması örneklemimizdeki hastaların yukarıdaki çalışmalara benzer şekilde ÜSİE ile ilgili olarak ilk olarak aile hekimlerini ziyaret ettiği söylenebilir.



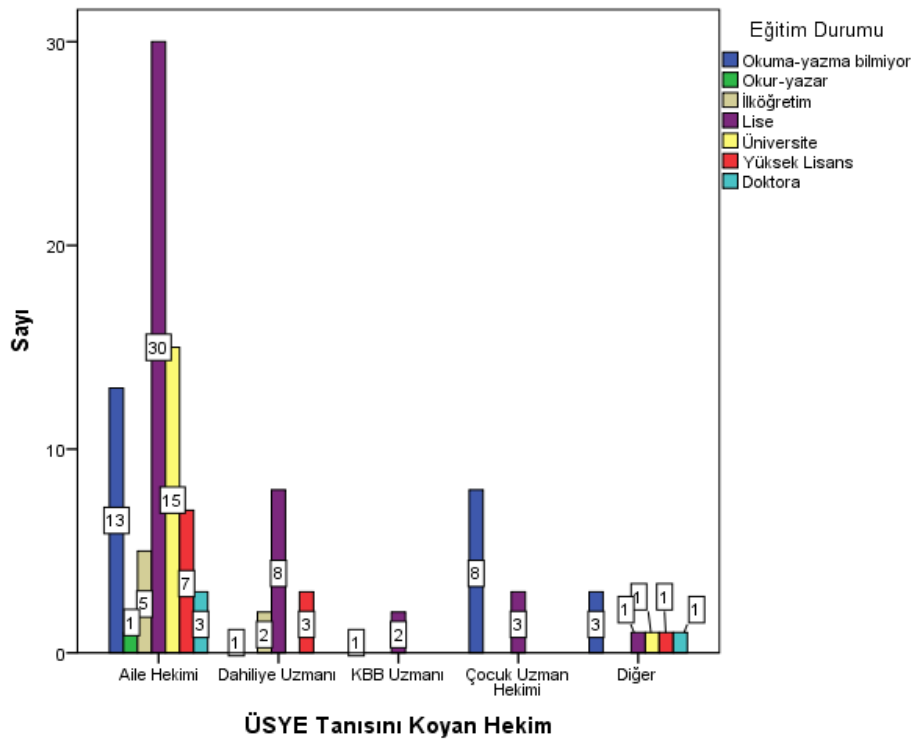
Şekil 7.2 Örneklemin Yaş Gruplarına Göre Yüzde Dağılımları

Viruslar akut tonsillofarenjitin en sık (% 70) etkindir. 3 yaş altında görülen akut tonsillofarenjitin nedeni virüslerdir. Bakteriler arasında ise en önemli patojen A Grubu Beta Hemolitik Streptokok (AGBHS)'dur. En sık 5-15 yaş arası çocuklarda tonsillofarenjiteneden olur ve olguların % 10-30'unda etkindir. Erişkin yaşlarda ise sıklığı % 5-10'dur (23).

Bizim çalışmamızdaki yaş grupları bu veriler ışığında incelendiğinde çalışmamızdaki 14 yaş ve yukarısındaki kırılmanın yani yüzdenin % 26 ve % 18'den sonra bu yaş grubunda (14-19) % 3,67'ye inmiş olmasının altında hekimlerin bu AGBHS hastalığı korkusuyla fazla temkinli olması olduğu düşünülmektedir. Bu korkudan dolayı ÜSYE tanısı ile reçeteleme yapılmış olduğu düşünülmektedir.

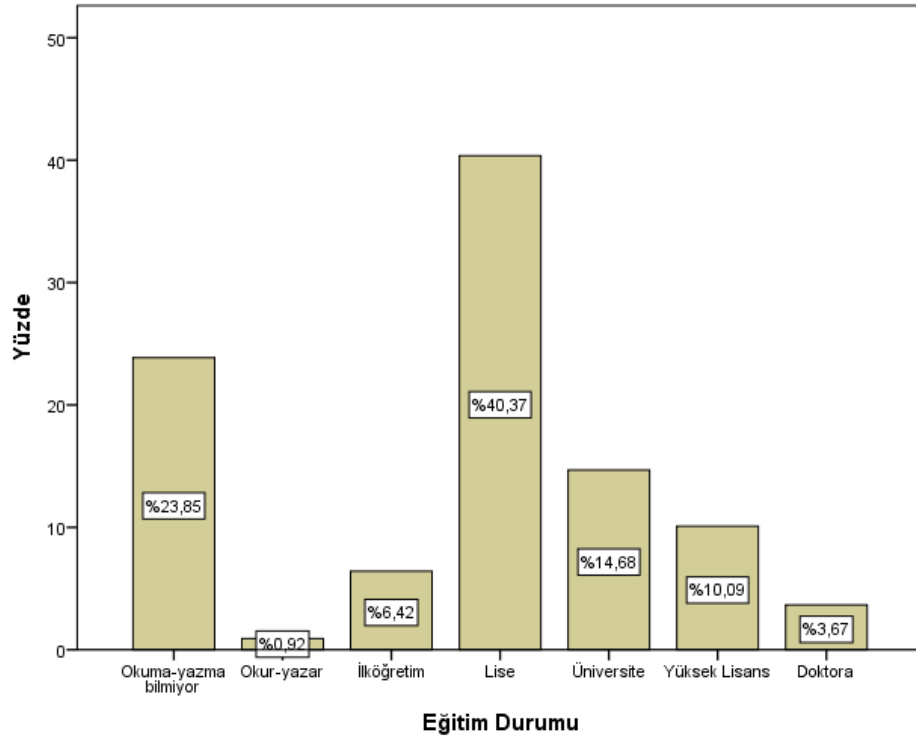
Hastaların eğitimi sadece sağlık kuruluşu veya sağlık personeline olan talebi değil, aynı zamanda sıklığını, dağılımını da etkileyebilir. Hastanın eğitilmesi amacıyla ÜSYE ile ilgili olarak hastanın kendi kendini idare etmesi için hazırlanan broşür kitapçıklar, videolar ve toplu grup hizmetleri ÜSYE ile ilgili olarak hastanın sağlık taleplerini azalabilir. Anneler için doğum öncesi ve doğum sonrası eğitim

sınıfları, bebekleriyle ilgili olacak taleplerin sayısını azaltabilir. Hasta eğitimi amacı olan sözlü eğitimler, broşürlerden yararlanarak yapılan eğitimler, tekrar reçetelerinin sayısını ve mesai dışı çağrılar gibi uygun olmayan taleplerin sayısını azaltabilir. Doktor tarafından yapılan gereksiz kontrol talepleri takip ziyaretleri ve önleyici hizmetler için politikalar gözden geçirilerek değiştirilebilir. Örneğin, bir hekim hastanede yatan tüm hastaları taburcu ettikten sonraki 1 hafta içinde tekrar görmeli mi, yoksa diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarını kullanarak kaynakları daha etkili bir şekilde kullanabilir mi diye sorgulanmalıdır (10).



Şekil 7.3 Eğitim Durumlarına Göre ÜSYE Tanısını Koyan Hekim Dağılımları

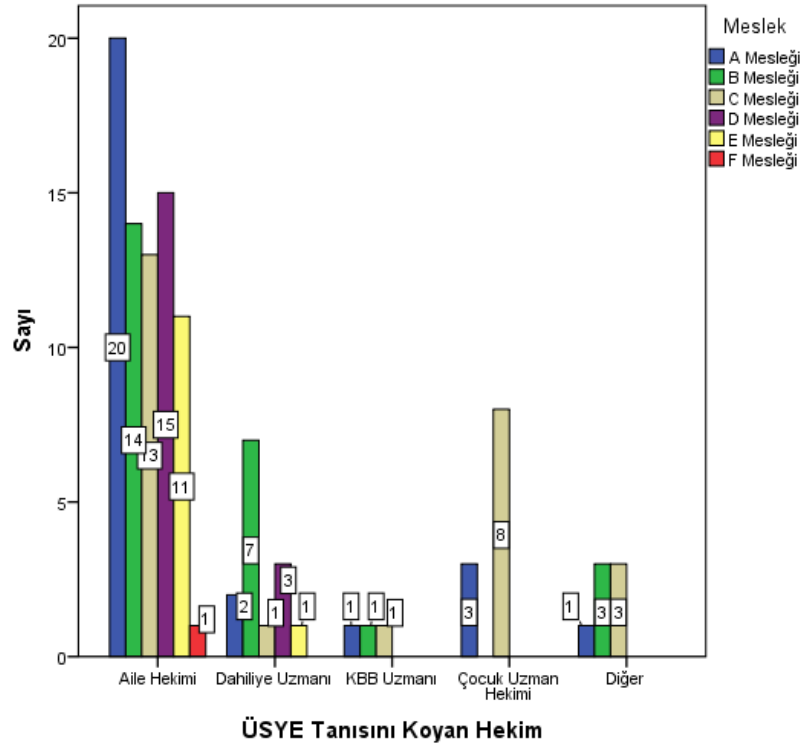
Bizim çalışmamızda eğitim durumu faktörüne göre ÜSYE tanısını koyan hekim branşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Ayrıca eğitim durumu ile ÜSYE tanısını koyan hekim branşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir (Cramer's V=0,278; p=0,092).



Şekil 7.4 Eğitim Durumlarına Göre ÜS YE Tanısını Koyan Hekim Yüzdeleri

Akılcı ilaç kullanımı konusunda toplumun kaçınılmaz bir paydaşlığı söz konusudur. Yine ilaç reçetelenmesinde bazen doktorun hasta tarafından yönlendirilebildiği doktorun hastanın baskısı altında kaldığı bilinmektedir (30).

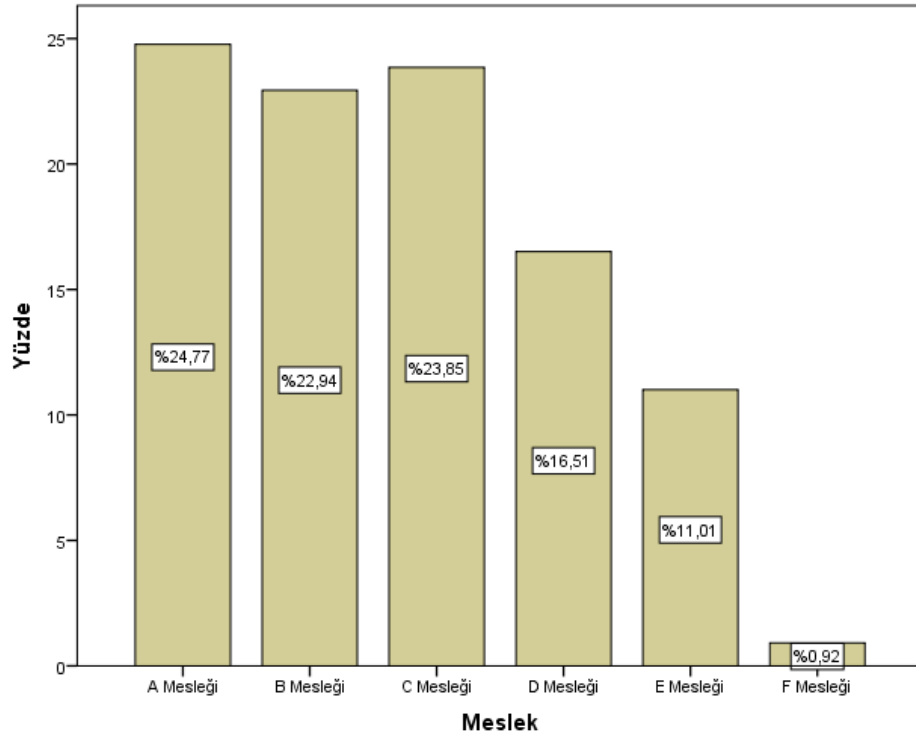
Akut bulaşıcı hastalıkların çoğunda sosyoekonomik durumla ilgili bir negatif ilişki vardır. Yoksulluk ve yoksunluk hastalıkla el ele gitmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, akut solunum yolu enfeksiyonları tüm yaş gruplarında önde gelen ölüm nedenidir (31).



Şekil 7.5 Meslek Durumuna Göre ÜSYE Tanısını Koyan Hekim Dağılımları

Bizim çalışmamızda meslek durumu faktörüne göre ÜSYE tanısını koyan hekim branşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Ayrıca meslek durumu ile ÜSYE tanısını koyan hekim branşı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (Cramer's $V=0,277$; $p=0,03$). Bu durum örneklemimizdeki hastaların meslek grupları ile muayene oldukları hekimlerin branşı arasında zayıf da olsa anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir.



A Mesleği: Öğrenci, B Mesleği: İşçi, C Mesleği: Esnaf, D Mesleği: Ev Kadını, E Mesleği: Tekstilci, F Mesleği: Polis

Şekil 7.6 Meslek Durumlarına Göre ÜSYE Yüzdeleri

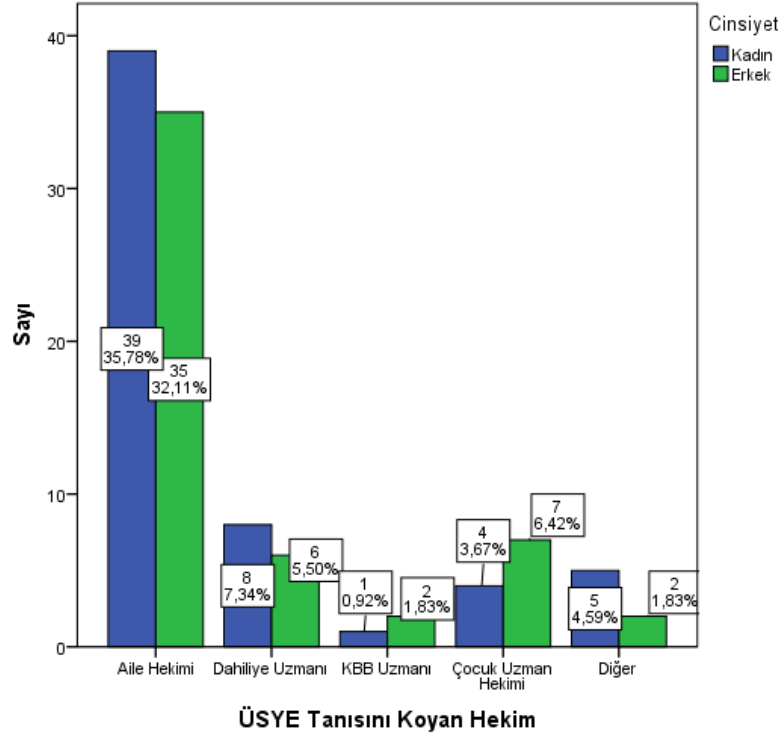
Son zamanlarda stresli yaşam olayları yaşayan ya da psikolojik olarak savunmasız olan insanların genel sağlığında daha fazla bozulma olur ve daha fazla üst solunum yolu hastalıklarına yakalanma ve ani ölüm riskleri daha fazladır (32). Bizim çalışmamızda 6 meslekten öğrenci, işçi, esnaf meslekleri birbirine yakın olup Polis en az yüzde ile dikkati çekmektedir.

Ülkemizde 2005 yılı Ocak Nisan ayları arasında yapılmış olan benzer bir çalışmada, 7-15 yaş grubu için ÜSYE teşhisi ile düzenlenen 1016 adet pratisyen hekim reçetesi birinci basamak dışındaki (ikinci ve üçüncü) sağlık kuruluşlarındaki uzman hekimlere ait 168 adet ÜSYE reçetesi değerlendirildiğinde pratisyen hekim reçetelerinin % 53,1'inin erkek hastalar için; % 46,9'unun kadın hastalar için düzenlendiği görülmüştür. Birinci basamak dışındaki sağlık kuruluşlarındaki uzman hekim reçetelerinin % 52,4'inin erkek hastalar için; % 47,6'sının kadın hastalar için düzenlendiği görülmüştür. Erkek hasta oranlarının

pratisyen hekimlerde daha fazla olduğu görülmüş olsa da oranlar birbirine yakın olarak görülmektedir (33).

Bizim çalışmamızda benzer yaş grubu olan 7-13 yaş grubu incelendiğinde hastaların % 60'ının erkek; % 40'ının kadın olduğu tespit edilmiştir. Oysa çalışmamızın bütününde yani tüm yaş gruplarında bu oran % 47,7 erkek; % 52,3 olarak tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere 2005 yılında yapılmış olan çalışmaya benzer şekilde 7-13 yaş grubundaki hastalarda erkek hasta oranlarının daha fazla olduğu görülmektedir.

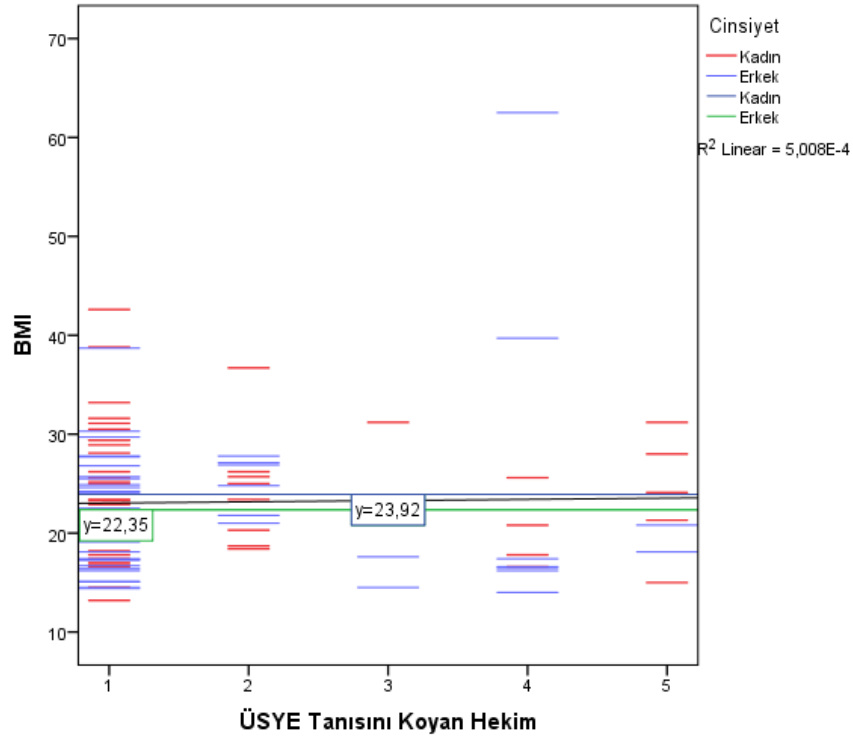
Ayrıca çalışmamızda hastaların % 70'i aile hekiminden ÜSYE tanısını alırken geriye kalan % 30'u diğer hekimlerden almıştır.



Şekil 7.7 Cinsiyete Göre ÜSYE Tanısını Koyan Hekim Dağılımları

Bizim çalışmamızda meslek durumu faktörüne göre ÜSYE tanısını koyan hekim branşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Şekilden de görüleceği üzere tüm branşlara her iki cinsiyetten de hastalar gitmiştir.

Ayrıca cinsiyet ile ÜSYE tanısını koyan hekim branşı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon da tespit edilmemiştir (Cramer's V=0,158; p=0,607). Bu durum örneklemimizdeki hastaların meslek grupları ile muayene oldukları hekimlerin branşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir.



1:Aile Hekimi, 2:Dahiliye Uzmanı, 3:KBB Uzmanı, 4:Çocuk Uzman Hekimi, 5:Diğer

Şekil 7.8 Cinsiyete Göre BMI ve ÜSYE Tanısını Koyan Hekim Saçılma Grafiği

Çalışmamızda BMI, boy ve kilo faktörlerine göre ÜSYE tanısını koyan hekim branşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Ayrıca cinsiyet ile ÜSYE tanısını koyan hekim branşı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon da tespit edilmemiştir (Cramer's V=0,813; p=0,911). Bu durum örneklemimizdeki hastaların BMI ile muayene oldukları hekimlerin branşı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir.

Bu istatistiksel bilgiler ve yukarıdaki saçılma grafiğinden (Şekil 7.8) BMI faktörünün hekimlerin hastaların ÜSYE tanısını koyma kararına etki etmediğini söyleyebiliriz.

Bu konuda literatür desteği için Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Klinik Rehberlerine de baktığımızda BMI ile ilgili olarak bir risk faktörüne rastlamadık (34).

7.2. Anket Sorularının Analizi

Aşağıdaki tabloda (Tablo 7.1) çalışmamızdaki bireylerin anket sorularına verdikleri cevaplar ve istatistiksel olarak farkın anlamlılık değerleri verilmektedir. Görüldüğü üzere bütün anket sorularında $p < 0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmektedir.

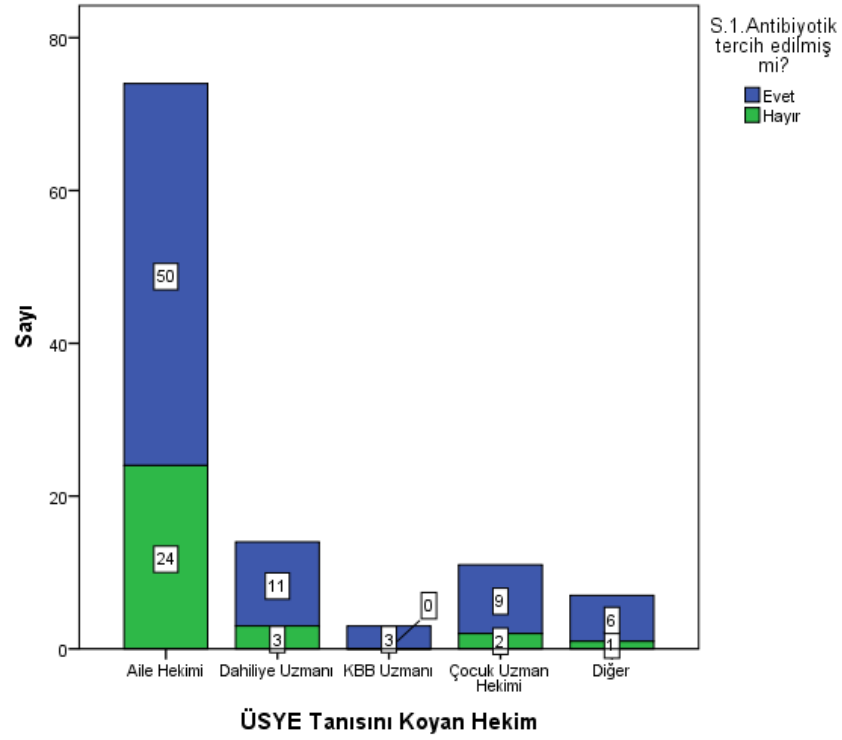
Tablo 7.1 Örneklemimizin BMI Tanımlayıcı İstatistiksel Verileri

Anket Soruları		Ki-kare	df	p
S 1 Antibiyotik tercih edilmiş mi?	% 72,5 Evet	22,028	1	0,001
S 2 Hangi antibiyotik?	% 20 (Amoksisilin + klavulanik asit)	190,917	16	0,001
S 3 ÜSYE tanısını hangi hekim koydu?	% 67,9 Aile Hekimi	159,394	4	0,001
S 4 Antibiyogram testi yapıldı mı?	% 1,8 Evet	101,147	1	0,001
S 5 Gıda takviyesi önerildi mi?	% 2,8 Evet	97,330	1	0,001
S 6 Hangi gıda takviyesi önerildi?	Veri yok	Veri yok	-	-
S 7 Koruyucu hekimlik uygulandı mı?	% 3,7 Evet	93,587	1	0,001
S 8 Antibiyotik reçetelemesi konusunda hekime telkinde bulunuldu mu?	% 2,8 Evet	97,330	1	0,001

Çalışmamızdaki bu veriler (Tablo 7.1) ışığında, ÜSZE tanısında antibiyotik tercih edilmiş olduğu ve en fazla “Amoksisilin + klavulanik asit” tercih edilmiş olduğu, ÜSZE tanısının en fazla Aile Hekimleri tarafından konduğu, Antibiyogram tercihinin düşük olduğu, gıda takviyesi tercihinin yetersiz olduğu, koruyucu hekimliğin düşük olduğu yetersiz olduğu, antibiyotik yazması konusunda hekime telkinde bulunulduğu tespit söylenebilir.

ÜSZE ile ilgili olarak viral olduğu ve bu viral olanların kendi kendine geçebildiği, aile hekimlerinin viral ve viral olmayanı ayırabiliyor olması gerektiği literatürde geçmektedir (35). Yine ABD yapılan bir çalışmada antibiyotiklerin daha fazla basit rinosinüzit, soğuk algınlığı, akut bronşit gibi solunum yolu enfeksiyonlarına yönelik olduğu tespit edilmiştir (36).

Viral kaynaklı ÜSZE ile başa çıkmanın en önemli yolu hastaları, ailelerini ve sağlık personelinin sakınmaları hastalığın bulaşmasını engellemek konusunda eğitmektir. Bunun için viral ÜSZE bulaşmasını engelleyen en önemli yollardan biri el hijyenidir. Buna ek olarak çocukların emzirilmesi, ve ev bakımı da etkilidir. Ayrıca tamamlayıcı tıptan da yararlanılması gereksiz antibiyotik kullanımını azaltabilmektedir. Ebeveynlere ve öksürük soğuk algınlığı OTC ürünlerini 6 yaşın altındaki çocuklarda kullanmamaları konusunda uyarılar yapılmalıdır. Çünkü bu ürünlerin bu hasta grubuna faydalarının daha fazla olacağı konusunda literatür eksikliği vardır (37).



Şekil 7.9 Hekim Branşlarına Göre Antibiyotik Tercihi

Antibiyotikler aile hekimleri tarafından en sık yazılan ilaç grubudur (38). Bizim çalışmamız da bunu destekler yöndedir.

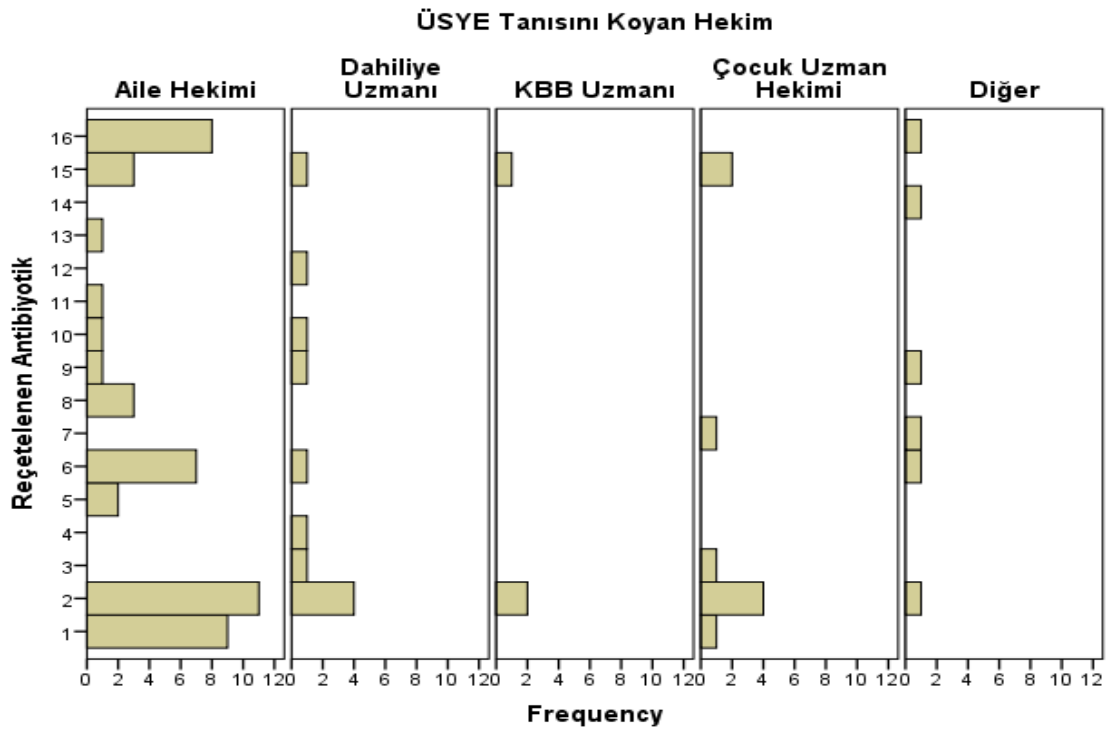
Aile Hekimliği, hastaların ilk başvuru noktası olan bağımsız bir tıp disiplindir. Kolay ulaşılabilir olması sürekli olarak ve bütüncül yaklaşımı benimsemesi en önemli özellikleridir (39).

Biyolojik, klinik ve davranış bilimlerini entegre eden geniş kapsamlı uzmanlık alanıdır. Aile hekimliği her yaştan, her iki cinsiyetten, her organ sisteminden ve her tür hastalıktan sorumlu hekimlik dalıdır. Aile hekimleri, bireyin toplam sağlık ihtiyaçlarını yönetirken, hastayla mahrem ve sırdaş bir ilişki sürdürme sorumluluğunu kabul eder (40).

Çalışmamızda bütün hekimler bazında antibiyotik tercihinin % 72,5 olması akılcı olmayan bir durum olarak değerlendirilebilir. Bunlar arasında branşlara göre değerlendirme yapacak olursak sırasıyla en fazla antibiyotik tercihi oranları KBB % 100, Diğer % 86, Çocuk Uzman Hekimi % 82, Dahiliye % 79, Aile Hekimi % 68

olarak belirlenmiştir. Görüldüğü üzere bu oranların hepsi hem Türkiye’de hem de literatüre göre dünyanın antibiyotik reçeteleme oranlarının çok üzerindedir.

Çalışmamızda da tespit ettiğimiz bu gereksiz antibiyotik kullanımının düzeltilmesi için aile hekimlerinin akılcı rasyonel ilaç kullanımı konusunda regülasyonlar yapması gerekmektedir (41).



Şekil 7.10 Hekim Branşın Göre Reçetelenen Antibiyotik Çeşidi

Ayrıntıları şekil 7.10’da görüldüğü üzere % 22 ile en fazla “amoksisilin + klavulanik asit” reçetelenmiştir. Onun ardından “sefalekssin”, “amoksisilin” ile “klaritromisin”, “sefuroksim” ve şekilde görüldüğü üzere diğer antibiyotikler gelmektedir. Aile hekimleri ve Çocuk Uzman Hekimlerinde tercih edilen antibiyotik çeşidi “amoksisilin + klavulanik asit” olarak göze çarpmaktadır. Aile hekimlerinde “amoksisilin” 2. sıradaki tercih olarak çalışmamızda bulunmuştur.

Reçete Bilgi Sistemi verilerine göre 2011- 2013 yılları arasında aile hekimlerine ait tüm reçetelerde antibiyotik oranının yaklaşık % 35 olduğu tespit edilmiştir. 2013 Yılı için İstanbul’da bu oran % 34,13 olarak tespit edilmiştir. % 41,8

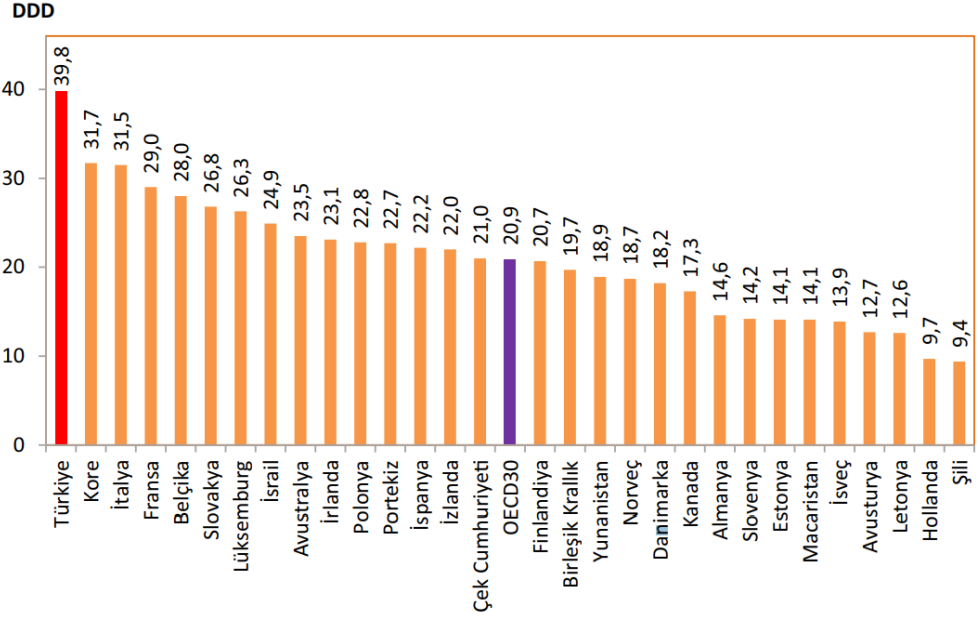
ile İstanbul Sultangazi ilçesinde bu oran en yüksek iken, Şile en düşük orana sahip İstanbul ilçesi olarak tespit edilmiştir (42).

Yine dünyaca ünlü Lancet dergisinde ülkemizdeki antibiyotik kullanımının boyutlarını da yansıtan bir çalışmada 1000 kişiye düşen günlük (DDD -Defined Daily Dose metodolojisine göre) antibiyotik kullanımı ile Ülkemiz en çok antibiyotik kullanan ülke olarak ilk sırayı almıştır. Buna göre İstanbul'da günlük 1000 kişi başında düşen günlük antibiyotik 45,57 iken ülke genelinde bu değer 42,28 olarak tespit edilmiştir. Sırasıyla B-laktam grubu penisilinler (J01) (en çok ko-amoksilav), diğer B-laktam sefalosporinler (J01D), ikinci kuşak sefalosporinler (en çok sefuroksim) vemakrolidler (en çok klaritromisin), üçüncü kuşak kinolonlardanlevofloksasin ve moksifloksasinin kış aylarında diğer kinolonlara göre daha yüksek oranda tüketimi bu çalışmada dikkati çeken hususlar olarak karşımıza çıkmaktadır (43).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 2014 yılı verileri ve OECD Health Data 2017 verilerine göre Türkiye'nin aşağıdaki şekilde Defined Daily Dose (DDD) yani günlük 1000 kişi başına düşen doza göre günlük antibiyotik tüketimleri ülke verileri görülmektedir. Görüldüğü üzere ülkemiz en akılcı olmayan verilere sahip ülke olarak dikkatleri çekmektedir (44).

Ülkemizde olduğu gibi dünyada gereksiz antibiyotik kullanımı giderek artmaktadır.

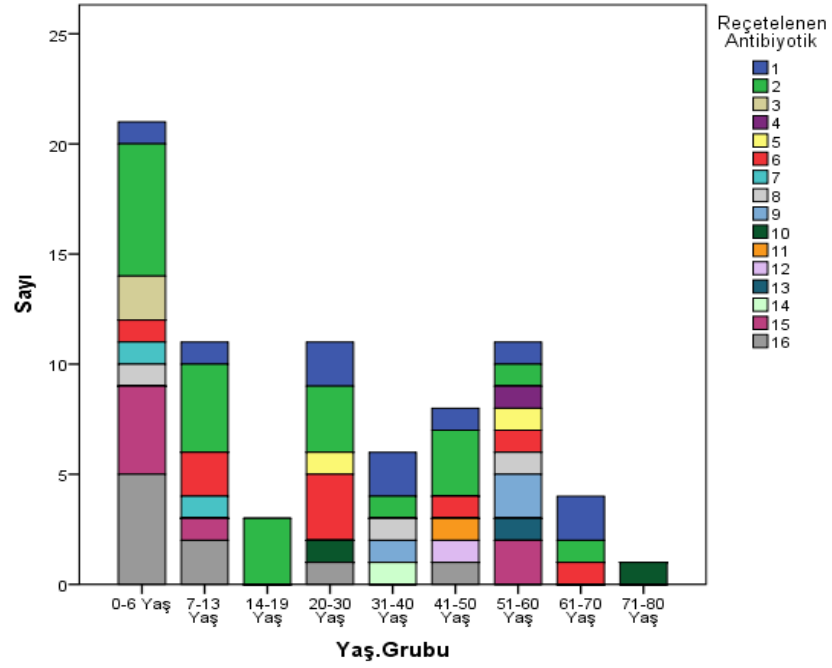
ABD'de aile hekimleri yılda yaklaşık bir milyon adet antibiyotik reçete etmektedir, yukarıda belirtilen sayısal gerilemelere rağmen değerlendirmelerine göre bu miktarın yarısı uygunsuz kullanımdır (45).



Şekil 7.11 Antibiyotik Tüketiminin Uluslararası Karşılaştırması (44).

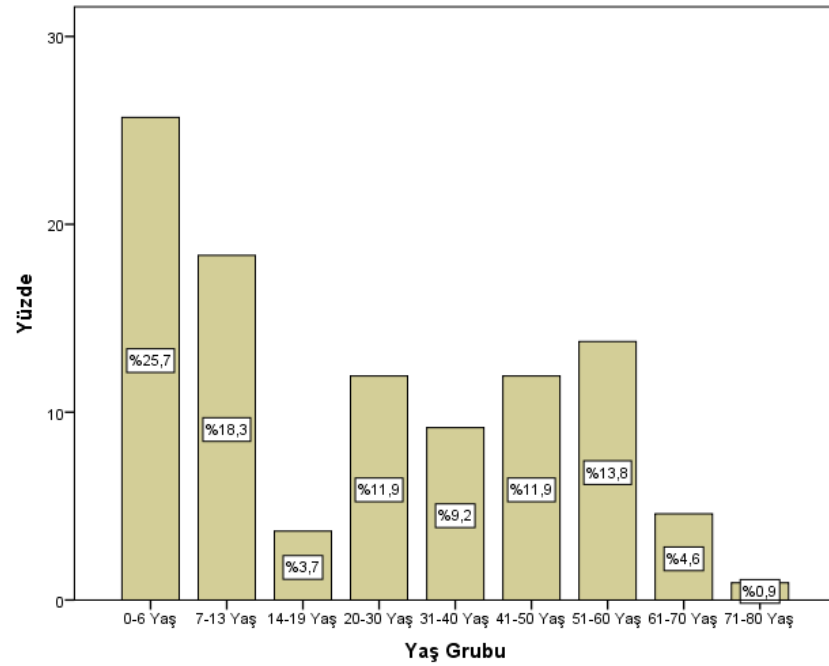
Akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak gereksiz sayıda fazla ilaç kullanımı ve virüs kökenli ÜSYYE’de antibiyotik kullanımı gibi ilaç tedavisinin gerekmediği durumlarda ilaç kullanmak şeklinde sık olarak karşımıza çıktığı yaygın literatürde tanımlanmaktadır (46).

Bazı çalışmalara göre hekime başvuruların % 96,9’unun reçete yazılması ile sonlandığı saptanmıştır. Bazı hanelerde 15,4 dolar ortalama maliyette ilaç 7,11 adet ilaç olduğu ve bu ilaçların % 88,4’ü hekim reçetesiyle alınması literatür ışığında bilinmektedir. Bizim çalışmamıza ışık tutabilecek bir diğer veri de üst solunum yolu enfeksiyonları tanısının % 31 ile açık ara en fazla olmasıdır (47).



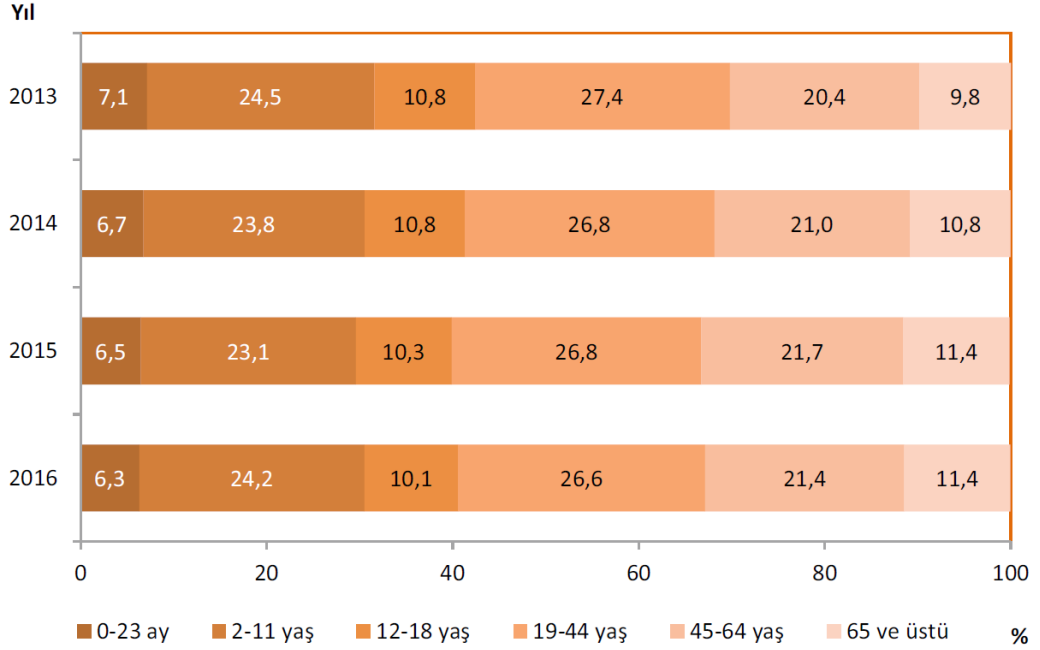
Şekil 7.12 Yaş Gruplarına Göre Reçetelenen Antibiyotik Çeşidi

Yukarıdaki şekilde görüleceği üzere “amoksisilin + klavulanik asit” 71 yaşına kadarki bütün yaş gruplarında reçete edilmiştir.



Şekil 7.13 Yaş Gruplarına Göre Reçetelenen Antibiyotik Dağılımı (%)

Çalışmamızda ÜS YE tanısı alan hastaların reçeteleri incelendiğinde 30 yaşı dahil % 59,6 oranında reçeteleme yapıldığı görülmektedir. Buna 50 yaşı dahil edildiğinde bu oran 68,8 olmaktadır.



Şekil 7.14.Yıllara ve Yaş Grubuna Göre Aile Hekimleri Tarafından Yazılan ve Antibiyotik İçeren Reçetelerin Dağılımı (%) (44).

Türkiye geneli bütün antibiyotiklerde ve ÜS YE teşhisinden bağımsız şekilde 2016 yılında 45 yaşına kadar antibiyotiklerin % 67,2'si reçetelenmiştir.

Risk tonsillofarenjit risk skorlamasına göre ateş>38 C, öksürük olmaması, hassas ön servikal lenfadenopati, tonsillada büyüme veya eksuda ve 3-14 yaş skoru +1; 15-44 yaş skoru 0; 45 yaş ve üstü için bu skor -1 olarak literatürde geçmektedir. Aslında bu hesabı bizim çalışmamıza uyarlamak tam olarak literatüre uygun olmasa da çalışmamız ile Türkiye geneli olan antibiyotiklerin akılcı tüketimi karşılaştırılması hakkında bir fikir vereceğinden kendimize has bir skorlama ile literatürün bu skorlaması birleştirilerek kullanılacaktır. Kesim noktaları farklı olduğundan biz skorlamayı çalışmamızın aleyhine olacak şekilde $\pm$ yaş olarak kabul ederek hesaplamaları yaptık. Özetle bu 14 yaşına kadarki değer ne kadar büyük çıkarsa ve

45 yaş üzeri değer ne kadar küçük çıkarsa akılcı antibiyotik kullanıldığını kabul edebiliriz.

Bu göre çalışmamızdaki yaş gruplarını risk skorlamasına göre değerlendirecek olursak: 0-13 yaş arasında % 25,7+ % 18,3 = % 44*(+1) buna 14-19 yaşını eklesek dahi değer % 47,7; 41-80 yaşları için ise % 11,9+% 13,8+4,6+0,9=31,2*(-1). Benzer bir skorlamayı Türkiye geneli bütün antibiyotik gruplarına uygulayacak olursak 0-18 yaş *% 40,6(+1) ve 45 yaş üzeri -% 32,8* ıkmaktadır.

Çalışmamızda +1 skoru % 44 iken Türkiye geneli bu skor % 40,6 olarak belirlenmiştir. 45 yaş üzeri için bizim -1 skoru % 31,2 olarak kabul hesaplanmış ve Türkiye geneli bu değer 32,8 olarak tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere hesaplamayı çalışmamızın aleyhine kabul ettiğimiz ve çalışmamızın ÜSYE hakkında olmasına karşın- ki tedavisinde antibiyotiklerin yeri çok kısıtlıdır- skorlar birbirine çok yakın görünmektedir. Bu durum çalışmamızda akılcı antibiyotik reetelenmediği hakkında bir başka veri olarak kabul edilebilir.

Bizim çalışmamız da Türkiye'deki bu çalışmaya benzer şekilde olsa da erken yaşlarda daha fazla antibiyotik yazıldığını söyleyebiliriz. Çalışmamızda % 44 reçeteleme oranına 19 yaşında erişilmiş iken Türkiye geneli yapılan çalışmada 18 yaşıyla beraber 40,5 olarak tespit edilmiştir. Yaş gruplarının farklı olması nedeniyle ve teşhislerin Türkiye geneli yapılan çalışmada olmaması nedeniyle tam bir kıyas yapılamaması kısıtlılıklar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu kadar yüksek antibiyotik reçeteleme oranlarını engellemek için mutlaka harekete geçmelidir. Bununla ilgili olarak ülkemizin oranlarının tehlike anlarını aldığı ve önlemler alınması gerektiği ile ilgili Dünya Sağlık rgtnn yaptığı uyarıları içeren makaleler mevcuttur (43).

Bu denli yüksek antibiyotik reçeteleme oranlarını azaltmak için ülkemizde de uygulanan antibiyogram testleri mevcuttur ancak bu oranların yüksek olması bunun yeteri kadar kullanılmadığını akla getirmektedir.

1998 yılında yayımlanan bir çalışmada da benzer bir durum söz konusu olup verilerin kültür antibiyogram test sonuçlarının gözden kaçırıldığını, yanlış yorumlandığı belirtilmektedir (48).

Çalışmamızda aile hekimlerinde antibiyogram testi kullanma oranları % 1,4 iken bütün hekimlerde benzer şekilde bu oran çok düşüktü (% 1,8). Antibiyogram testi kullanma konusunda aile hekimleri ile diğer hekimler arasında bir fark yoktur diyebiliriz.

Çalışmamızda aile hekimlerinin gıda takviyesi önerme oranları % 1,4 iken bütün hekimlerde benzer şekilde bu oran çok düşüktü (% 2,8). Gıda takviyesi önerme konusunda aile hekimleri ile diğer hekimler arasında bir fark yoktur ve gıda takviyesi yeterince önerilmemiştir diyebilir. Bu durum akılcı olmayan bir durum olarak değerlendirilebilir. Çünkü ÜSYE ile ilgili olarak tamamlayıcı tıbbın yeri hem yetişkinler hem de çocuklar için geçerli literatür verileri vardır (37).

Çalışmamızda aile hekimlerinin koruyucu hekimlik uygulama oranları % 5,4 iken geriye kalan diğer bütün hekimlerin hiç koruyucu hekimlik uygulamadığı tespit edilmiştir. Asıl görevleri koruyucu hekimlik olan aile hekimlerinin koruyucu hekimlik konusunda bu kadar isteksiz olması sorgulanmalıdır. Bu durum akılcı olmayan bir durum olarak değerlendirilebilir (37).

Çalışmamızda antibiyotik reçetelenmesi konusunda aile hekimlerine hastalar tarafından yapılan telkin % 2,8 iken geriye kalan diğer hekimlere bu konuda hiç telkinde bulunulmadığı tespit edilmiştir. Bu durum hasta hekim ilişkileri açısından sorgulanmalı akılcı olmayan bir durum olarak değerlendirilebilir. Çünkü doktorun hasta tarafından yönlendirilebildiği doktorun hastanın baskısı altında kaldığı bilinmektedir (30).

Gereksiz antibiyotik reçetelenmesinin sebepleri arasında tanının yeterince güvenli konmaması, hastaya ayrılan sürenin yetersiz olması, ve hastanın telkin konusundaki direnci başta gelen nedenlerdir. Aynı çalışmada % 68 oranında reçetelenen antibiyotiklerin % 80'inin Amerika Ulusal Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin (CDC) rehberlerine uygun olmadığı tespit edilmiştir (45).

Hastaların ancak % 10-47 oranında ilaçlarını bitirdiği, hastaların antibiyotiği % 4-41 oranında evlerinde saklama eğilimlerinin olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Hastalarının uyuncunun kötü olduğu ve bunun nedenleri arasında

antibiyotik kullanma rejiminin süresinin uzun olması, ilaç dozunun tekrar sıklıkları ile alakalı olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (49).

Ülkemizde de yapılan çalışmalar antibiyotik kullanımının bu kadar fazla olmasına karşın ilgili hastalıkların bu denli fazla olması antibiyotik kullanımının akılcı olmadığı konusunda sonuçlar ortaya koymuştur (50).

Pratisyen hekimlerin aile hekimleri ile aynı sayılması ön koşulunu kabul ettiğimizde çalışmamıza benzer şekilde yapılan bazı çalışmalar Çocuk Uzman Hekimlerinin Pratisyen Hekimlere göre daha az antibiyotik reçete ettiğini ortaya koymuştur (51). Halbuki ÜSYE gibi yaygın olan bu tanıda çok nadir karşılaşılan ABGHS haricinde tedavinin sadece semptomatik olmasına yönelik tavsiyeler mevcuttur (52).

Çalışmamızda örneklemimiz, cinsiyete göre ÜSYE açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Hastanın cinsiyetinin, semptomatik tedavi veya ilaç tedavisi sıralamasında etkili olmadığı ve her iki cinsiyette de akılcı olmayan bir şekilde ilaç tedavisinin daha öncelikli uygulandığı ile ülkemizde yapılan çalışmalar mevcuttur (33).

Çalışmamızı yaptığımız ilde yapılan çalışmalara baktığımızda, İstanbul Ümraniye ilçesi sağlık ocaklarında 1999-2000 yıllarında çalışmamıza benzer şekilde ÜSYE tanısıyla yapılan bir çalışmanın antibiyotik reçeteleme oranlarının % 74 olduğu ve penisilin artı B-laktamaz inhibitörlerinin en fazla reçetelendiği görülmüştür (53).

Bizim çalışmamızda ise bu oran geçen % 72,5 olarak tespit edilmiş geçen onca seneye rağmen antibiyotik oranlarının neredeyse aynı kalması çarpıcıdır. Ayrıca teşhisten bağımsız bir şekildeki ülkemizdeki antibiyotik reçeteleme oranının % 39,8 olduğu dikkate alındığında ÜSYE tanısında bu oranın neredeyse iki katına çıkması akılcı olmayan bir durum olarak mutlaka değerlendirilmelidir. Bu veriler de tezimizde belirttiğimiz veriler gibi ÜSYE tanısında antibiyotik kullanımının veya reçetelenmesinin aşırı olduğu ve bunun akılcı olmadığını göstermektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Ebell MH, Lundgren J, Youngpairoj S. 2013. How long does a cough last? Comparing patients' expectations with data from a systematic review of the literature. *Annals of Family Medicine* 11(1):5– 13.
2. World Health Organization (WHO). The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts, Nairobi, 1985.
3. Sağlık Bakanlığı. (2007) “Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu, 22-23 Aralık 2006”. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara.
4. Udomthavornsuk, B.; Tatsanavivat, P.; Patjanasontorn, B.; Khomthong, R.; Bhuripanyo, K.; Saengnipanthkul, S. et al. (1991) “Intervention of Inappropriate Antibiotic Use at a University Teaching Hospital”. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 74(10): 429-436.
5. Al-Ghamdi, S.; Gedebo, M.; Bilal, N.E. (2002) “Nosocomial Infections and Misuse of Antibiotics in a Provincial Community Hospital, Saudi Arabia”. *Journal of Hospital Infection*, 50(2): 115-121.
6. Bilal, N.E.; Gedebo, M.; Al-Ghamdi, S. (2002) “Endemic Nosocomial Infections and Misuse of Antibiotics in a Maternity Hospital in Saudi Arabia”. *Acta Pathologica, Microbiologica et Immunologica Scandinavica*, 110(2): 140-147.
7. Kumarasamy, Y.; Cadwgan, T.; Gillanders, I.A.; Jappy, B.; Laing, R.; Gould, I.M. (2003) “Optimizing Antibiotic Therapy- the Aberdeen Experience”. *Clinical Microbiology and Infection*, 9(5): 406-411.
8. Hsiao CJ, Cherry DK, Beatty PC, Rechtsteiner EA. National ambulatory medical care survey: 2007 summary. *Natl Health Stat Rep*. 2010;27:1–32
9. Little P. 2005. Delayed prescribing of antibiotics for upper respiratory tract infection: With clear guidance to patients and parents it seems to be safe. *BMJ* 331(7512):301– 302.
10. Freeman TR, McWhinney's textbook of family medicine. p.335-361, 4th ed. New York: Oxford,2016

11. İnci E. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi. Solunum yolu enfeksiyonlarında semptomatik tedavi. No:61 Şubat 2008; s. 49-66
12. Dereköy S, Güçlü O. Üst solunum yolu enfeksiyonları. Klinik Tıp Solunum Aktüel.2014;10(1):1-12.
13. Anatomy of the respiratory system. <https://adrenalfatiguesolution.com/anatomy-of-the-respiratory-system/> (erişim tarihi:01.06.2018)
14. Solunum sistemi fizyolojisi. <https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/SOLUNUM-S%20STEM%20F%20ZYOLOJ%20S%20B%209.pdf> (erişim tarihi: 01.06.2018)
15. Solunum sistemi fizyolojisi. https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/8351/mod_resource/content/1/9.Solunum%20fizyolojisi.pdf
16. Solunum sistemi. T.C Milli Eğitim Bakanlığı, Alanlar Ortak 720S00031, p.1-44. Ankara,2011http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/solunum%20sistemi.pdf(erişim tarihi: 01.06.2018)
17. Systema Respiratorium. <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=16808>(erişim tarihi: 01.06.2018)
18. Özlü T, Özçelik U, Köksal İ. Erişkin ve Çocuklarda Solunum Sistemi Enfeksiyonları. p.1-33, 1st ed.İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., 2014
19. Respiratory system. http://www.brainkart.com/article/Anatomy-of-the-Respiratory-System_21909/(erişim tarihi: 01.06.2018)
20. How to lungs work.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0090029/>(erişim tarihi: 01.06.2018)
21. Solunum sistemi anatomisi.https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/2938/mod_resource/co

[ntent/0/7.% 20ve% 208.% 20Hafta% 20Solunum% 20sistemi% 20anatomisi.pdf](#)(erişim tarihi: 01.06.2018)

22. Çiçek C, Arslan A, Karakuş HS, Yalaz M, Saz EU, Pullukçu H, Çok G. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu Olan Hastalarda Solunum Viruslarının Prevalansı ve Mevsimsel Dağılımı, 2002-2014. Mikrobiyol Bul. 49(2): 188-200, 2015
23. Leblebicioğlu H. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları. Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Erişkinde Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlar Sempozyum Dizisi; No:31 Kasım 2002; s.167-182
24. Katırcıoğlu S. KBB enfeksiyonlarında güncel tedavi. TTB Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 9(3),2000
25. Solunum sistemi sorunu olan çocuk ve bakımı
<http://80.251.40.59/sports.ankara.edu.tr/koz/fizyoloji/solunum.pdf>
26. Yavuz H, Çakmak Ö. Otitis Media. TTB Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 9(3),2000
27. National Ambulatory Medical Survey (NAMCS). 2010. Summary Table.
[http:// www.cdc.gov](http://www.cdc.gov).
28. Çakmak N. <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-turk-halki-doktora-neden-bu-kadar-sik-gidiyor-11-681-64792.html>
29. Ostbye T, Yarnell KSH, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. 2005. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? Annals of Family Medicine 3(3):209– 214.
30. Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni Cilt 1; Sayı 3; Aralık 2014.
31. World Health Organization (WHO). 2011. The Top Ten Causes of Death.
[http:// www. who.int/ mediacentre/ factsheets/ fs310/ en/ index1.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index1.html).
32. Jemmott JB, Locke SE. 1984. Psychological factors, immunologic mediation and human susceptibility to infectious diseases: How much do we know? Psychological Bulletin 95:78.
33. Akbulut H, Konya İl Merkezinde Bulunan Sağlık Kurumlarında Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Teşhisi İle Düzenlenen Reçetelerin Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi. S.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya 2008.

34. Chow, A. W., Benninger, M. S., Brook, I., Brozek, J. L., Goldstein, E. J. C., Hicks, L. A., ... Jr, T. M. F. (2012). Idsa Guidelines IDSA Clinical Practice Guideline for Acute Bacterial Rhinosinusitis in Children and Adults. <http://doi.org/10.1093/cid/cir1043>
35. Snellman L, Adams W, Anderson G, Godfrey A, Gravley A, Johnson K, Marshall P, Myers C, Nesse R, Short S. Institute for clinical systems improvement. Diagnosis and treatment of respiratory illness in children and adults. <http://bit.ly/RespIll>. Updated Jan 2013
36. Salama TG, Amin A, Brunton SA, File TM, Milkovich G, Rodvold KA, et al. A clinician's guide to the appropriate and accurate use of antibiotics: the Council for Appropriate and Rational Antibiotic Therapy (CARAT) criteria. *The American Journal of Medicine*. 2005; 118 (7A):1-6
37. Fashner J, Ericson K, Werner S. Treatment of the common cold in children and adults. *Am Fam Physician*. 2012;86(2):153–9.
38. Straand J, Rokstad KS, Sandvik H. Prescribing Systemic Antibiotics in General Practice A Report From The More & Romsdal Prescription Study. *Scand J Prim Health Care*. 1998;16: 121-7
39. Bulut YE, Çıtlı R, Yalın A. Aile Hekimliği uygulamasında hekim hareketliliği: Tokat ili örneği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2017;21(3): 101–108. <https://doi.org/10.15511/tahd.17.00301>
40. Rakel RE. *Essentials of Family Medicine. Textbook of Family Practice*. 9th Edition. WB Saunders Company, Philadelphia 2016; p:1-180
41. Vaananen MH, Pietila K, Airaksinen M. Self-medication With Antibiotics- Does It Really Happen in Europe?, *Health Policy*. 2005
42. Aksoy M. Verilerle antibiyotik kullanımı. *İstanbul Sağlık Müdürlüğü İstanbul Akılcı İlaç Kullanımı ve Farkındalık Sempozyumu Kitapçığı*, p.11-12. 2014 Kas 19, İstanbul T.C, Renk Matbaası, 2015.
43. Versporten, A., Bolokhovets, G., Ghazaryan, L., Abilova, V., Pyshnik, G., Spasojevic, T., ... Goossens, H. (2014). Antibiotic use in eastern Europe: a cross-national database study in coordination with the WHO Regional Office for Europe. *The Lancet. Infectious Diseases*, 14(5), 381–387. [http://doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70071-4](http://doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70071-4)

44. Bora Başara B, Güler C, Soytutan Çağlar İ, Özdemir TA, Köse Mr, Aygün A, Uzun SB, Yentür GK, Pekeriçli A, Birge Kayış B, Aydoğan Kılıç D, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2017
45. Gums JG. Redefining Appropriate Use of Antibiotics. Amercan Family Physican.2004;69 (1):35-7
46. Keklik K. Akılcı ilaç kullanımı. Elazığ il sağlık müdürlüğü bildirisi.2005; 316
47. Erengin H, Dönmez L, Özütürk B, Aydın G. Antalya Kent Merkezinde İki Sağlık Ocağında Reçete Maliyetleri ve Bazı Özellikler. Türkiye Tıp Dergisi.2003;10(1): 14-20.
48. Karın H, Stenberg P, Rametsteiner G, Ranstam J, Hanson BS and Melander A. Socioeconomic Factors, Morbidity and Drug Utilization-An Ecological Study. Pharmacoepidemiology and Drug Safety.1998; 7:261-7
49. Kardas P, Devine S, Golembesky A, Roberts C. A Systematic Review and Meta-Analysis of Misuse of Antibiotic Therapies in the Community, Journal of Antimicrobial Agents.2005; 26: 106-13
50. Akkan G. Klinikte antibiyotik kullanımı. İ.Ü Farmakoloji ve klinik farmakoloji anabilim dalı. 2005:1581-599
51. Arnold SR, Mcisaac W, Wang E. Antibiotic prescribing for upper respiratory tract infection: The importance of diagnostic uncertainty. The Journal of Pediatrics.2005;146,2: 222-6
52. Mutlu B. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarında Güncel Yaklaşımlar.12.Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi Konuşmacı Özetleri. 25-6. Kasım 2005 Antalya
53. Baytemür M. Akılcı Antibiyotik Kullanımında Birinci Basamakta Sorunlar.Ankem Dergisi.2005; 19(2): 182-4

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Kamil	Soyadı	Güdük
Doğum Yeri	Şişli	Doğum Tarihi	05/07/1974
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E-mail	merhumguduk@hotmail.com	Tel	0532-6379960

Eğitim Düzey

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	1997
Lise	Kabataş Erkek Lisesi	1991

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Eczacı	Özgü Eczanesi	1998- halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	60,6	57,6	52,8
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi Program	Kullanma Becerisi
Botanik	Çok iyi
Microsoft Office	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin