



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANKARA İLİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
GÖREV YAPMAKTA OLAN AİLE HEKİMLERİNİN TIBBİ
OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLERLE İLGİLİ
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mehmet FIRINCI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ANKARA İLİNDEKİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE
GÖREV YAPMAKTA OLAN AİLE HEKİMLERİNİN TIBBİ
OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLERLE İLGİLİ
BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Mehmet FIRINCI

Tez Danışmanı:

Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimiz süresince kıymetli bilgi ve tecrübelerini özveriyle bizimle paylaşan saygıdeğer hocamız Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e ve desteklerini esirgmeden eğitimimize katkı sağlayan Doç. Dr. İsmail ARSLAN'a,

Tez çalışmamda başından itibaren her aşamasında yanımda olan ve yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer tez danışmanım Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACI'ye,

Rotasyonlarım esnasında eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarıma ve asistanlık sürem boyunca yanımda olan asistan arkadaşlarıma,

Destegini, duasını ve sevgisini daima yanımda hissettiğim sevgili eşim Emine ve canım kızlarım Gökçe ve Gülce'ye,

Daima her konuda bana destek olan ve dualarını hiç esirgemeyen annem, babam ve kardeşlerime,

Saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet FIRINCI

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLER.....	3
2.1.1. Tanım ve Terminoloji	3
2.1.2. Etiyoloji	6
2.1.3. Epidemiyoloji	8
2.2. TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLER	
KLİNİK MODELLERİ	10
2.2.1. Ayrışma Modeli	10
2.2.3. Somatizasyon ve Bilişsel Davranış Modeli	11
2.2.4. Algısal İşleme Modeli.....	13
2.2.5. Bütünleştirici Model	14
2.3. TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLER İLE	
İLİŞKİLİ SENDROMLAR	14
2.3.1. İrritabl Barsak Sendromu.....	15
2.3.2. Kronik Yorgunluk Sendromu	15
2.3.3. Fibromiyalji	16
2.3.4. Kronik Pelvik Ağrı	17
2.3.5. Non Kardiyak Göğüs Ağrısı	17
2.3.6. Kronik Hiperventilasyon Sendromu	18
2.3.7. Huzursuz Bacak Sendromu	18
2.4. TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLERİN	
TEDAVİSİ.....	19

3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ	25
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	25
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	25
3.4. ARAŞTIRMAYA DÂHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	25
3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	25
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI, YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI	26
3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ YÖNTEMİ.....	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	41
6. SONUÇ	46
7. KAYNAKLAR	47
8. ÖZGEÇMİŞ	58
9. EKLER.....	59
EK-1. ÇALIŞMA İZNİ	59
EK-2. ETİK KURUL ONAYI	61
EK-3. ANKET FORMU	62

KISALTMALAR

ACR	: Amerikan Romatoloji Derneği (American College of Rheumatology)
AH	: Aile Hekimi
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BPS	: Biyopsikososyal
CDC	: Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease: Control and Prevention)
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FM	: Fibromiyalji
GİS	: Gastrointestinal Sistem
HBS	: Huzursuz Bacak Sendromu
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases)
İBS	: İritabl Barsak Sendromu
KHVS	: Kronik Hiperventilasyon Sendromu
KPA	: Kronik Pelvik Ağrı
KYS	: Kronik Yorgunluk Sendromu
NKGA	: Non Kardiyak Göğüs Ağrısı
SAHU	: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi
TAB	: Tıbbi Olarak Açıklanamayan Belirtiler
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Birliği (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physician)

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1.	Somatoform bozuklukların DSM ve ICD sınıflandırması.....	6
Tablo 2.2.	Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilgili sendromlar.....	14
Tablo 2.3.	Tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri anlama, belirsizliği yönetme, hastanın güçlü yönlerini geliştirme.....	22
Tablo 4.1.	Katılımcıların yaş, cinsiyet ve medeni durum özellikleri	27
Tablo 4.2.	Aile hekimlerinin çalıştıkları birime ait özellikler.....	28
Tablo 4.3.	Hastaların aynı belirtilerle tekrar başvurma sıklığı.....	28
Tablo 4.4.	Eğitim alma durumu ve isteği	29
Tablo 4.5.	Hekimlerin tıbbi olarak açıklanamayan olarak değerlendirdiği belirtiler.....	30
Tablo 4.6.	Sık karşılaşılan ilişkili durum ve sendromlar	31
Tablo 4.7.	Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	32
Tablo 4.8.	Katılımcıların tutum sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	34
Tablo 4.9.	Katılımcıların davranış sorularına verdikleri yanıtların dağılımı	35
Tablo 4.10.	Daha önce eğitim alma durumuna göre aile hekimlerinin bildirdiği belirtilerin karşılaştırılması	36
Tablo 4.11.	Hekimlerin eğitim alma durumuna göre sık karşılaşılan tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile ilişkili durumların karşılaştırılması	37
Tablo 4.12.	Hekimlerin eğitim durumlarına göre tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilişkili görüşlerinin karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.13.	Hekimlerin eğitim durumlarına göre tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle başvuran hastalara karşı tutum ve davranışların karşılaştırılması	40

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ve somatik bozukluklar	5
Şekil 2.2. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin patogenezi	7
Şekil 2.3. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin yönetim stratejileri ve sonuçları	20
Şekil 4.1. Hastaların aynı belirtilerle tekrar başvurma sıklığı	29



ÖZET

Amaç: Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır. Çalışma 20 Nisan 2023 ve 20 Haziran 2023 tarihleri arasında Ankara ilinde yapılmıştır. Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan 397 aile hekimi gönüllülük esası ile çalışmaya katıldı. Katılımcılara sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği soruları içeren anket formu yüz yüze uygulandı. Verilerin analizinde IBM SPSS-20 programı kullanılmıştır ve $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 397 aile hekiminin yaş ortalaması $45,2\pm9,5$ olarak bulundu ve %42,3'ü kadın, %57,7'si erkekti. Aile hekimlerinin %20,2'si uzman, %69,0'ı sözleşmeli aile hekimi ve %10,8'i sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi olarak belirlendi. Hekimlerin, hastalarının %10,1'inin çok sık, %40,1'inin sık, %44,6'sının ara sıra ve %5,3'ünün nadiren aynı belirtilerle tekrar başvurduğunu belirtti. Katılımcılar %66 yorgunluk, %63,5 kırgınlık, %56,5 şişkinlik, %53,9 yaygın vücut ağrısı belirtilerine açıklama bulamadıklarını ifade ettiler. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilişkili durumlardan %77,1'i fibromiyalji, %74,8'i kronik yorgunluk sendromu ile karşılaştığını ifade etti. Aile hekimlerinin %54,2'si tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile başvuru yapan hastalarına davranış terapisi önerirken, %74,9'u belirtileri hafifletecek ilaç reçete ettiğini, %40,6'sı geleneksel alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemleri önerdiğini, %65,5'i ise üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ettiğini bildirmiştir.

Sonuç: Çalışmamızın sonucu ile aile hekimlerinin tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri tanımlama, etkin bir şekilde müdahale etme, doğru yaklaşımla tedavi etme konusunda orta düzeyde bilgileri olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, birinci basamak, tıbbi olarak açıklanamayan belirti.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BEHAVIORS OF FAMILY PHYSICIANS WORKING IN FAMILY HEALTH CENTERS IN ANKARA PROVINCE REGARDING MEDICALLY UNEXPLAINED SYMPTOMS

Objective: To evaluate the knowledge, attitudes and behaviours of family physicians working in family health centres in Ankara province about medically unexplained symptoms.

Materials and Method: This study is a cross-sectional, descriptive survey. The study was conducted in Ankara between 20 April 2023 and 20 June 2023. A total of 397 family physicians working in family health centres in Ankara participated in the study voluntarily. A questionnaire form including questions about sociodemographic and occupational characteristics and knowledge, attitudes and behaviours about medically unexplained symptoms was applied to the participants face-to-face. IBM SPSS-20 programme was used to analyse the data and $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The mean age of 397 family physicians who participated in the study was 45.2 ± 9.5 years and 42.3% were female and 57.7% were male. Of the family physicians, 20.2% were specialists, 69.0% were contracted family physicians and 10.8% were contracted family medicine speciality students. The physicians stated that 10.1% of their patients presented very frequently, 40.1% frequently, 44.6% occasionally and 5.3% rarely with the same symptoms. The participants stated that they could not find an explanation for 66% fatigue, 63.5% malaise, 56.5% bloating, 53.9% widespread body pain symptoms. 77.1% stated that fibromyalgia and 74.8% stated that chronic fatigue syndrome were encountered among the conditions associated with medically unexplained symptoms. While 54.2% of family physicians recommended behavioural therapy to their patients presenting with medically unexplained symptoms, 74.9% prescribed medication to alleviate symptoms, 40.6% recommended traditional alternative and complementary medicine methods, and 65.5% referred to a higher level health institution.

Conclusion: The results of our study show that family physicians have a moderate level of knowledge about defining medically unexplained symptoms, intervening effectively and treating them with the right approach.

Keywords: Family physician, primary care, medically unexplained symptom.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler (TAB), yeterli fizik muayene ve incelemelerden sonra organik nedenlerle açıklanamayan geniş bir fiziksel belirti yelpazesini ifade eder (1). TAB epidemiyolojik verileri sağlık hizmetleri basamakları arasında da farklılık göstermekte olup, birinci basamak sağlık hizmetleri ortamlarında %10-%30, hastane tabanlı bakımda ise %35-%53 arasında bir prevalans bildirilmiştir (2). TAB etiyojisinin karmaşık olduğu ve yaşam deneyimleri, sağlık hizmeti inançları, kişilik, doktor hasta ilişkisi ve fizyoloji dâhil olmak üzere çok sayıda olası faktörün etkileşiminden kaynaklandığı giderek daha fazla kabul görmektedir (3).

Hastalar açıklanamayan belirtileri nedeniyle sıklıkla stres, sıkıntı ve endişe yaşarlar. Endişelerinin doktorları tarafından ciddiye alınmadığını hissettiklerini ve bunun da fiziksel belirtilerinin şiddetini artırdığını ifade ederler (4). Yeterince açıklanamayan belirtilerle ilişkili anksiyete hastaların hekimlerine sık başvurmalarına yol açabilir. Ayrıca, tetkikler ve uzman görüşleri için potansiyel olarak uygunsuz sevkler veya hem hasta hem de sağlık hizmeti için maliyetli olan alternatif tedavilerin aranması da söz konusudur (5). Hastaların belirtilerinin nedenini bulmak amacıyla uygunsuz araştırmaların peşine düşmek hastaya önemli zararlar verebilir. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile başa çıkmada duygusal desteğin kökenleri ve buna duyulan ihtiyaç, yalnızca fiziksel belirtilere odaklanabilen veya kişi merkezli yaklaşım yapmayan doktorlar tarafından genellikle göz ardı edilmektedir(6).

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtili hastalar için bakımın merkezi birinci basamaktır (7). Dahası, birinci basamaktaki hekimlerin kendileri de bu konumu sahiplenmekte ve TAB'lı hastaların yönetiminde en önemli birim olarak kalmaları gerektiğini belirtmektedir (8). Bununla birlikte, birinci basamaktaki hekimler uygulamada TAB'lı hastaları zor olarak değerlendirdikleri için bu hastaların bakımından genellikle rahatsızlık duymaktadırlar (9). Belirtilerin hastalara açıklanması muayenenin önemli bir parçasıdır. TAB'ın nedenleri tam olarak anlaşılamadığı için hekimler hastaya rahatsızlıklarını açıklamakta birçok zorluk yaşamaktadır (10). Hollanda'da yapılan bir çalışmada TAB muayenelerinde,

muayene süresinin yaklaşık beşte birinin hastaya açıklama yapmaya harcandığı bildirilmiştir (11).

Hasta yoğunluğu nedeni ile gözden kaçan, farklı tanılar nedeniyle yanlış tedaviler verilen, ancak birinci basamakta ayrıntılı hikâye, fizik muayene ve uygun yaklaşımla kolayca tanınabilecek TAB'a dikkat çekmek için bir çalışma planladık. Aile hekimlerinin TAB konusunda bilgi, beceri ve tutumlarının tespit edilmesi ve ortaya çıkan sonuçlar ışığında dinamik eğitim stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunabilmek amaçlarımız arasındaydı. Aile hekimlerinin TAB hakkındaki görüşlerini belirlemek ve uygulamada neler yapabildiklerini araştıran bu çalışmadan elde edilen verilerle hasta hekim arasındaki ilişkinin daha kolay hale gelmesinin sağlanabileceği düşünülmektedir. Sürdürülebilir bir birinci basamak sağlık hizmeti hasta ve hekimin ortak sorumluluğunu gerektirmektedir. Bu süreçlerin ve sorumlulukların araştırma ve çalışmalarla irdelenmesi gerekliliği oldukça açıktır.

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan hastaları erken tanılayabilmek, tedavisini zamanında yapmak, gerekli konsültasyon zamanını belirleyebilmek ve maliyetleri azaltmak için; kolay, etkili kullanılabilen, aile hekimliğinde benimsenebilecek yerel, güvenilir, geçerli ve uygulanabilir TAB kılavuzlarının oluşturulmasına dikkat çekmek istedik.

Belirtilerine aile sağlığı merkezlerinde yeterli açıklama bulamayan TAB hastalarının birçoğunun üst basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yapması hem sağlık hizmetlerinin yükünü artırmakta hem de hastaların iş gücü kaybına neden olmaktadır. Bu nedenle birinci basamakta aile hekimlerinin TAB yönetimleri önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLER

2.1.1. Tanım ve Terminoloji

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler (TAB) hastaların fiziksel hastalık veya gözlemlenebilir biyomedikal patoloji ile yeterince açıklanamayan kalıcı fiziksel belirtilerini tanımlamak için kullanılan terimdir (12). TAB'ın en yaygın tanımlarından biri, bir hastanın fiziksel belirtiler yaşadığı ve vücudunda semptomları açıklayacak herhangi bir hastalık veya sorunun bulunamadığı durumdur (13). Birinci basamakta TAB, sağlık çalışanları tarafından, organik hastalık olasılığı düşük olan işlev bozukluğu yapan bir dizi belirti için bir çalışma hipotezi olarak görüldüğü öne sürülmüştür (14). Genellikle TAB sıkıntı veren ve bireyin işlevselliğini bozan kalıcı açıklanamayan bedensel şikâyetleri tanımlar (15).TAB organların veya vücut bölümlerinin işlevsel bozukluğu, ağrı, rahatsızlık veya yorgunluk gibi bir dizi belirtiyi kapsar. Açıklanamayan birçok belirti TAB olarak isimlendirmek yerine farklı uzmanlık alanlarında sendrom veya bozukluk olarak adlandırılır. TAB tanımlamaları arasındaki örtüşmeler ve komorbidite, kesin verilerin elde edilmesini zorlaştırmaktadır (16).

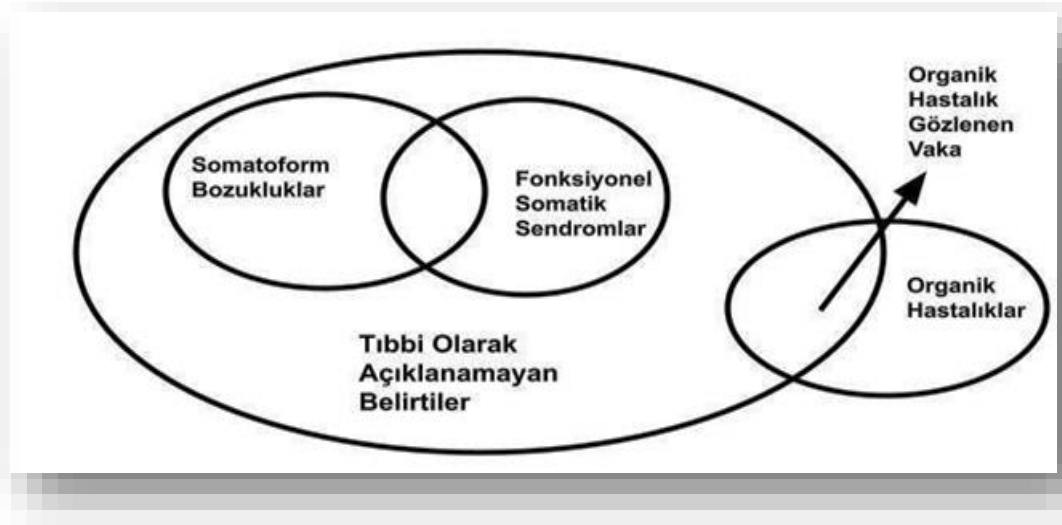
“Belirsiz rahatsızlık”, “hastalık olmaksızın görülen belirti”, “tanı konulamayan belirtiler”, ya da “sınıflandırılmayan rahatsızlıklar” gibi terminolojisi olan TAB hem hastalar hem de doktorlar için tanımlanması problem olmaktadır (17). İşlevsel, bedensel ya da ayrışma gibi tanımlarda TAB için kullanılabilmektedir. Farklı tıp disiplinlerinde bu belirtileri karşılayan isimlendirilmeler kullanılmaktadır: irritabl barsak sendromu, fibromyalji ya da huzursuz bacak sendromu gibi. Belirtileri tıbbi olarak açıklanamayan şeklinde isimlendirmenin hastalar tarafından olumsuz bir biçimde algılanabileceği endişesi, farklı isimleri gündeme getirmiştir. Bu terimlerinden biri olan “kalıcı fiziksel belirtiler” son zamanlarda daha çok kabul görmeye başlamıştır. Bu terim TAB ile benzer belirtileri tanımlasa da tam olarak birbirinin aynısı değildir. Bu terim organik ve psikiyatrik rahatsızlıkların arasında kalmaktadır. Tedavide karşılaşılan zorlukların çoğu da tıbbi sınırları belirsizleştiren

bu belirtileri, farklı uzmanlık dallarının bakış açısından yönetmeye çalışmaktan meydana gelmektedir (18).

Tıp bilimindeki giderek artan hızlı ilerlemelere rağmen, açıklanamayan olarak tanımlanan belirtiler ve bozukluklar yaygın olmaya devam etmektedir (19). Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, birinci basamakta görülen hastaların %49 kadarının tıbbi olarak açıklanamayan en az bir belirti yaşadığı ve %34 kadarının somatoform bozukluk kriterlerini karşılayacağı sonucuna varmıştır (20). Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler terimi, psikanalitik teoriden türeyen ve psikolojik sıkıntının fiziksel semptomlarla ifade edilmesini ima eden somatizasyon kavramının üstesinden gelmek için ortaya atılmıştır (1).

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin sıklıkla depresyon ve anksiyete belirtileriyle birlikte ortaya çıktığı, ancak psikiyatrik rahatsızlıklarla mutlaka örtüşmediği kabul edilmiştir. Literatürde isimlendirmesi ve klinik formlarını içeren çok sayıda çalışma olmasına rağmen TAB teşhis sınıflamalarında tam olarak yer alamamıştır.

Somatizasyon, fiziksel faktörlerin varlığına veya yokluğuna bakılmaksızın, psikolojik faktörlerden veya psikolojik faktörlerin toplamından kaynaklanan ve tıbbi yardım gerektiren bir belirtidir (21). Bu tür somatizasyon, somatoform bozuklukları ve fonksiyonel somatik belirtilerin yanı sıra bir savunma mekanizması olarak somatizasyonu da içerir. 1990'larda, kalıcı fiziksel belirtiler gösteren ve tıbbi olarak açıklanabilir bir klinik durumla karşılaştırıldığında şiddetli ağrı ve ciddi bozukluklar sunan bir grup hastalık tanımlanmış TAB olarak adlandırılmıştır. Barsky 1999 yılında bu grup hastalıkların belirtilerini fonksiyonel somatik sendromlar olarak tanımlamıştır (22) (Şekil 2.1).



Şekil 2.1. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ve somatik bozukluklar (23)

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler DSM-IV’te somatoform bozukluklar içinde yer alırken DSM-V’den çıkarılmıştır. Klinik bir durum olarak farklı uzmanlık alanlarında farklı isimlendirmeler kullanılsa da terim olarak tanı kılavuzlarında ayrı bir kategori olarak yer almamaktadır. İnsan fizyolojisini ve hastalıkları incelemek için geliştirilen giderek daha güçlü ve karmaşık hale gelen bilimsel yöntemlere duyulan güven arttıkça, anlayış alanımızın dışında kalan tam olarak açıklayamadığımız belirtileri tanımlamak için yeni tanımlar ve terminoloji kullanılmıştır. Psikosomatik, somatoform, fonksiyonel durumlar veya TAB bunlardan sadece bazılarıdır. DSM ve ICD somatoform bozukluklara odaklanırken TAB’dan uzaklaşmaktadır (Tablo 2.1).

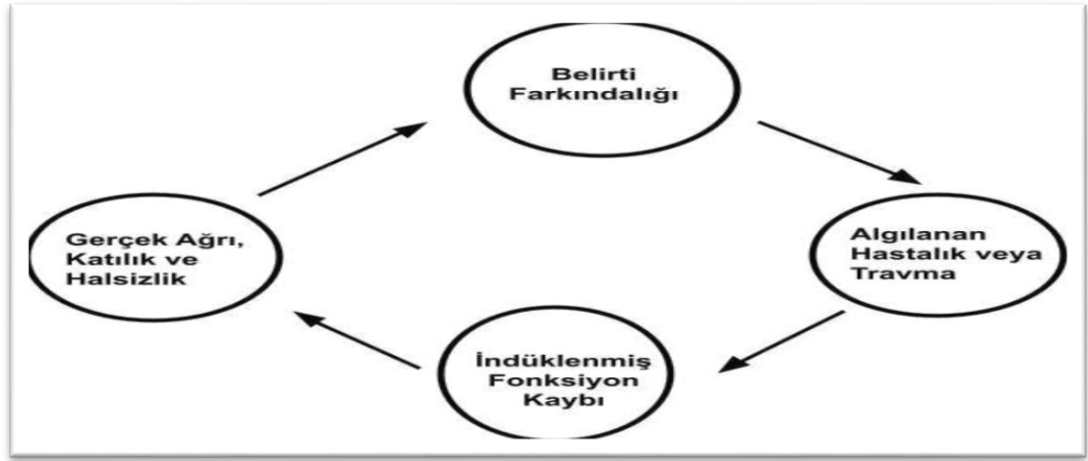
Tablo 2.1. Somatoform bozuklukların DSM ve ICD sınıflandırması (24)

DSM IV Somatoform Bozukluklar	ICD 10 Somatoform Bozukluklar
Somatizasyon bozukluğu Farklılaşmamış somatoform bozukluk Konversiyon Bozukluğu Ağrı bozukluğu Hipokondriasis Vücut dismorfik bozukluğu	Somatizasyon bozukluğu Farklılaşmamış somatizasyon bozukluğu Hipokondriyak bozukluk Somatoform otonomik disfonksiyon Kalıcı ağrı bozukluğu Diğer somatoform bozukluklar Somatoform bozukluk, tanımlanmamış
DSM V Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar	ICD 11 Bedensel Endişe Ve Bedensel Deneyim Bozuklukları
Bedensel Belirti Bozukluğu Hastalık Kaygısı Bozukluğu Dönüştürme (Konversiyon) Bozukluğu Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler Yapay Bozukluk Tanımlanmış Diğer Bir Bedensel Belirti Bozukluğu ve İlişkili Bozukluk	Bedensel Endişe Bozukluğu Beden Bütünlüğü Disforisi Bedensel Endişe ve Bedensel Deneyimin Diğer Tanımlanmış Bozuklukları Bedensel Endişe ve Bedensel Deneyimin Diğer Tanımlanmamış Bozuklukları

Hastaların tıbbi bakım aradığı fakat açıklama bulunamayan tüm belirtileri içeren birçok durumda TAB terimi kullanılabilir. Bu terim tıbbi olarak mevcut olan ama açıklanamayan vakalar, tıbbi olarak nedenleri olan ancak kendini sınırlayan prognozu iyi durumlar ve asıl tetikleyicinin psikososyal stres olan olguları kapsamaktadır. Net olmayan bu tanımlar hem klinikte hem de bilimsel çalışmalarda bu grubu hangi durumların kapsayacağı ile ilgili karışıklığa neden olmaktadır. Bu nedenle görülme sıklığı oranları da TAB için oldukça farklılık göstermektedir. TAB, genel özellikleri, etiyolojisi ve tedavisinin belirsiz olduğu düşünülen sağlık koşullarını kategorize etmek için kullanılan bir terimdir (25).

2.1.2. Etiyoloji

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin nasıl geliştiğine dair en ikna edici modeller çok faktörlü bir yaklaşım benimsemektedir. Birçok çalışma açıklanamayan belirtilerin etiyolojini hastalıkları açıklamada yaygın olan biyopsikososyal model ile yapılmaktadır. Psikodinamik formülasyonu, çözülmemiş duygusal çatışmaların bedensel dış vurumu olarak yapılan TAB etiyolojisinde bilişsel davranışçı yaklaşımlar daha ağırlıklı olarak yer almıştır (26). TAB gelişimi hastalığın oluşmasına zemin hazırlayan predispozan faktörler ve devamını sağlayan faktörler açısından incelenmiştir.



Şekil 2.2. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin patogenezi (28)

Genetik, çocukluk erken dönem deneyimleri ve nevrozizm zemin hazırlayan etkenlerdir. Çocukluk döneminde ebeveynlerin hastalık öyküsünün TAB gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir ancak bu artmış riskin genetik olarak mı yoksa öğrenilmiş hastalık davranışı üzerinden mi oluştuğu belirsizdir ve yaygın görüş bu ikisinin birlikte rol oynadığı üzerinedir. TAB ile çocukluk döneminde maruz kalınan istismarın da ilişkili olduğu gösterilmiştir (27). Çocukluk döneminde ebeveynlerin hasta olması; çocukluk döneminde hastalık; çocuklukta yaşanan sıkıntılar ve istismar; kişilik özellikleri; uzun süreli bir rahatsızlığa sahip olmak ve ailede uzun süreli rahatsızlığı olan birinin bulunması yer TAB etiolojinde yer almaktadır. Genellikle bir tetikleyici vardır fakat bu her zaman şart değildir (Şekil 2.2). Bu bir enfeksiyon, fiziksel bir hastalık veya travma, psikososyal bir stres faktörü veya tekrarlanan stres faktörleri olabilir. Genellikle hem fiziksel hem de psikososyal stres faktörleri TAB'ın başlangıcından önce gelir. Bir de belirtilerin devam etmesini sağlayan sürdürücü faktörler vardır. Bunlar dört gruba ayrılabilir (27).

Fizyolojik: Otonomik düzensizlik, merkezi hassasiyet, hipotalamik hipofiz adrenal eksen disfonksiyonu ve uyku bozukluğu.

Sosyal: Rol kaybı ve tıbbi belirsizlik.

Bilişsel: Semptomların felaket derecesinde yanlış değerlendirilmesi, semptomlara odaklanma ve belirsizliğe tahammülsüzlük.

Davranışsal: Kaçınma davranışı, 'ya hep ya hiç' davranışları ve kötü uyku hijyeni.

Başka bir model, beyni pasif bir şekilde vücuttan duyuşal girdi beklemek yerine aktif olarak tahminler veya çıkarımlar yapan bir organ olarak tanımlamaktadır (29). Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler beklentilerin, bilişin ve duyguların semptom algısında rol oynadığı çıkarım başarısızlıklarından kaynaklandığını öne sürer. Artık TAB'ın çeşitli fizyolojik süreçlerin dahil olduğu kabul edilmektedir. Otonom sinir sistemi düzensizliğinin rol oynadığına dair kanıtlar giderek artmaktadır. Örneğin, yakın zamanda yapılan bir meta analizde, TAB hastaları ile sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında kalp atış hızı değişkenliğinde farklılıklar bulunmuştur (30). Merkezi duyarlılaşma da TAB için ortak bir fizyolojik temel olarak önerilmiştir (31). Diğer hipotezler arasında immün fonksiyon bozukluğu ve metabolik anormallikler yer almaktadır (32). Aleksitimi yani duygularının farkında olma fakat bunu anlatmada yetersizlik ile TAB arasındaki ilişki bazı çalışmalarda ele alınmıştır. Aleksitiminin TAB olan kişilerde sık görülmesi, bu kişilerin duygularını bedenselleştirmeleri ile ilişkili olabilir (33).

2.1.3. Epidemiyoloji

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda yaygın olarak görülmektedir. Poliklinik muayenelerinin %40'ını TAB hastalarının oluşturduğu bildirilmektedir (34). Çalışmalar sonucunda TAB birinci basamakta %20, ikinci basamakta ise %52 oranında olduğu görülmüştür. Uzmanlık alanları olarak TAB görülme sıklığı jinekoloji %66, nöroloji %62, gastroenteroloji %58, kardiyoloji %53 ve romatoloji %45 oranında olduğu bulunmuştur. Nöroloji hastalarından TAB olanların değerlendirildiği bir çalışma sonucunda %4'üne daha sonra organik bir tanı aldığı tespit edilmiştir (35).

Norveç'te sağlıklı insanlar arasında yapılan ve sıklıkla atıfta bulunulan bir ankette, ankete katılan bireylerin %96'sı son 30 gün içinde en az bir rahatsızlık yaşadıklarını bildirmiş kas iskelet ağrısı, nörolojik ve gastrointestinal sorunlar en çok bildirilen belirtiler olmuştur (36). Bu yüksek prevalansa rağmen, bu şikayetlerin çoğu zararlı olarak algılanmamış ve çoğu kişi bunlar için tıbbi yardım almamıştır. Yine de, bu belirtilerin gerçekten tıbbi yardım almaya yol açan oranı, doktor ziyaretlerinin en sık nedenini oluşturacak kadar büyük görünmektedir (37). Rahatsızlıkları için

pratisyen hekimlerine başvuran hastaların belirtilerinin en az üçte biri tıbbi olarak açıklanamamaktadır (38,39).

Birinci basamaktaki erkeklerin yaklaşık %18'inde yaşam boyu en az dört açıklanamayan belirti görülürken, birinci basamaktaki kadınların %25'inde yaşam boyu en az altı açıklanamayan belirti görülmüştür (40). Ayakta tedavi gören iç hastalıkları polikliniği hastalarının büyük bir kısmında TAB görülmektedir (41). Hem TAB'ın geniş spektrumu hem de çalışmalarda nasıl tanımlandığı ve ölçüldüğü konusundaki farklılıklar, birinci basamakta TAB'ın gerçek yaygınlık oranını değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Tıbbi bir açıklaması olmayan daha hafif belirtilerin yaygınlığı yüksektir. Yetişkinlerin birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurduğu yaygın belirtilerin (göğüs ağrısı, yorgunluk, baş dönmesi, baş ağrısı, şişkinlik, sırt ağrısı, nefes darlığı, uykusuzluk, karın ağrısı ve uyuşma) yalnızca %26'sının tanımlanabilir biyolojik nedenleri olduğu bildirilmiştir (42). Bu durum, TAB'ın şiddetli formlarının birinci basamakta nadir görülmesine karşın, tıbbi olarak açıklanamayan veya hastalıkla komorbid olan daha hafif belirtilerin yönetiminin birinci basamakta rutin olarak görüldüğünü ve belirtiler devam ettiğinde ve hastanın sıkıntısı ve işlevsel yeteneği üzerinde etkili olduğunda klinik olarak anlamlı hale geldiğini göstermektedir (43, 44).

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilişkili demografik ve klinik özellikleri inceleyen araştırmalar, bu belirtilerin kadınlarda, daha yaşlı, daha az eğitilmiş ve işsiz kişilerde ve Batı kökenli olmayan kişilerde görülme olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (45). Ancak bu durum, genç yaş, kadın, birden fazla belirti bildiren (açıklanan ve açıklanamayan) ve çalışan kişilerin TAB olma ile daha büyük bir ilişki gösterdiğini ortaya koyan önceki araştırmalarla tezat oluşturmaktadır (46). Çalışmalar arasındaki bu tür farklılıklar, çalışma örnekleri arasındaki farkı yansıtabilir. Bu farkın, yaşlı ve genç hastalar arasındaki yardım arama davranışındaki bir farkı yansıtması muhtemeldir; genç hastalar daha fazla TAB yaşasa da, TAB veya TAB'ın tespit edilme fırsatını artırabilecek diğer komorbid belirtilerle birinci basamak sağlık hizmetlerine sık sık başvurma olasılığı daha yüksek olan yaşlı kişilerdir. Buna ek olarak, farklı değişkenlerin insanların yaşadığı farklı TAB türleriyle ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar da bulunmaktadır;

örneğin yorgunluk yakın akrabasının ciddi bir hastalığa yakalanması, ağrı eğitim seviyesinin düşüklüğü ile ilişkilendirilmiştir (47).

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin ilerleyen yaşla birlikte görülme sıklığı azalsa da yaşlı hastalarda, tıbbi olarak açıklanabilen ve açıklanamayan belirtilerin bir arada bulunması şeklinde görülen TAB şekilleri, kronik hastalıkların da sık görülmesi nedeniyle doğru tanı konması önemlidir (48). Kadınlar, sosyekenomik seviyesi düşük olanlar ve psikiyatrik hastalığı olanlarda TAB daha fazla görülmektedir (43). Ana dilini kullanmayanlarda TAB olasılığı ve ruhsal hastalık sayısı daha fazla bulunmuştur (49).

2.2. TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLER KLİNİK MODELLERİ

Farklı tıp disiplinleri tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin anlaşılması için çeşitli modeller geliştirmiştir. Bu modeller TAB'ın gelişimine katkıda bulunan risk faktörlerine ve bunların etkileşim mekanizmalarına ilişkin benzersiz bakış açıları sunmaktadır. Önerilen TAB modelleri arasında önemli miktarda örtüşme olsa da, ayrışma, konversiyon, somatizasyon ve bilişsel davranış modeli gibi geleneksel TAB modellerinde açık sorunlar tespit edilmiş ve tartışılmıştır. Brown (2004) ve Rief ve Barsky (2005) tarafından geliştirilen daha yeni bilişsel modeller, bedenle ilgili duyusal sinyallerin modüle edilmesinde hafıza ve dikkatin oynadığı rolleri dikkate almıştır (50, 51). Bu görüşe göre TAB eğilimi olan bireyler, orantısız miktarda yukarıdan aşağıya bilişsel güven ile karakterize edilir.

2.2.1. Ayrışma Modeli

Janet'in (1889) ayrışma teorisi, TAB'ın bilinen en eski sistematik açıklamasını sağlar ve bu tür açıklanamayan belirtilerin gelişiminde travmatik deneyimlerin rolüne odaklanır (52). Modele göre, travmatik deneyimlerin ardından, kişinin katılabileceği duyusal bilgi miktarında bir azalmaya yol açan kendiliğinden bir dikkat daralması meydana gelmektedir. Bireylerin bazı duyusal kanallara odaklanıp diğerlerini ihmal etme olasılığı artar. Bu ihmal edilen duyusal kanallardaki bilgiler hala işlenmeye devam eder, ancak ayrılmış bir şekilde ve bilinçli farkındalığa girmez, bu nedenle açıklanamayan duyusal kayıp gibi olumsuz belirtilere yol açar.

Janet ayrıca dikkatin daralmasının travmatik olayla ilgili bilgilerin farkındalığını sınırlayabileceğini ve böylece bu yeni anıların bireyin önceden var olan kişisel bilgisiyle bütünleşmesini engelleyebileceğini öne sürmektedir. Sonuç olarak, birey bu anıların aktivasyonu üzerine etrafındaki iç veya dış olaylar tarafından kolayca tetiklenirler ve anılar yerine gerçek olarak ifade edilirler, bu da ağrı gibi pozitif belirtilere neden olur. Bu modelle uyumlu olarak, bir dizi çalışmada travmatik yaşam olayları ile dissosiyatif deneyimler arasında bağlantılar bulunmuştur (53). Açıklanamayan belirtileri olan hastalarda daha yüksek dissosiyatif deneyim raporları (54), ve dissosiyatif bozuklukları olan hastalarda daha fazla açıklanamayan belirtiler görülmüştür (55). Bu model, travma ve TAB arasında potansiyel bir bağlantı önermesine rağmen, bunu destekleyen kanıtlar oldukça karışıktır. Örneğin, tüm TAB hastaları travma bildirmemektedir, dolayısıyla ayrışma modeli tüm klinik TAB vakalarını açıklayabilir (56).

2.2.2. Dönüşüm Modeli

Ayrışma teorisi üzerine inşa edilen model dönüşüm modelidir. Bu modele göre bireyler, herhangi bir travmatik olayla ilişkili anıların aktivasyonunu veya hatırlanmasını bilinçsizce bastırarak olumsuz deneyimlerle başa çıkmaktadır. Bu şekilde birey, travmatik deneyimle ilişkili her türlü olumsuz duygulanımdan korunmuş olur. Sonuç olarak, olumsuz duygulanımla ilişkili psikolojik travma hala mevcut olacak ve daha sonra travmatik olayı bir şekilde sembolize edebilecek somatik belirtilere dönüşecektir. Bu görüşe göre TAB savunmacı bir rol oynuyor gibi görünmektedir (57). Bununla birlikte, model için ampirik destek sınırlı olduğundan, model mevcut tüm klinik ve araştırma verilerini açıklamamaktadır. Modele göre, psikolojik sıkıntı somatik belirtiler olarak ifade ediliyorsa, TAB'lı hastaların psikolojik sıkıntı düzeylerinin düşük olması beklenir ancak TAB ile ilgili çalışmaların çoğunda açıklanamayan somatik belirtiler ile psikolojik sıkıntı arasında güçlü pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Bu modelin belki de sadece bir alt grup hastada TAB gelişimine yol açabileceğini düşündürmektedir (56).

2.2.3. Somatizasyon ve Bilişsel Davranış Modeli

Ayrışma ve dönüşüm modelleri daha çok TAB'ın ortaya çıkmasından sorumlu süreçlere veya mekanizmalara odaklanırken, somatizasyon modeli

açıklanamayan belirtilerin oluşumunun altında yatan faktörlere ve bunlar arasındaki bağlantıya vurgu yapmaktadır. Model, açıklanamayan somatik hastalıkların oluşumunda ve sürdürülmesinde biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin önemli olduğunu düşünmektedir. Kirmayer ve Taillefer (1997), günlük psikolojik süreçlerin ve duygusal uyarılmanın TAB gelişimindeki rolünü vurgulamıştır (58). Modele göre, yukarıda bahsedilen süreçler farklı derecelerde dikkat çekmekte ve bu da bazen hastalık belirtileri olarak yanlış yorumlanmalarına neden olmaktadır. Bu tür belirtiler hastalık endişesi, felaketleştirme ve moral bozukluğu yaratarak bireyin hasta rolünü benimsemesine neden olur ve bu da nihayetinde yardım arayışına, yani durumun değerlendirilmesine ve tedavisine yol açar. Bu şekilde birey, medya gibi sosyal faktörlere ve hatta aile üyelerinin veya arkadaşlarının tepkilerine maruz kalarak hastalık deneyimlerini daha da pekiştirir. Bu süreç önceki hastalık deneyimleri, hastalık endişesi ve bireyin kişiliği, dikkati ve otonomik reaktivitesi tarafından yönetilebilir. Dolayısıyla model, TAB'ı yaratan farklı faktörlerin birbiriyle nasıl bağlantılı olduğuna dair bir açıklama sunmanın yanı sıra, normal hastalık davranışının nasıl son derece zayıflatıcı durumlara yol açabileceğine dair de bir açıklama sunmaktadır. Her ne kadar ikna edici olsa da model, çeşitli faktörlerin TAB'ı oluşturmak ve sürdürmek için nasıl etkileşime girdiğine dair yalnızca çok genel bir genel bakış sağlamakta ve bu nedenle eleştirilmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler arasındaki etkileşimin altında yatan kesin mekanizmalar net değildir. Bu da çeşitli TAB türleri arasında ayırım yapmayı zorlaştırmaktadır. Örneğin depresyon anksiyete ile ilgili açıklanamayan belirtiler, normal veya iyi huylu somatik hislerin yanlış yorumlanması sonucu ortaya çıkan TAB ve açıklanamayan körlük veya felç gibi doğası gereği fiziksel veya psikiyatrik olmayan belirtiler (59). Deary ve arkadaşları tarafından yapılan bir derleme, TAB'ın bilişsel davranış modelinin hazırlayıcı, tetikleyici ve sürdürücü faktörlerden kaynaklandığını öne sürmüştür (27). Yatkinlık yaratan faktörler arasında genetiğin, erken dönem deneyimlerin ve nevrozluğun etkisi bulunmaktadır. Hem açıklanamayan yorgunluğun hem de açıklanamayan somatik belirtilerin genetik etkileri olduğu bulunmuştur (60). Erken dönem deneyimler açısından tıbbi olarak açıklanan ve açıklanamayan belirtileri olan hastalarda çocuklukta yaşanan sıkıntılar ile tıbbi ziyaret sıklığı arasındaki bağlantıları karşılaştırmıştır (61). İki arasında

önemli bağlantılar sadece TAB grubunda görülmüş, cinsel istismar ve açık ihmal muayene sıklığı ile en güçlü şekilde ilişkilendirilmiştir. Dahası, ebeveynleri tıbbi rahatsızlıkları olan çocukların, dolaylı öğrenme süreci yoluyla benzer belirtiler geliştirdikleri ve böylece belirti kökenlerini açıklanamaz hale getirdikleri bulunmuştur (62).

Sonuç olarak, normal veya iyi huylu bedensel duyumlar ağrı olarak yanlış yorumlanabilir ve bu da daha fazla somatik uyanıklığa yol açabilir. Somatik dikkat ve aşırı uyarılmışlığa ek olarak, hastalık atıfları ve hastalık inançlarının da TAB'ın sürdürülmesinde önemli faktörler olduğu bulunmuştur (63). Bu tür hastalık yüklemelerinin yapılması, belirtilerin ve hastalık davranışlarının daha fazla yaşanmasına yol açarak bir kısır döngü yaratmaktadır. Somatizasyon modelinde olduğu gibi, bilişsel davranışsal modeller de bilişsel ve davranışsal faktörlerin fizyolojik belirtiler üretmek için etkileşime girdiği mekanizmalara çok az vurgu yapmaktadır. Bu modelleri destekleyen kanıtlar olmasına rağmen, bulgular büyük ölçüde değişkenlik göstermektedir. Ayrıca, daha önce de belirtildiği gibi, kişilikteki bireysel farklılıklar bu faktörlerin etkisine aracılık etmede genellikle önemli rol oynamaktadır. Daha sonraki TAB modelleri, altta yatan mekanizmalara artan algısal duyarlılık ve azalan algısal eşik vurgusu yaparak TAB'ın gelişmesinden ve sürdürülmesinden sorumlu sürekli süreçlere daha spesifik olarak odaklanmıştır.

2.2.4. Algısal İşleme Modeli

İnsanlar somatik duyumlara karşı duyarlılıkları bakımından büyük farklılıklar göstermektedir (64). Yükseltme modeline göre, normal bedensel duyumları özellikle engelleyici ve sıkıntı verici olarak deneyimleme eğilimi yüksek olanlar somatosensoriyel amplifikatörler olarak adlandırılırken, somatik duyumlara duyarlılığı azalmış olanlar redüktörler olarak bilinir. Somatik hislerin yükseltmenin genetik bileşenler ve/veya erken çocukluk deneyimleri ile ruh hali ve koşullar gibi diğer faktörler tarafından şekillendirildiği düşünülmektedir (65). Modeli destekleyen sınırlı kanıt olmasına rağmen, önceki TAB modellerine kıyasla; sinyal filtreleme modeli daha basit ve anlaşılırdır. Model, bilişsel süreçlerin oynadığı rolleri dikkate almakta ve TAB'ın gelişimi ve sürdürülmesinin altında yatan mekanizmalar için sağlam temellere dayanan açıklamalar sunmaktadır.

2.2.5. Bütünleştirici Model

Bu model daha önceki ayrışma, konversiyon ve somatizasyon kavramlarını bütünleştirmektedir; ancak bu modelin temel önermesi bilişseldir. Modele göre, TAB ile ilgili bilgiler veya üretilen çarpıtılmış anılardan kaynaklanmaktadır. Bunlar, kendisinin ve başkalarının fiziksel durumlarına maruz kalma hastalık veya travmatik yaşam deneyimleri sırasında, sosyokültürel aktarım ve sözlü telkin gibi çeşitli kaynaklardan edinilebilir (66). TAB'ın bu bütünleştirici kavramsal modeli, algısal ve bilişsel süreçleri birbirine bağlamakta ve sinyal filtreleme modeliyle uyumlu olarak, açıklanamayan somatik belirtilerin evriminde ve sürdürülmesinde çeşitli bileşenlerin oynadığı rolleri kabul etmektedir.

2.3. TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLER İLE İLİŞKİLİ SENDROMLAR

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler farklı tıp disiplinlerini ilgilendiren birçok farklı durumu içerir. Tek bir tıbbi uzmanlık perspektifi en çok tek bir organ sistemindeki özel belirtiyeye dikkat eder. Bu nedenle, diğer vücut sistemlerindeki belirtilere veya psikolojik özelliklere daha az önem verir. Uzmanlar kendi alanlarına sık başvuru yapan belirtiler için çeşitli sendrom ve klinik durum tanımlamışlardır (Tablo 2.2). Patofizyolojileri ve tedavi stratejileri birbirinden farklı olan bu klinik tanılarının tedavi yaklaşımları da her bölümde farklıdır.

Tablo 2.2. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilgili sendromlar (67)

Belirti	Sendrom	Uzmanlık Alanı
Şişkinlik, kabızlık, karın ağrısı	İrritabl Barsak Sendromu	Gastroenteroloji
Kırgınlık, halsizlik	Kronik Yorgunluk Sendromu	Romatoloji, Endokrinoloji, Enfeksiyon Hastalıkları
Karın alt kadranda ağrısı	Kronik Pelvik Ağrı	Üroloji, Kadın Hastalıkları
Kas ağrısı, eklem ağrısı Göğüs ağrısı, çarpıntı	Fibromiyalji Non Kardiyak Göğüs Ağrısı	Romatoloji Kardiyoloji
Nefes darlığı	Kronik Hiperventilasyon Sendromu	Göğüs Hastalıkları
Alt ekstremitelerde rahatsızlık hissi	Huzursuz Bacak Sendromu	Fizik Tedavi Ve Rahabilitasyon

2.3.1. İrritabl Barsak Sendromu

İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS), dünya nüfusunun yaklaşık %5 ile %20'sinde görülen gastrointestinal sistemin fonksiyonel bir bozukluğudur (68). Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar; kabızlık, dispepsi, özofagus bozuklukları ve İBS'yi içeren herhangi bir patofizyolojisi olmayan ve belirtilere dayalı olarak teşhis edilen gastrointestinal sistemin kronik veya tekrarlayan durumları için kullanılan bir terimdir (69). Değişmiş bağırsak hareketliliği, İBS'de ana patofizyolojik bileşen olarak görülebilir. Bağırsak dismotilitesi, İBS hastalarının yaklaşık %25-75'inde rektum, kolon, ince bağırsak ve mideyi etkileyebilir (70). Sendromun nedeni multifaktöriyel gibi görünmektedir ve sosyal, biyolojik ve psikolojik etkileri içerebilir. Bu durumun yüksek prevalansına rağmen, İBS'nin etiyolojisi belirsizliğini korumaktadır. İBS kişinin hayatını olumsuz etkilemekte ve depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir (71). Ruh sağlığının İBS üzerindeki etkisi bağırsakbeyin eksenini ve viseral duyarlılık ile açıklanabilir. Bağırsakbeyin eksenini, gastrointestinal yol ile merkezi sinir sistemi arasındaki fizyolojik bağlantıdır (72).

2.3.2. Kronik Yorgunluk Sendromu

Kronik Yorgunluk Sendromu (KYS), fiziksel ve zihinsel yorgunlukla tanımlanan yaygın bir durumdur. KYS, çeşitli belirtilerle karakterize edilen ve birden fazla vücut sistemini etkileyen edinsel bir hastalıktır. Esas olarak kullanılan tanı kriterlerine bağlı olarak en az dört ila altı ay süren, başka herhangi bir durumla açıklanamayan ve diğer sekonderbelirtilerle ilişkili sürekli yorgunluk ile karakterize bir hastalıktır. Bu sekonderbelirtiler arasında efor sonrası bir günden fazla süren halsizlik, kısa süreli hafıza bozukluğu, dinlendirici olmayan uyku, baş ağrısı, kas ağrısı, hassas lenf düğümleri ve sık veya tekrarlayan boğaz ağrısı vardır (73). Genellikle grip benzeri üst solunum yolu enfeksiyonları tarafından tetiklenir. KYS hastalarında yaygın olarak baş ağrısı, görme bozuklukları, sırt ağrıları, uyuşukluk, yorgunluk ve uyku bozukluğu görülür. Belirtilerin şiddetine bağlı olarak, KYS hastaları yatağa bağımlı hale getirebilir (74). Çoğu araştırma KYS hastalığını genetik olarak ilişkili faktörlerin veya bağışıklık sistemindeki anormalliklerin vücut ve beyin fonksiyonlarını etkilemesinin bir sonucu olarak teorize etmektedir (75). Bir hastalığı

teşhis etmek için birden fazla vaka tanımının kullanılması nadirdir. Klinik olarak, vaka tanımlarının kullanımı uygun bir tanı koymanın yanı sıra tedavi ve yönetime rehberlik etmek için kullanılırken, araştırmalarda bu tanımların kullanımı uygun çalışma popülasyonun seçilmesiyle ilgilidir. KYS'de, çoğu araştırma amaçlarına hizmet etmek için üretilmiş 20'den fazla farklı tanı kriteri vardır. Klinik olarak veya araştırma için hangi tanımın kullanılması gerektiği konusunda dünya çapında bir anlaşma yoktur. Bu hastalıkla ilgili son araştırmaların çoğu CDC veya Kanada konsensüsü kullanmaktadır (76).

2.3.3. Fibromiyalji

Fibromiyalji (FM) sıklıkla kadınları etkileyen yorgunluk, uyku bozuklukları, anksiyete ve depresyon belirtileriyle ilişkili karmaşık, çok boyutlu bir kronik yaygın ağrı durumudur (77). FM tanısı için objektif bir belirteç bulunmamaktadır; bu da tanının gecikmesine ve ağrıya yönelik tutarsız yönetim yaklaşımına neden olmaktadır (78). FM'nin karmaşıklığı, doğrudan ve dolaylı maliyetlerle ile sağlık giderlerinde artışa neden olmaktadır. Farklı ülkelerden elde edilen finansal veriler, FM'si olan kişiler arasında diğer kronik ağrı durumlarına kıyasla oldukça yüksek bir sağlık bakım maliyeti olduğunu göstermektedir (79). FM'nin ağrı ve belirtileri için uygun ve sürdürülebilir bir yönetim bulmak amacıyla belirtilerin karmaşıklığını çözmek için araştırmalar gelişmektedir (80). FM'de ağrı yönetimi, farmakolojik ve çeşitli farmakolojik olmayan tedavileri içerir. Amitriptilin, Pregabalin, Milnacipran ve Duloksetin gibi ilaçlar FM'de ağrı, depresyon ve anksiyeteyi tedavi etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. İlaçların ağrı yönetiminde etkili olduğu gösterilse de, pregabalin halsizlik ve kilo alımı, duloksetin kas sertliği ve aşırı halsizlik ve milnacipran uyku sorunları gibi belirtileri artırmaktadır. Ağrının giderilmesi için uzun süreli ilaç kullanımının güvenlik endişesi göz önüne alındığında, fibromiyalji yönetimine yönelik kanıta dayalı kılavuzlar, ilk tedavi yöntemi olarak ilaç kullanımını önermemektedir (81). Ağrı kesici ilaçların uzun süreli kullanımının olumsuz etkileri nedeniyle, ilk basamak olarak veya ilaçları tamamlayıcı olarak farmakolojik olmayan yönetime güçlü bir vurgu yapılmıştır (82). Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü kronik ağrı yönetimi kılavuzları, fibromiyalji yönetimi için kanıta dayalı kılavuzlar, Romatizmaya Karşı Avrupa Birliği 2017 ve

Kanada FM tanı ve yönetimi kılavuzları, FM'nin ilk basamak yönetimi olarak hasta eğitimi ve egzersiz gibi farmakolojik olmayan yönetimi oybirliğiyle teşvik etmektedir (81).

2.3.4. Kronik Pelvik Ağrı

Kronik pelvik ağrı (KPA), kadın veya erkeklerde pelvis ile ilgili yapılarda algılanan kronik veya inatçı ağrıdır. Genellikle olumsuz bilişsel, davranışsal, cinsel ve duygusal sonuçların yanı sıra alt idrar yolu, cinsel, bağırsak, pelvik taban veya jinekolojik işlev bozukluğunu düşündüren belirtilerle ilişkilidir. KPA, kadın sağlığı hizmetlerine en sık başvuru nedenidir. Pelvisle ilgili yapılarda kalıcı ağrı olarak tanımlanabilir. KPA'nın tahmini küresel prevalansı, çalışmaların kalitesine ve kullanılan tanımlara bağlı olarak %2,1-%24 arasında değişmektedir. KPA tanımlarında süre ve ağrı atakları açısından farklılıklar vardır (83). KPA belirtileri çeşitlidir, spesifik değildir ve endometriozis, kronik pelvik inflamatuvar enfeksiyon, yapışıklıklar, irritabl bağırsak sendromu, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve pelvik organ prolapsusu gibi bir dizi rahatsızlıkla ilişkilidir (84).

2.3.5. Non Kardiyak Göğüs Ağrısı

Nonkardiyak göğüs ağrısı (NKGa) genel popülasyonda yaygındır (85). Göğüs ağrısı ile başvuran hastaların neredeyse %64'ünün belirtilerinin nedeninin NKGa olduğu tespit edilmiştir (86). Kardiyak olmayan göğüs ağrısı da kronik bir durum olabilir ve genellikle seyri iyi huyludur ve mortaliteyi artırmaz (87). Öte yandan, NKGa yüksek sağlık hizmeti kullanımına ve önemli ölçüde iş gücü kaybına neden olur; hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkiler (85). Bu rahatsızlığa sahip hastaların birden fazla hastaneye yatış öyküsü olabilir ve birden fazla kardiyak tanı çalışmasına ve endoskopik değerlendirmelere rağmen sıklıkla tatmin edici olmayan tanımlar alabilirler (88). NKGa gastrointestinal, kas iskelet sistemi, pulmoner ve psikolojik nedene bağlanabilmektedir. Reflü, motilite ve fonksiyonel durumları içeren özofagus bozuklukları, NKGa'lı hastaların büyük bir kısmını etkilemekte ve önemli ölçüde morbiditeye yol açmaktadır (89).

2.3.6. Kronik Hiperventilasyon Sendromu

Hiperventilasyon, metabolik gereksinimlerin üzerinde nefes alma eylemidir ve arteriyel karbondioksitin (PaCO_2) azalmasıyla ilişkilendirilerek solunum alkalozuna yol açar (90). Sürekli ve hafif hiperventilasyon, kronik hiperventilasyon sendromu (KVHS), solunum paterni bozukluğu veya tıbbi olarak açıklanamayan dispne olarak adlandırılan kronik bir duruma yol açabilir. Bu terimler sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmakta, ancak ilgili sorunların farklı yönlerini tanımlamaktadır. KVHS'li hastaların PaCO_2 seviyelerine duyarlılığının arttığı varsayılmaktadır, böylece travma, stres veya egzersizin neden olduğu PaCO_2 'deki yalnızca küçük değişiklikler belirtilere neden olabilir (91). Göğüs ağrısı, baş ağrısı, senkop, nefes darlığı, bulanık görme ve parestezi gibi KVHS belirtileri genellikle ciddi hastalıkları taklit eder (92). Terminoloji konusunda tartışmalar olsa da, klinisyenler varlığının daha fazla farkına vardıkça KVHS'nin görülme sıklığının arttığına inanılmaktadır. KVHS'nin genel popülasyondaki yaygınlığı belirsizdir. Normal nüfusun %10 kadarında bir tür KVHS olduğu tahmin edilmektedir (93). KVHS tanısı için altın standart bir araç yoktur ve klinisyenler genellikle KVHS tanısı koymadan önce belirtilerin diğer tüm nedenlerini dışlama yoluna gitmektedir (90).

2.3.7. Huzursuz Bacak Sendromu

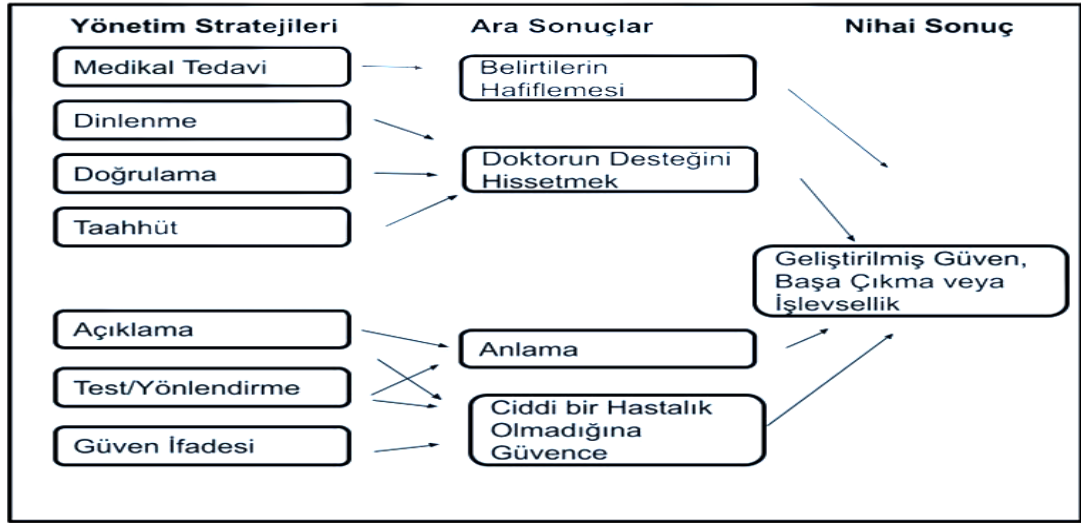
Huzursuz bacak sendromu (HBS) yaygın bir sağlık sorunudur. HBS, akşam geç saatlerde televizyon karşısında veya film izlerken, ancak en tipik olarak hasta uykuya hazırlanmak için yatakta uzanırken ortaya çıkan, öncelikle diz ve ayak bileği arasındaki bacakların derinliklerinde lokalize olan, tanımlanması zor, hoş olmayan sürünme hislerinin ortaya çıkması ile karakterizedir. Rahatsız edici paraesteziler, uzuvları hareket halinde tutmak için karşı konulmaz bir dürtü yaratır, böylece hastalar her türlü sürünme veya pedal çevirme hareketini yaparlar. Genellikle gecede birkaç kez yataktan kalkmak ve odada yürümek veya zıplamak zorunda kalırlar (94). HBS demir eksikliği, diğer anemiler, vitamin eksiklikleri, hamilelik, üremi, diyabet, mide rezeksiyonu ve malabsorpsiyon çeşitli tıbbi durumlar ile ilişkilidir (95). HBS tanısı basittir ve diğer nörolojik belirtilerin yokluğunda hareketle rahatlayan alt ekstremitte rahatsızlığının varlığına dayanır. HBS için tek tip etkili bir tedavi yoktur ve sonuç olarak çoğu hasta çok çeşitli ilaçlarla tedavi edilmiştir. Tedavi büyük

ölçüde tatmin edici değildir, ancak literatürdeki mevcut birkaç kontrollü çalışmaya dayanarak, demir, benzodiazepinler, L-dopa, karbamazepin ve opioid denemeleri yapılmaktadır (96).

2.4. TIBBİ OLARAK AÇIKLANAMAYAN BELİRTİLERİN TEDAVİSİ

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin tedavisi, birbiriyle ilişkili üç unsuru içermelidir; tanı, özel tedavi stratejileri ve iletişim. Psikolojik, farmakolojik ve egzersiz terapisi gibi çeşitli uygulamaların TAB tedavisine olan etkinliğini değerlendirmek için çok sayıda çalışma yapılmıştır (97).

Tanı koyma sadece ciddi fiziksel sorunların dışlanması değil, aynı zamanda TAB ve klasik psikiyatrik bozuklukların birlikte değerlendirilmesidir. Fiziksel nedenleri ekarte etmek için kapsamlı bir fizik muayene ve belirtilere göre tanısal tetkikler yapılır. İlgili bozuklukları ekarte etmek için psikolojik bir değerlendirme de yapılmalıdır. Ancak, psikiyatrik bir duruma dair kanıt bulunması somatizasyonun varlığını ya da yokluğunu göstermez. Tanı için bir ipucu olabilir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi yaygın psikiyatrik rahatsızlıkları olan hastaların birinci basamak hekimlerine yorgunluk, ağrı, çarpıntı, baş dönmesi ve mide bulantısı gibi spesifik olmayan belirtilerle başvurabileceğine dair önemli kanıtlar bulunmaktadır (18). Tıbbi tedavilerin doktor desteğini göstermek gibi faydaları olsa da, öncelikle belirtilerin giderilmesi için kullanılmaktadır. Hekimin dinlemesi, belirtileri onaylaması ve bağlılığını göstermesi hastaların desteklendiklerini hissetmelerine yardımcı olmaktadır. Tıbbi tedaviler öncelikle belirtilerin hafifletilmesi için kullanılır. Doktorun dinlemesi, belirtileri anlaması ve bağlılığını göstermesi hastaların desteklendiklerini hissetmelerine yardımcı olmaktadır. Doktorlar tarafından sağlanan açıklamalar hastalara güven vermektedir (Şekil 2.3)



Şekil 2.3. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerin yönetim stratejileri ve sonuçları (98)

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle yaşayan hastalar, kronik bir hastalık durumuyla başa çıkmaya ve uyum sağlamaya yardımcı olmak için bilişsel davranışçı terapiden (BDT) faydalanabilirler. Bu yaklaşım düşüncelerimizin nasıl hissettiğimiz ve davrandığımız üzerindeki önemli etkisini vurgulayan psikolojik bir terapidir. Hedefler arasında sağlıklı, olumsuz düşünce kalıplarının, inançların ve davranışların iyileşmeyi ve refahı destekleyen sağlıklı, olumlu olanlarla değiştirilmesi yer alır. BDT genellikle diğer tedavilerle birlikte önerilir ve hastanın belirtilerine, diğer tedavilerdeki başarısına vb. göre uyarlanır. BDT'ye başladıktan sonra birey, kişisel hedefler belirlemek ve bu hedeflere ulaşmak için stratejiler üzerinde çalışmak üzere danışmanıyla birlikte çalışır. Bu stratejiler arasında günlük aktivitelerin düzenlenmesi, görevleri tamamlamanın yeni yollarının bulunması, uykunun iyileştirilmesi, egzersiz, sosyal destek kullanımı ve rahatlama gibi günlük uygulamalar yer alabilir (99).

Bilişsel davranış terapisinden türetilen yaklaşımların somatik şikayetlerin yoğunluğunu ve sıklığını azalttığı ve birçok somatize hastada işlevselliği iyileştirdiği gösterilmiştir. Bu tür bir tedavi, hastanın durumu hakkında düşündüğü ve yaptığı her şeyin başarılı olmadığına dair karşılıklı anlaşmayla başlar. Daha sonra hastanın inançlarına ve uyumsuz davranışlarına şefkatli bir şekilde meydan okumaya başlar (100).

Yoğun kısa süreli dinamik psikoterapi, semptomların azaltılmasında ve acil servislere yapılan ziyaretlerde faydalı bulunmuştur. Seanslar stres yönetimi, problem çözme ve sosyal beceri eğitimi gibi genel tavsiyeleri somatizasyonun amplifikasyon ve hasta olma ihtiyacı özelliklerine yönelik spesifik müdahalelerle birleştirmektedir (101).

Yakın zamanda yapılan randomize kontrollü bir çalışma, farkındalık temelli bilişsel terapinin etkili olabileceğini düşündürmektedir (102). Bilişsel yeniden yapılandırma, insanların düşünce biçimlerini değiştirmelerine yardımcı olmak için başarıyla kullanılan bir tekniktir. Stres yönetimi için kullanıldığında amaç, stres üreten düşünceleri (bilişsel çarpıtmalar) stres üretmeyen daha dengeli düşüncelerle değiştirmektir. Goldberg ve Gask yeniden yapılandırma modelini ilk olarak 1989 yılında tanımlamıştır (103). Hastanın anlaşıldığını hissetmesini sağlamak, gündemi genişletmek ve psikososyal faktörler de dahil olmak üzere semptomların yeni bir anlayışını müzakere etmekten oluşmaktadır. 2000 yılında Fink ve arkadaşları, daha geniş bir bozukluk spektrumunu dahil etmek için modeli genişletilmiş yeniden atıf ve yönetim modeli olarak değiştirmiştir. Yeniden ilişkilendirme modelinin pratisyen hekimlerin görüşme becerileri, sağlık hizmeti maliyetleri ve hastaların sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, son zamanlarda çok basit olduğu yönündeki eleştiriler bu yaklaşımın gözden geçirilmesine yol açabilir (104). Hastanın katılım nedenlerini anlamak, fikirlerini, endişelerini ve beklentilerini ele almak ve kontrolü hastaya geri vermek, TAB olan hastaları yönetmek için önemli araçlardır. Hastanın sağlık inançlarını ve önceki sağlık deneyimlerinin yanı sıra semptomların etkisini araştırmak, hastanın acı çekme duygusunu kabul etmek ve doğrulamak için empati kullanmak önemlidir (Tablo 2.3).

Tablo 2.3. Tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri anlama, belirsizliği yönetme, hastanın güçlü yönlerini geliştirme (105)

▪ Teşhis yerine belirtilere ve işlev kaybına odaklanın ▪ Fiziksel bir neden bulmak yerine işlev kaybı ve belirti yönetimi hakkında konuşun ▪ Belirtileri tıbbileştirmek ve normalleştirmek yerine açıklamanızı hastanın kendi sözleriyle eşleştirin ▪ Belirsizliğinizi paylaşın ve aşırı araştırmadan kaçının ▪ Otomatik olarak ilaçlarla tedavi etmek yerine terapötik denemeleri ve yan etkileri tartışın ▪ Hastanın ne istediğini bildiğinizi varsaymak yerine hastayı dinleyin ve kararları paylaşın ▪ Hastanın görüşlerinin önemini kabul edin ve suçlamayın ▪ Psikolojik ipuçlarını hassas bir şekilde kabul edin ve hastanın bunları genişletmesine izin verin ▪ Zaman tanıyın ve psikososyal açıklamaları zorlamak yerine hastayı bu bağlantıları kurmaya teşvik edin ▪ Ciddi bir nedenin olası olmadığına dair güvence verirken belirsizliğiniz konusunda açık olun, ancak açık fikirli olacağınızın altını çiziniz
--

Etkili açıklamalar, hastaların endişelerine dayanan, genellikle fiziksel ve psikolojik faktörleri birbirine bağlayan gerçek anlayış mekanizmaları sağlar. Bu açıklamalar hastalar tarafından kabul görmüş; fiziksel ve psikolojik faktörleri birbirine bağlayanlar yönetim sonuçlarına katkıda bulunmuştur. Bu bulgular, doktorların açıklamalarının genellikle hastaların kendi düşünceleriyle çeliştiği ve çatışmaya, reddedilme hissine ve güvenin sarsılmasına neden olduğu yönündeki önceki gözlemlerle uyumludur (9).

Bekle gör, özellikle tedavi edici müdahale için kanıt temelini belirsiz olduğu kronik durumların yönetiminde kullanılan yaklaşımlardan biridir. TAB yönetiminde bu yaklaşım, pratisyen hekimlerin TAB'lı hastalara düzenli olarak planlanmış randevular vermesi ve hastalık belirtilerini izlemek için kısa fizik muayenelerin kullanılması şeklinde görülmektedir (106).

Belirtilerin ilerlemesini aktif olarak izleme ve klinik olarak gerekli görüldüğünde müdahale etme kararı, gereksiz teşhis prosedürleri veya gereksiz

ilaçların aşırı reçetelenmesi nedeniyle hastaya iyatrojenik zarar verme riskinin arttığının bildirilmesinden kaynaklanmaktadır. Beklemeli tedavi seçeneğinin TAB hastaları için kabul edilebilirliğine dair kanıtlar sınırlıdır. Kronik bir sağlık durumunu yöneten hastalarla yapılan araştırmalar, hastalar bunu başlangıçta kendileri için kabul edilebilir bir tedavi seçeneği olarak görse bile, aileden, destek gruplarından veya sağlık uzmanlarından gelen aktif tedavileri sürdürme baskısının kararlarında değişikliğe katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Bu durum, hastaların tüm tedavi seçenekleri hakkında edinebilecekleri bilginin kalitesinin sağlık profesyonellerinin tercihlerine göre nasıl değişebileceğini ve hastanın kararının zamanla ve başkalarıyla yaptıkları tartışmaların ardından da değişebileceğini vurgulamaktadır (107).

Kronik hastalıklarda bir tedavi seçeneği olan öz yönetim TAB hastaları için bir tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. Bu kişinin durumunu izleme ve tatmin edici bir yaşam kalitesini sürdürmek için gerekli bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkileri etkileme becerisidir (108). Öz yönetim hastaların, hastalık ihtiyaçlarını sahiplenme, kaynakları harekete geçirme ve kronik hastalığı yaşamlarına entegre etme süreçleri yoluyla durumlarını yönetmeye aktif katılımını gerektirmektedir. Ancak bunun nasıl yapıldığı ve bu tür bir desteğin sağlanmasında görev alan sağlık profesyonelleri üzerindeki etkisinin boyutu net değildir. TAB hastalarının değişen ihtiyaçları için hangi öz yönetim biçimlerinin uygun olacağını ve yaşam kalitelerini artırmada kendi rollerini nasıl algıladıklarını anlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (109).

Farmakoterapi antidepresanların TAB hastalarında bir miktar etkisi olduğu bildirilmiştir. Bazı hastalarda bunun muhtemelen komorbid depresyonun tedavisinden kaynaklandığı düşünülmektedir (110). Bununla birlikte, düşük doz selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin depresyon için tanı eşiğini karşılamayan hastalarda da yararlı bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Kronik yorgunluk sendromu, irritabl barsak sendromu ve fibromiyalji tedavisinde kullanılmakta olan farklı ilaç türleri vardır. Fibromiyalji ile ilişkili ağrı tedavisinde pregabalin, duloxetine ve milnacipran kullanılmaktadır. İrritabl barsak sendromu için sıklıkla reçete edilen antispazmodikler, antidiyareik ve antidepresan ilaçların yanı sıra lif takviyeleri de dahil olmak üzere çeşitli ilaç kategorileri vardır (111).

İşbirlikçi bakım yaklaşımı tüm etkili tedavileri koordine eder. Çalışmalar, pratisyen hemşireler tarafından bir yıl boyunca 20 dakikalık on iki ziyarette sağlandığında faydalar bildirmiştir. Antidepresanlar, madde bağımlılığının ve etkisiz narkotiklerin bırakılması, egzersiz, gevşeme eğitimi, fizik tedavi, ve iletişim teknikleri TAB yönetiminde etkili olmuştur (20).

Kademeli egzersiz veya aktivite programı, KYS veya FM hastalarının fiziksel durumlarını ve yaşam kalitelerini iyileştirmelerine yardımcı olacak değerli bir tedavi yöntemidir. Ağrısı ve kronik yorgunluğu olan kişiler kendilerini aşırı zorlamamalı, ancak başlangıçta kısa, yavaş yürüyüşlerden oluşan ve daha sonra daha uzun süreli ve nihayetinde daha yüksek yoğunluklu aktiviteye doğru ilerleyen düzenli, dengeli bir aktivite programını sürdürmelidir. Amaç fiziksel aktiviteyi kademeli olarak artırmaktır (112).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Çalışmamız kesitsel, gözlemsel ve tanımlayıcı niteliktedir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Çalışmamız 20 Nisan – 20 Haziran 2023 tarihleri arasında Ankara ilinde yapılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evreni Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimleri olarak belirlenmiştir. Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde 1652 aile hekiminin görev yaptığı tespit edilmiştir. Güven aralığı %90 hata payı %5 alınarak yapılan hesaplamada %95 güven seviyesinde 313 kişi olarak hesaplanmıştır. Elde edilen örneklem sayısına göre çalışma toplamda 397 aile hekimi ile yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMAYA DÂHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinden gönüllülük esasına dayanarak çalışmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dâhil edildi.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H₀: Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile ilgili bilgi tutum ve davranışları arasında fark yoktur.

H₁: Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile ilgili bilgi tutum ve davranışları arasında fark vardır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI, YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI

Çalışmaya T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesinden tez konusu onayı (Sayı: E-86241737-100--174782) (Ek-1), Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu onayı (Sayı: E-93471371-514.99-207990048) (Ek-2) ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü onayı (Sayı: E-51381736-771-212948596) alındıktan sonra başlanmıştır. Katılımcılara literatür ve güncel kılavuzlar taranarak hazırlanan tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler hakkındaki bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin belirlemeyi amaçlayan anket formu birimleri ziyaret edilerek yüz yüze uygulandı. Çalışma anketinde ayrıca yaş, cinsiyet, meslekteki yıl ve branş gibi sosyodemografik veriler yer aldı. Aile hekimliği birimine kayıtlı nüfusu, günlük muayene edilen hasta sayısı, hastalara kaç dakika zaman ayrılabilirdiği ve hastaların aynı belirtilerle tekrar hangi sıklıkta başvuru yaptığı soruldu. Konu ile ilgili eğitim alınıp alınmadığı ve eğitim alma isteği üç soru ile araştırıldı. Hastaların belirtilerinden açıklama bulunamayanlar 15 şıkta ve ilgili klinik durumlarla karşılaşma sıklığı 7 şıkta çoktan seçmeli olarak birden fazla cevap verebilecekleri şeklinde katılımcılara soruldu. Sonraki 8 soru ile bilgi, 4 tutum ve 4 davranış cümlesi değerlendirilmek üzere hekimlere sunuldu.

3.7. İSTATİSTİKSEL ANALİZ YÖNTEMİ

Araştırma verilerinin istatistiksel analizleri için SPSS 26 istatistik paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde verilerek, sürekli değişkenler ise ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (en küçük- en büyük değer) ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testleri) kullanılarak değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler için; gruplar arasında sıklık bakımından fark olup olmadığı ki-kare testleri kullanılarak karşılaştırmıştır. Bu çalışmada istatistik anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya Ankara ilindeki ASM'lerde görev yapmakta olan 397 aile hekimi katıldı. Yaş ortalaması $45,2 \pm 9,5$ olup, yaş dağılımının ortanca değeri 45 (28-67) olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %42,3'ü kadın, %57,7'si erkekti. (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların yaş, cinsiyet ve medeni durum özellikleri

Sosyodemografik özellikler	Ort $\pm$ SS Ortanca(min-maks)	
	n	%
Yaş		$45,2 \pm 9,5$ 45 (28-67)
Cinsiyet		
Erkek	229	57,7
Kadın	168	42,3
Medeni Durum		
Evli	320	80,6
Bekar	77	19,4

Katılımcıların %20,2'si uzman AH, %69,0'ı sözleşmeli AH ve %10,8'i SAHU AH olarak belirlenmiştir. Birim nüfusun ortanca değeri 3600 (1566-4000) kişi olarak bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen hekimlerin %43,3'ünün birim nüfusunun 3700 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin günlük muayene sayısı ortalama olarak $65,5 \pm 18,9$ ortanca değeri ise 62 (25-150) olarak belirlenmiştir. Aile Hekimliğinde çalışan hekimlerin günlük muayene sayıları gruplara ayrılarak incelendiğinde ise katılımcıların %8,8'inin günlük muayene sayısı 40 veya daha az, %38,8'inin 41-60 arasında, %37,0'inin 61-80 arasında, %12,8'inin 81-100 arasında ve %2,5'inin ise 100'den daha fazla olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin hastaya ortalama $6 \pm 2,9$ dk, ortanca ise 5 (2-20) dk ayırdığı gözlenmiştir. Özellikle %64,2'si ise 5 dakika ve altında hasta değerlendirmektedir (Tablo 4.2).

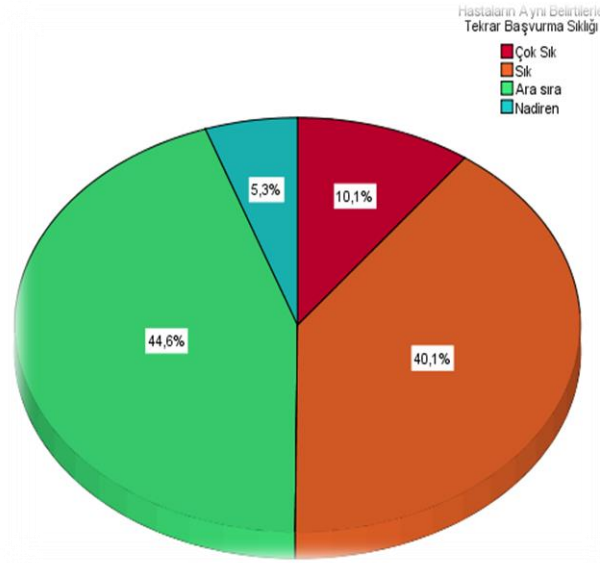
Tablo 4.2. Aile hekimlerinin çalıştıkları birime ait özellikler

Branş ve birim özellikleri		Ort ± SS
		Ortanca(min-maks)
Birim Nüfusu		3488±492,7 3600 (1566-4000)
Günlük Muayene Sayısı		65,5±18,9 62 (25-150)
Bir Hastaya Ayrılan Süre, dakika	5 (2-20)	6±2,9
	n	%
Branşı		
Uzman Aile Hekimi	80	20,2
Sözleşmeli Aile Hekimi	274	69,0
Sahu Aile Hekimi	43	10,8
Birim Nüfus		
≤2700	70	17,6
2699-3699	155	39
≥3700	172	43,4
Günlük Muayene Sayısı		
≤40	35	8,8
41-60	154	38,8
61-80	147	37
81-100	51	12,8
≥100	10	2,5
Bir Hastaya Ayrılan Süre, dakika		
≤5 dk	255	64,2
≥5 dk	142	35,8

Hekimlere hastaların aynı belirtilerle tekrar başvurma sıklığı sorulmuştur. %10,1 hastanın çok sık, %40,1 hastanın sık, %44,6 hastanın ara sıra ve %5,3'ünün nadiren tekrar başvurduğu belirtti (Tablo 4.3, Şekil 4.1).

Tablo 4.3. Hastaların aynı belirtilerle tekrar başvurma sıklığı

Tekrar Başvurma Sıklığı	n	%
Çok sık	40	10,1
Sık	159	40,1
Ara sıra	177	44,6
Nadiren	21	5,3



Şekil 4.1. Hastaların aynı belirtilerle tekrar başvurma sıklığı

Mezuniyet öncesi TAB ile ilgili eğitim alma durumu, mezuniyet sonrası TAB ile ilgili eğitim alma durumu ve TAB ile ilgili eğitim alma isteği aile hekimlerine soruldu; %16,9'u mezuniyet öncesi eğitim %7,8'i mezuniyet sonrası eğitim aldığını belirtirken %84,4'ü eğitim almak istediğini belirtti (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Eğitim alma durumu ve isteği

	n	%
Mezuniyet Öncesi Eğitim		
Evet	67	16,9
Hayır	330	83,1
Mezuniyet Sonrası Eğitim		
Evet	31	7,8
Hayır	366	92,2
Eğitim Alma İsteği		
Evet	355	84,4
Hayır	62	15,6

Katılımcılara hangi belirtileri TAB şeklinde değerlendirdiği soruldu; %56,4'ü (224 kişi) şişkinlik, %63,5'i (252 kişi) kırgınlık, %66,0'ı (262 kişi) yorgunluk, %29,0'u (115 kişi) baş ağrısı, %27,5'i (109 kişi) pelvik ağrı, %33,0'u (131 kişi) miyalji, %33,0'u (131 kişi) eklem ağrısı, %53,9'u (214 kişi) yaygın vücut ağrısı yanıtını verdi (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hekimlerin tıbbi olarak açıklanamayan olarak değerlendirdiği belirtiler

	n	%
Şişkinlik		
Hayır	173	43,6
Evet	224	56,4
Kabızlık		
Hayır	300	75,6
Evet	97	24,4
Karın Ağrısı		
Hayır	272	68,5
Evet	125	31,5
Mide Bulantısı		
Hayır	300	75,6
Evet	97	24,4
Kırgınlık		
Hayır	145	36,5
Evet	252	63,5
Yorgunluk		
Hayır	135	34
Evet	262	66
Baş Ağrısı		
Hayır	282	71
Evet	115	29
Baş Dönmesi		
Hayır	316	79,6
Evet	81	20,4
Pelvik Ağrı		
Hayır	288	72,5
Evet	109	27,5
Miyalji		
Hayır	266	67
Evet	131	33
Eklemler Ağrısı		
Hayır	266	67
Evet	131	33
Yaygın Vücut Ağrısı		
Hayır	183	46,1
Evet	224	56,4
Göğüs Ağrısı		
Hayır	353	88,9
Evet	44	11,1
Çarpıntı		
Hayır	345	86,9
Evet	52	13,1
Nefes Darlığı		
Hayır	366	92,2
Evet	31	7,8

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilişkili durum ve sendromlardan aile hekimlerinin %69,5'i irritable barsak sendromu ile, %74,8'i kronik yorgunluk sendromu ile, %77,1'i fibromiyalji ile, %13,9'u kronik pelvik ağrı ile, %20,9'u nonkardiyak göğüs ağrısı ile, %5,3'ü kronik hiperventilasyon sendromu ile ve

%36,3'ü huzursuz bacak sendromu ile daha sık karşılaştıklarını belirtmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Sık karşılaşılan ilişkili durum ve sendromlar

	n	%
İrritabl Barsak Sendromu		
Hayır	121	30,5
Evet	276	69,5
Kronik Yorgunluk Sendromu		
Hayır	100	25,2
Evet	297	74,8
Fibromiyalji		
Hayır	91	22,9
Evet	306	77,1
Kronik Pelvik Ağrı		
Hayır	342	86,1
Evet	55	13,9
Nonkardiyak Göğüs Ağrısı		
Hayır	314	79,1
Evet	83	20,9
Kronik Hiperventilasyon Sendromu		
Hayır	376	94,7
Evet	21	5,3
Huzursuz Bacak Sendromu		
Hayır	253	63,7
Evet	144	36,3

Hekimlerin %43,8'i birinci basamak iş yükünün önemli bir kısmını TABhastalarının oluşturduğunu belirtmektedir. Hekimlerin %16,9'u tıpta her belirtinin açıklanabilir tıbbi bir nedene bağlı olduğunu düşünmektedir. Yine % 89,4'ü hastaların çoğunun fiziksel belirtilerinin tıbben açıklanması beklentisi içinde olduğunu belirtmektedir. Hekimlerin %74,3'ü birinci basamakta TAB'ın uygun yönetilmediğinde hekime güvenin azalabileceğini ve hasta-hekim anlaşmazlıklarına neden olabileceğini düşünmektedir. Aile hekimlerinin %72,8'i TAB'ın genellikle kişinin psikolojik ve sosyal sorunlarının bedensel belirtilerle ifade etme eğilimi olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %20,7'si TAB olan hastaların zor veya kronik hasta olarak değerlendirilmediğini düşünmektedir. Son olarak katılımcıların

%82,6'sı TAB olan hastalara empati, etkili iletişim ve hasta merkezli bakım ile yaklaşılması gerektiğini düşünmektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

Yanıtlar	n	%
Birinci basamak iş yükünün önemli bir kısmını tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan hastalar oluşturur.		
Kesinlikle Katılmıyorum	17	4,3
Katılmıyorum	107	27
Kararsızım	99	24,9
Katılıyorum	141	141
Kesinlikle Katılıyorum	33	33
Tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan hastaların sağlık sistemine maliyeti yüksektir		
Kesinlikle Katılmıyorum	9	2,3
Katılmıyorum	26	6,5
Kararsızım	36	9,1
Katılıyorum	185	46,6
Kesinlikle Katılıyorum	141	35,5
Tıpta her belirti açıklanabilir tıbbi bir nedene bağlıdır		
Kesinlikle Katılmıyorum	102	25,7
Katılmıyorum	126	31,7
Kararsızım	102	25,7
Katılıyorum	44	11,1
Kesinlikle Katılıyorum	23	5,8
Hastaların çoğu fiziksel belirtilerinin nedeninin tıbben açıklanması beklentisi içindedir.		
Kesinlikle Katılmıyorum	9	2,3
Katılmıyorum	15	3,8
Kararsızım	18	4,5
Katılıyorum	145	36,5
Kesinlikle Katılıyorum	210	52,9

Tablo 4.7.(Devamı) Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

Birinci basamakta tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler uygun yönetilmezse hekime güven azalır, hasta hekim anlaşmazlığına neden olabilir.		
Kesinlikle Katılmıyorum	6	1,5
Katılmıyorum	30	7,6
Kararsızım	66	16,6
Katılıyorum	183	46,1
Kesinlikle Katılıyorum	112	28,2
Tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel yakınmalar, genellikle kişinin psikolojik ve sosyal sorunlarının bedensel belirtilerle ifade etme eğilimidir		
Kesinlikle Katılmıyorum	12	3
Katılmıyorum	26	6,5
Kararsızım	70	17,6
Katılıyorum	210	52,9
Kesinlikle Katılıyorum	79	19,9
Tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan hastalar zor veya kronik hasta olarak değerlendirilmez.		
Kesinlikle Katılmıyorum	45	11,3
Katılmıyorum	145	36,5
Kararsızım	125	31,5
Katılıyorum	67	16,9
Kesinlikle Katılıyorum	15	3,8
Tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri olan hastalara empati, etkili iletişim ve hasta merkezli bakım ile yaklaşılması gerekir		
Kesinlikle Katılmıyorum	12	3
Katılmıyorum	18	4,5
Kararsızım	39	9,8
Katılıyorum	155	39
Kesinlikle Katılıyorum	173	43,6

Hekimlerin TAB ile başvuran hastalara karşı tutum ve davranışları ile ilgili bulgular kesinlikle katılan ve katılan frekansları toplanarak sadece katılan hekimler şeklinde yazılmıştır. Hekimlerin %24,2'si TAB ile başvuran hastalara karşı kendini üzgün, sıkıntılı ve gergin hissettiğini, %32,3'ü TAB ile başvuran hastalara tanı koyamayacağını düşündüğünü, %30,2'si bu tür hastaların fazla vakitini alacağını düşündüğünü ve %42,3'ü ise bu hastalar karşısında kendini yeterli ve rahat hissettiğini belirttiler. (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Katılımcıların tutum sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

İfadeler	n	%
Üzgün, sıkıntılı ve gergin hissedirim		
Kesinlikle Katılmıyorum	46	11,6
Katılmıyorum	117	29,5
Kararsızım	138	34,8
Katılıyorum	81	20,4
Kesinlikle Katılıyorum	15	3,8
Tamı koyamayacağımı düşünürüm		
Kesinlikle Katılmıyorum	36	9,1
Katılmıyorum	113	28,5
Kararsızım	120	30,2
Katılıyorum	117	29,5
Kesinlikle Katılıyorum	11	2,8
Fazla vaktimi alacağımı düşünür, ne yapacağımı bilemem		
Kesinlikle Katılmıyorum	40	10,1
Katılmıyorum	138	34,8
Kararsızım	99	24,9
Katılıyorum	108	27,2
Kesinlikle Katılıyorum	12	3
Kendimi yeterli ve rahat hissedirim		
Kesinlikle Katılmıyorum	11	2,8
Katılmıyorum	60	15,1
Kararsızım	158	39,8
Katılıyorum	142	35,8
Kesinlikle Katılıyorum	26	6,5

Katılımcıların %54,2'si TAB ile başvuran hastalara davranış terapisi önerirken, %74,9'u belirtileri hafifletecek ilaç reçete ettiğini, %40,6'sı geleneksel alternatif/tamamlayıcı tıp yöntemleri önerdiğini ve %65,5'i ise üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ettiğini bildirmiştir

Tablo 4.9. Katılımcıların davranış sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

Yanıtlar	n	%
Davranış terapisi öneririm		
Kesinlikle Katılmıyorum	20	5
Katılmıyorum	59	14,9
Kararsızım	103	25,9
Katılıyorum	160	40,3
Kesinlikle Katılıyorum	55	13,9
Belirtileri hafifletecek ilaç reçete ederim		
Kesinlikle Katılmıyorum	5	1,3
Katılmıyorum	23	5,8
Kararsızım	71	17,9
Katılıyorum	236	59,4
Kesinlikle Katılıyorum	62	15,6
Üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim		
Kesinlikle Katılmıyorum	6	1,5
Katılmıyorum	29	7,3
Kararsızım	102	25,7
Katılıyorum	203	51,1
Kesinlikle Katılıyorum	57	14,4
Geleneksel alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemleri öneririm		
Kesinlikle Katılmıyorum	44	11,1
Katılmıyorum	72	18,1
Kararsızım	120	30,2
Katılıyorum	125	31,5
Kesinlikle Katılıyorum	36	9,1

Tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile ilgili mezuniyet öncesi ya da sonrası en az bir kez eğitim aldığını belirten aile hekimleri (n=80), çalışmaya katılanların %20,2'si idi. Eğitim alma durumuna göre grubu ikiye ayırıp hekimlerin sık karşılaştıkları tıbben açıklanamayan olarak değerlendirdikleri belirtilerle karşılaştırma analizleri yapılmıştır (Tablo 4.10). Elde edilen bulgulara göre, eğitim alan hekimler şişkinlik (%68,8), kabızlık (%45), yorgunluk (%76,3) ve miyalji (%42,5) belirtisini daha fazla tıbbi olarak açıklanamayan belirti olarak bildirmiştir. Daha önce eğitim alan ve eğitim almayan gruplar arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Diğer belirtiler için eğitim alanlar ve almayanlar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.10. Daha önce eğitim alma durumuna göre aile hekimlerinin bildirdiği belirtilerin karşılaştırılması

	Eğitim Alan		Eğitim Almayan		p
	n=80	%	n=317	%	
Şişkinlik	25	31,3	148	46,7	0,013*
Hayır	55	68,8	169	53,3	
Evet					
Kabızlık					<0,001*
Hayır	44	55	256	80,8	
Evet	36	45	61	19,2	
Karın Ağrısı					0,372*
Hayır	51	63,7	221	69,7	
Evet	29	36,3	96	30,3	
Mide Bulantısı					0,761**
Hayır	62	77,5	238	75,1	
Evet	18	22,5	79	24,9	
Kırgınlık					0,220**
Hayır	24	30	121	38,2	
Evet	56	70	196	61,8	
Yorgunluk					0,042*
Hayır	19	23,8	116	36,6	
Evet	61	76,3	201	63,4	
Baş Ağrısı					0,614*
Hayır	55	68,8	227	71,6	
Evet	25	31,3	90	28,4	
Baş Dönmesi					0,195**
Hayır	59	73,8	257	81,1	
Evet	21	26,3	60	18,9	
Pelvik Ağrı					0,211**
Hayır	63	78,8	225	71	
Evet	17	21,3	92	29	
Miyalji					0,043*
Hayır	46	57,5	220	69,4	
Evet	34	42,5	97	30,6	
Eklem Ağrısı					0,221*
Hayır	49	61,3	217	68,5	
Evet	31	38,8	100	31,5	
Yaygın Vücut Ağrısı					0,638*
Hayır	35	43,8	148	46,7	
Evet	45	56,3	169	53,3	
Göğüs Ağrısı					0,884**
Hayır	72	90	281	88,6	
Evet	8	10	36	11,4	
Çarpıntı					0,717**
Hayır	71	88,8	274	86,4	
Evet	9	11,3	43	13,6	
Nefes Darlığı					1,000**
Hayır	74	92,5	292	92,1	
Evet	6	7,5	25	7,9	

* Pearson Ki-kare testi

** Continuity Correction Ki-kare testi

Katılımcılardan tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilgili eğitim alan hekimler ile eğitim almayan hekimlerin bu belirtilerle ilişkili olduğunu düşündükleri

durumların karşılaştırılma analizi bulgulara göre, eğitim alan hekimler kronik yorgunluk sendromunu (%86,3) eğitim almayanlara göre (%71,9) daha fazla TAB ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (p=0,013). Diğer belirtiler açısından eğitim durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p > 0,05) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Hekimlerin eğitim alma durumuna göre sık karşılaşılan tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile ilişkili durumların karşılaştırılması

İlişkili Durum	Eğitim Alan		Eğitim Almayan		p
	n=80	%	n=317	%	
İrritabl Barsak Sendromu					0,110*
Hayır	18	22,5	103	32,5	
Evet	62	77,5	214	67,5	
Kronik Yorgunluk Sendromu					0,013*
Hayır	11	13,8	89	28,1	
Evet	69	86,3	228	71,9	
Fibromiyalji					0,347*
Hayır	22	27,5	69	21,8	
Evet	58	72,5	248	78,2	
Kronik Pelvik Ağrı					0,350*
Hayır	72	90	270	85,2	
Evet	8	10	47	14,8	
Nonkardiyak Göğüs Ağrısı					0,055*
Hayır	70	87,5	244	77	
Evet	10	12,5	73	23	
Kronik Hiperventilasyon Sendromu					0,092**
Hayır	79	98,8	297	93,7	
Evet	1	1,3	20	6,3	
Huzursuz Bacak Sendromu					1,000***
Hayır	51	63,7	202	63,7	
Evet	29	36,3	115	36,3	

*: Continuity correction ki-kare testi

**: Fisher's Exact Testi

***: Pearson Ki-kare testi

Hekimlerin eğitim alıp almama durumlarına göre bilgi sorularından “hastaların çoğu fiziksel belirtilerinin nedeninin tıbben açıklanması beklentisi içindedir” görüşüne katılma durumu ($p<0,001$) ve “birinci basamakta tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler uygun yönetilmezse hekime güven azalır, hasta-hekim anlaşmazlığına neden olabilir” görüşüne katılma durumu ($p=0,011$) için iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Aile hekimlerinin eğitim durumlarına göre bilgi soruları ile ilgili diğer görüşleri gruplar arasında anlamlı bir dağılım farklılığı göstermemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.12. Hekimlerin eğitim durumlarına göre tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilişkili görüşlerinin karşılaştırılması

	Eğitim Alan		Eğitim Almayan		p
	n=80	%	n=317	%	
Birinci basamakta iş yükünün önemli bir kısmını TAB olan hastalar oluşturur düşüncesine katılma durumu					0,481*
Katılmayan	28	35	96	30,3	
Kararsız	16	20	83	26,2	
Katılan	36	45	138	43,5	
TAB olan hastaların sağlık sistemine maliyeti yüksektir görüşüne katılma durumu					0,748*
Katılmayan	7	8,7	28	8,8	
Kararsız	9	11,3	27	8,5	
Katılan	64	80	262	82,7	
Tıpta her belirti açıklanabilir tıbbi bir nedene bağlıdır görüşüne katılma durumu					0,433*
Katılmayan	51	63,7	177	55,8	
Kararsız	17	21,3	85	26,8	
Katılan	12	15	55	17,4	
Hastaların çoğu fiziksel belirtilerinin nedeninin tıbben açıklanması beklentisi içindedir görüşüne katılma durumu					<0,001*
Katılmayan	2	2,5	22	6,9	
Kararsız	11	13,8	7	2,2	
Katılan	67	83,8	288	90,9	
Birinci basamakta TAB uygun yönetilmezse hekime güven azalır, hasta hekim anlaşmazlığına neden olabilir görüşüne katılma durumu					0,011*
Katılmayan	8	10	28	8,8	
Kararsız	22	27,5	44	13,9	
Katılan	50	62,5	245	77,3	

Tablo 4.12. (Devamı) Hekimlerin eğitim durumlarına göre tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilişkili görüşlerinin karşılaştırılması

	Eğitim Alan		Eğitim Almayan		p
	n=80	%	n=317	%	
TAB genellikle kişinin psikolojik ve sosyal sorunlarının bedensel belirtilerle ifade etme eğilimidir görüşüne katılma durumu					0,051*
Katılmayan					
Kararsız	2	2,5	36	11,4	
Katılan	14	17,5	56	17,7	
	64	80	225	71	
TAB olan hastalar zor veya kronik hasta olarak değerlendirilmez görüşüne katılma durumu					0,346*
Katılmayan	34	42,5	156	49,2	
Kararsız	25	31,3	100	31,5	
Katılan	21	26,3	61	19,2	
TAB olan hastalara empati, etkili iletişim ve hasta merkezli bakım ile yaklaşılması gerekir görüşüne katılma durumu					0,312*
Katılmayan	3	3,8	27	8,5	
Kararsız	7	8,8	32	10,1	
Katılan	70	87,5	258	81,4	

*: Pearson Ki-kare testi

Aile hekimlerinin eğitim alıp almama durumlarına göre TAB ile başvuran hastalara karşı tutum ve davranışlarının karşılaştırılması yapıldığında üzgün, sıkıntılı ve gergin hissetme ($p=0,007$), tanı koyamayacağını düşünme ($p=0,002$), fazla vaktini alacağını düşünme ($p=0,002$) ve kendini yeterli ve rahat hissetme ($p=0,035$) sorularına verilen cevaplarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Diğer sorgulanan davranış ve tutumlar eğitim alan ve almayan grupta benzer sıklıkta dağılmış gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılıklar saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.13). Sonuç olarak, hekimlerin eğitim durumları TAB ile başvuran hastalara yönelik tutum ve davranışlarında farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgular, eğitimin hekimlerin TAB ile başvuran hastalara yaklaşımında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.13. Hekimlerin eğitim durumlarına göre tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle başvuran hastalara karşı tutum ve davranışların karşılaştırılması

	Eğitim Alan		Eğitim Almayan		p
	n=80	%	n=317	%	
Üzgün, Sıkıntılı ve Gergin Hissetme					
Katılmayan	45	56,3	118	37,2	0,007*
Kararsız	19	23,8	119	37,5	
Katılan	16	20	80	25,2	
Tanı Koyamayacağını Düşünme					
Katılmayan	43	53,8	106	33,4	0,002*
Kararsız	22	27,5	98	30,9	
Katılan	15	18,8	113	35,6	
Fazla Vaktimi Alacağını Düşünüp Ne Yapacağını Bilememe					
Katılmayan	50	62,5	128	40,4	0,001*
Kararsız	18	22,5	81	25,6	
Katılan	12	15	108	34,1	
Kendini Yeterli ve Rahat Hissetme					
Katılmayan	12	15	59	18,6	0,035*
Kararsız	24	30	134	42,3	
Katılan	44	55	124	39,1	
Davranış Terapisi Önerme					
Katılmayan	9	11,3	70	22,1	0,091*
Kararsız	22	27,5	81	25,6	
Katılan	49	61,3	166	52,4	
Belirtileri Hafifletecek İlaç Reçete Etme					
Katılmayan	2	2,5	26	8,2	0,165*
Kararsız	13	16,3	58	18,3	
Katılan	65	81,3	233	73,5	
Üst Basamak Sağlık Kuruluşuna Sevk Etme					
Katılmayan	5	6,3	30	9,5	0,468*
Kararsız	24	30	78	24,6	
Katılan	51	63,7	209	65,9	
Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Önerme					
Katılmayan	17	21,3	99	31,2	0,203*
Kararsız	28	35	92	29	
Katılan	35	43,8	126	39,7	

*: Pearson Ki-kare testi

5. TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık sisteminde önemli bir yere sahiptir ve aile sağlığı merkezleri kişilerin kolaylıkla ulaşılabilir oldukları kuruluşlardır. Bu nedenle aile hekimlerinin tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler ile ilgili görüşlerini konu alan çalışmalar literatürde oldukça önemli bir yere sahiptir. Çalışmamız ile elde ettiğimiz bulgular ile sınırlı sayıdaki yerli ve yabancı çalışmanın bulguları karşılaştırılarak tartışılacaktır.

Çalışmaya katılan 397 aile hekiminin yaş ortalaması $45,2 \pm 9,5$ bulunmuştur. Yaş ortalamasının bu düzeyde olması katılımcı hekimlerin mesleki tecrübelerinin olduğu ve aile hekimliği uygulamasında kalıcı olarak çalışmayı tercih ettikleri şeklinde izah edilebilir. Çalışmaya katılan hekimlerin %42,3'ü kadın, %57,7'si erkekti. Ankara'daki aile sağlığı merkezlerinde çalışan 263 aile hekimi ile yapılan bir çalışmada yaş ortalaması $43,05 \pm 10,27$ ve katılımcıların %41,1'i kadın %58,9'u erkek olduğu görülmüştür (113).

Çalışmamızda katılan hekimlerin branş dağılımı %20,2'si uzman, %69,0'ı sözleşmeli ve %10,8'i sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekim olarak belirlenmiştir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada Ankara'da aile sağlığı merkezlerinde görev yapan 191 aile hekiminin %24,1'i (n=46) aile hekimliği uzmanı, %16,8'i (n=32) sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekim, %53,4'ü (n=102) pratisyen hekim olduğu görülmektedir (114).

Birim nüfusun ortanca değeri 3600 (1566-4000) kişi olarak bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen hekimlerin %17,6'sının birim nüfusu 2700 ve altı, %39,0'ının 2701-3699 arası, ve %43,3'ünün 3700 ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin günlük muayene sayısı ortalama olarak $65,5 \pm 18,9$ ortanca değeri ise 62 (25 - 150) olarak belirlenmiştir. Aile hekimliğinde çalışan hekimlerin günlük muayene sayıları gruplara ayrılarak incelendiğinde ise katılımcıların %8,8'inin günlük muayene sayısı 40 veya daha az, %38,8'inin 41-60 arasında, %37,0'inin 61-80 arasında, %12,8'inin 81-100 arasında ve %2,5'inin ise 100'den daha fazla olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin hastaya ortalama $6 \pm 2,9$ dk, ortanca ise 5 (2-20) dk ayırdığı gözlenmiştir. Özellikle %64,2'si ise 5 dakika ve altında hasta değerlendirmektedir. Ankara'daki

124 AH görüşülerek yapılan başka bir araştırmada bağlı nüfus ortalaması 3797, günlük muayene sayısı 55, hastaya ayrılan zaman 8 dakikadır (115). Bir diğer çalışmada Erzurum’da görev yapan 152 pratisyen hekimin ortalama hasta muayene zamanının 5 dakika olduğu görülmektedir (116). Sosyal medya hesaplarından AH’ler ile iletişime geçilerek 228 ile hekimine yapılan anket sonucunda hekimlerin hastalara ayrılan zaman ortalama 4 dakika olduğu sonucu tespit edilmiştir (117). Sağlık hizmetlerinde ülkeler arası farklılıkları inceleyen bir çalışmada 67 ülkenin verileri taranarak birinci basamak hekimlerinin muayene süresinin dünya genelinde belirgin farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur. Dünya nüfusunun yaklaşık %50’sini kapsayan 18 ülkede en son bildirilen ortalama muayene süresi 5 dakika veya daha azdır (118).

Aile sağlığı merkezlerine başvuran TAB hastalarından hikâye alma, özgeçmiş sorgulama, fizik muayene ve tetkikler yapılması zaman kısıtlılığı ve yoğunluk nedeni ile yetersiz kalmaktadır. Açıklanamayan belirtilerle tekrar başvuran hastanın kayıtları ayrıntılı olarak tutulamamaktadır. Hastalara belirtilerini azaltıcı ilaç reçete edilmekte veya ilgili uzman hekim muayenesi için bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmektedir. Bu durum hasta hekim iletişiminde sorunlar çıkmasına neden olmaktadır. Aile hekimlerinin %50,2’si hastaların aynı belirtilerle sık ve çok sık tekrar başvuru yaptığını belirtmişlerdir. Bu bulgumuzla ilgili literatürde çalışma sonucuna ulaşılammıştır.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin çoğunluğu tıp fakültesinden mezuniyet öncesi ve sonrası TAB ile ilgili eğitim almadığını ifade etmiş ve TAB konusunda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu durum konu ile ilgili aile hekimlerine eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapılmasının gerekliliğini göstermektedir. Terminolojideki belirsizlik ve birçok klinikle ilgili belirtileri içerdiğinden ülkemizde eğitim kaynağı sınırlı sayıdadır. İtalya’da 347 aile hekiminin katıldığı çalışmada hekimlerin TAB hakkındaki başlıca eğitim kaynakları bilimsel makaleler ve sürekli tıp eğitimi kursları olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin çoğunun (%77,5) TAB hakkında daha fazla eğitime ihtiyaç duyduğu ve aile hekimlerinin daha genç yaşta olmaları ve daha düşük çalışma süreleri, TAB'a verilen olumsuz duygusal tepkilerle önemli ölçüde ilişkili olduğu yayınlanmıştır (119).

Katılımcılara sık görülen belirtilerin hangilerine tıbbi olarak açıklama bulunamadığı sorulmuş cevap olarak en fazla yorgunluk, şişkinlik ve yaygın vücut ağrısı cevabı verildiği dikkat çekmektedir. Hollanda birinci basamak kayıtlarında, yorgunluk ikinci en yaygın başvuru belirtisidir (120). Çalışmamıza katılan aile hekimlerine TAB ile ilişkili durumlardan fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu ve irritabl barsak sendromu ile sık karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Bir önceki soruya en fazla verilen cevaplar olan yorgunluk, şişkinlik ve yaygın vücut ağrısı ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda AH'lerin %43,8'i birinci basamak iş yükünün önemli bir kısmını TAB olan hastaların oluşturduğuna katılmaktadır ve %82,1'i TAB olan hastaların sağlık sistemine maliyetinin yüksek olduğunu düşünmektedir. Literatürde tüm birinci basamak muayenelerinin ortalama %15-30'unun TAB için olduğu görülmektedir (121).

AH'lerin %83,9'u tıpta her belirtinin açıklanabilir bir nedeninin olmayacağı konusunda görüş belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılan AH'lerin % 89,4'ü hastaların çoğunun fiziksel belirtilerinin tıbben açıklanması beklentisi içinde olduğunu, %74,3'ü birinci basamakta TAB'ın uygun yönetilmediğinde hekime güvenin azalabileceğini ve hasta-hekim anlaşmazlıklarına neden olabileceğini, %79'ü TAB hastalarının zor veya kronik hasta olduğunu düşünmektedir. Literatürde birinci basamak hekimlerinin bilgi düzeylerini araştıran çalışmamıza benzer soruları içeren karşılaştırma yapacak araştırma bulunamamıştır.

Çalışmamıza katılan AH'lerin TAB hastalarına karşı %24,2'si kendini üzgün, sıkıntılı ve gergin hissettiğini, %32,3'ü tanı koyamayacağını, %30,2'si bu tür hastaların fazla vakit alacağını, %42,3'ü ise bu hastalar karşısında kendini yeterli ve rahat hissetmediğini düşünmektedir. Reid, Steven ve arkadaşlarının Güney Thames bölgesinde 284 aile hekimine TAB neden ve tutumlarına yönelik yaptığı anket çalışmasının sonucunda; genel olarak TAB'lı hastaların yönetiminin zor olduğu düşünülse de, çoğu hekim TAB'lı hastaların birinci basamakta yönetilmesi gerektiğini düşünmektedir. Katılımcıların yarısından daha azı TAB için etkili tedavilerin mevcut olduğunu düşünmektedir (122). Howman ve arkadaşlarının Londra'daki 80 aile hekimine yaptığı bir anket çalışması sonucunda TAB hastasının

doğasında var olan belirsizliği yönetmekte zorlandığını, sıklıkla aşırı araştırma yaptıklarını veya kendi güvenceleri için sevk ettiklerini düşündüklerini göstermiştir. Olası psikolojik yönleri ele almakta ve/veya hastalara belirtileri için uygun açıklamalar yapmakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Eğitimleri boyunca daha fazla hazırlık yapılması gerektiğini düşünmüşlerdir. Bazıları daha olumlu deneyimler yaşamış ve genellikle birkaç muayeneden ve hastayla bir ilişki geliştirdikten bu tür görüşmelerin daha kolay olacağını düşünmüştür (123). Hollanda'da Juul Houwen ve arkadaşlarının aile hekimlerinin 393 hasta muayenesi videoya kaydedilerek yaptığı bir çalışmada muayenelerin 43'ü TAB ile ilgili olduğu bulunmuştur. Çalışma ile tespit edilen TAB hastaları ciddiye alınmak istediklerini söylemiştir. Hastalara göre, hekimler birey olarak kendilerine empatik ilgi gösterdiğinde, hastayla işbirliği yaparak iyi bir görüşme sağladığında ve belirtilerini derinlemesine araştırarak hekime olan güven duyguları artmaktadır (124). Hekimlerin tutumları ile ilgili elde ettiğimiz veriler bu çalışmalar ile büyük ölçüde uyumludur. Genel olarak açıklanamayan belirtileri olan hastaların zor olduğu, açıklama yapmakta zorlanıldığı ve eğitim alma isteği görülmüştür.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %54,2'si TAB ile başvuran hastalara davranış terapisi önerirken, %74,9'u belirtileri hafifletecek ilaç reçete ettiğini, %40,6'sı geleneksel alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemleri önerdiğini ve %65,5'i üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ettiğini bildirmiştir. Laura Sirri ve arkadaşlarının kuzey İtalya bölgesindeki toplam 347 aile hekimi ile yaptığı araştırma sonucunda TAB düşünülen hastada tıbbi bir hastalığı ihmal etme korkusu en sık (%59,1) verilen yanıt olmuştur. Güvence ve destek sağlamak (%73,8) ve hastayı dinlemek (%69,2) en sık kullanılan yönetim stratejileridir. Aile hekimlerinin yarısından fazlası psikolojik müdahaleleri TAB için çok faydalı olarak değerlendirmiştir. Ancak, pratisyen hekimlerin sadece üçte biri psikologların TAB yönetimindeki rolü hakkında bilgi sahibiydi (119). Kate Sitnikova ve arkadaşları Hollanda'da TAB'lı yetişkin birinci basamak hastaları üzerinde gözlemsel bir çalışma yapmıştır. Hollanda'daki 30 farklı AH biriminden çalışmaya katılan hastaların elektronik tıbbi kayıtları incelenerek sonuçlar çıkarılmıştır. Aile hekimlerinin TAB muayeneleri sırasındaki yönetim stratejilerine ilişkin veriler, her hasta için 5 yıllık bir dönemde toplanmıştır. Veriler 1035 hastanın muayenesinden toplanmıştır. AH'lerin öykü

almanın yanı sıra en sık kullanılan tanı stratejileri fizik muayene olmuştur. Sıklıkla kullanılan tedavi stratejileri ilaç reçete etmek ve açıklama yapmak olmuştur. En az kullanılan stratejiler ise tüm şikayet boyutlarının araştırılması, bir psikolog veya psikiyatriste sevk olmuştur (125). Maribur Üniversitesi Tıp Fakültesinden Vojislav İvetić ve arkadaşlarının Slovenya'da aile hekimlerinin TAB hastalarını belirleme ve tedavi etme yaklaşımlarına ilişkin inanç ve görüşlerini belirlemek için temmuz eylül 2011 tarihleri arasında beş odaklı bir çalışma yapmıştır. Sonuçta nitel (odak grupları) ve nicel analizlere (anketler) dayanarak, aile hekimlerinin TAB'ın tanımlanması ve tedavi yaklaşımları konusunda iyi tanımlanmış bakış açılarına ve inançlara sahip olduğunu, hekimlerin çoğunluğu açıklanamayan belirtilerin önlenmesine ve TAB olan hastaların tedavisine öncelik vermekte ve hasta yönetiminde hastayla iyi iletişimin şart olduğu konusunda hemfikir olduğu tespit etmişlerdir. Hekimlerin çoğunluğu TAB olan hastaların işlerini zorlaştırdığını ve hekimin hastanın sorunlarına karşı anlayışlı olmasının ve bu tür hastalara karşı destekleyici bir tutum sergilemesinin TAB tedavisinde kilit unsurlar olduğunu düşünmektedir (126). Çalışmamız sonucundaki davranış sorularından hekimlerin davranış terapisi önerisinin yüksekliği diğer çalışmaların tümü ile uyumlu değildir. Genelde ilaç reçete etmek ve üst basmağa sevk davranış olarak literatür ile uyumludur.

6. SONUÇ

Çalışmamızın sonucu ile aile hekimlerinin tıbbi olarak açıklanamayan belirtileri tanımlama, etkin bir şekilde müdahale etme, doğru yaklaşımla tedavi etme konusunda orta düzeyde bilgileri olduğu görülmektedir. Hekimlerin eğitim alıp almama durumlarına göre tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilişkili hastaların çoğu fiziksel belirtilerinin nedeninin tıbben açıklanması beklentisi içindedir ve uygun yönetilmezse hekime güven azalır, hasta-hekim anlaşmazlığına neden olabilir görüşünde olduğu ve hekimlerin çoğunluğunun açıklanamayan belirtili hasta karşısında kendisini rahat ve yeterli hissettiği sonucu elde edilmiştir.

7. KAYNAKLAR

1. Burton C. Beyond somatisation: a review of the understanding and treatment of medically unexplained physical symptoms (MUPS). *British Journal of General Practice* 53.488, 2003; 231-239.
2. Creed F, Arthur B, Kari Ann L. *Epidemiology: prevalence, causes and consequences*. Cambridge University Press & Assessment *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress*. 2011 1-42.
3. Poloni N, Ielmini M, Caselli I, Ceccon F, Bianchi L, Isella C. Medically unexplained physical symptoms in hospitalized patients: a 9 year retrospective observational study. *Frontiers In Psychiatry* 9, 2018; 626.
4. Edwards TM, Stern A, Clarke D, Ivbijaro G. "The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature." *Mental Health In Family Medicine* 7.4 2010; 209.
5. Burton C, McGorm K, Richardson G, Weller D, Healthcare costs incurred by patients repeatedly referred to secondary medical care with medically unexplained symptoms: a cost of illness study. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2012, 72.3: 242-247.
6. Salmon P, Ring A, Dowrick C, Humphris G. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized?. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2005, 59.4: 255-260.
7. Garcia-Campayo J, Sanz-Carrillo C, Yoldi-Elcid A, Aylon R, Monton, C. Management of somatisers in primary care: are family doctors motivated?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1998, 32.4: 528-533.
8. Steinmetz D, Tabenkin H. The difficult patient as perceived by family physicians. *Family practice*, 2001, 18.5: 495-500.
9. Ring A, Dowrick C, Humphris G, Salmon P. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. *British Medical Journal*, 2004, 328.7447: 1057.
10. Heijmans M, olde Hartman T.C, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen P. L, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Family practice*, 2011, 28.4: 444-455.

11. Tim C, van Rijswijk E, van Dulmen S, van Weel Baumgarten E, Lucassen L, van Weel C. How patients and family physicians communicate about persistent medically unexplained symptoms. A qualitative study of video-recorded consultations. *Patient Education and Counseling*, 2013, 90.3: 354-360.
12. Peveler R, Kilkenny L, Kinmonth, A. L. Medically unexplained physical symptoms in primary care: a comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *Journal Of Psychosomatic Research*, 1997, 42.3: 245-252.
13. Creed F, Henningsen P, Fink P. Medically unexplained symptoms, somatisation and bodily distress: developing better clinical services. Cambridge University Press, 2011.
14. Murray M, Toussaint A, Althaus A, Löwe, Alexandra M. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2016, 80: 1-10.
15. Chitnis A, Dowrick C, Byng R. Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms. Royal College of General Practitioners and Royal College of Psychiatrists, London. 2011. 15
16. Dimsdale J. E. Medically unexplained symptoms: a treacherous foundation for somatoform disorders?. *Psychiatric Clinics*, 2011, 34.3: 511-513.
17. Rasmussen E. B. Making and managing medical anomalies: Exploring the classification of 'medically unexplained symptoms'. *Social Studies Of Science*, 2020, 50.6: 901-931.
18. Husain M, Chalder T. Medically unexplained symptoms: assessment and management. *Clinical Medicine*, 2021, 21.1: 13.
19. Konnopka A, Schaefer R, Heinrich S, Kaufmann C, Lupp M, Herzog W. Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 2012, 81.5: 265-275.
20. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 2015, 112.16: 279.
21. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 1988; 145(11), 1358-1368.
22. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine*, 1999; 130(11), 910-921.

23. Nakamura Y, Takeuchi T, Hashimoto K, Hashizume M. Clinical features of outpatients with somatization symptoms treated at a Japanese psychosomatic medicine clinic. *BioPsychoSocial Medicine*, 2017; 11(1), 1-5.
24. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 2005; 162(5), 847-855.
25. O'Leary D. Why bioethics should be concerned with medically unexplained symptoms. *The American Journal of Bioethics*, 2018, 18.5: 6-15.
26. Brown R.J. Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: background and future directions. *Clinical Psychology Review*, 2007, 27.7: 769-780.
27. Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 2007, 27.7: 781-797.
28. Kent C, McMillan G. A CBT-based approach to medically unexplained symptoms. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2009; 15(2), 146-151.
29. Henningsen P, Gündel H, Löwe B, Martin A, Rief W. Persistent physical symptoms as perceptual dysregulation: a neuropsychobehavioral model and its clinical implications. *Psychosomatic Medicine*, 2018, 80.5: 422-431.
30. Vreijling S.R, Troudart Y, Brosschot J. F. Reduced heart rate variability in patients with medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis of HF-HRV and RMSSD. *Psychosomatic Medicine*, 2021, 83.1: 2-15.
31. Bourke J.H, Langford R.M, White P.D. The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2015, 78.3: 228-236.
32. Burton C, Fink P, Henningsen P, Löwe B, Rief W. Functional somatic disorders: discussion paper for a new common classification for research and clinical use. *BMC Med*, 2020, 18.1: 34.
33. Deary I.J, Scott S, Wilson J.A. Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personality and Individual Differences*, 1997, 22.4: 551-564.
34. Aamland A, Malterud K, Werner E.L. Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *Boston Medical Center Family Practice*, 2014, 15: 1-6.

35. Nimmo SB. Medically unexplained symptoms. *Occupational Medicine*, 2015;65:92-94
36. Ihlebæk C, Eriksen H.R, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 2002, 30.1: 20-29.
37. Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *Journal Of Psychosomatic Research*, 2004, 56.4: 445-448.
38. Fink P, Sorensen L, Engberg M, Holm M, Munk P. Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 1999, 40.4: 330-338.
39. Khan A A, Harezlak J, Tu W, Kroenke Somatic symptoms in primary care: etiology and outcome. *Psychosomatics*, 2003, 44.6: 471-478.
40. Escobar JI, Waitzkin H, Silver RC, Gara M, Holman A. Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 1998, 60.4: 466-472.
41. Van Hemert AM, Hengeveld MW, Bolk JH, Rooijmans HG, Vandenbroucke JP. Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. *Psychological Medicine*, 1993, 23.1: 167-173.
42. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *American Journal Of Medicine*, 1989, 86.3: 262-266.
43. Smith GR, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms: their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archives Of Internal Medicine*, 1986, 146.1: 69-72.
44. Koch H, van Bokhoven MA, Riet GT, Dinant T. Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice. *Quality of Life Research*, 2007, 16: 1483-1489.
45. Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 2006, 23.4: 414-420.
46. Nimnuan C, Hotopf M, Wessely S. Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2001, 51.1: 361-367.
47. Mcbeth J, Tomenson B, Chew Graham CA, Macfarlane GJ, Jackson J. Common and unique associated factors for medically unexplained chronic widespread pain and chronic fatigue. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2015, 79.6: 484-491.

48. Hanssen DC, van Driel TW, Hilderink PH, et al. psychiatric characteristics of older persons with medically unexplained symptoms: A comparison with older patients suffering from medically explained symptoms. *European Psychiatry*. 2020;63.
49. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 2011, 52.3: 263-271.
50. Brown RJ. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 2004; 130(5), 793.
51. Rief W, Barsky AJ. Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 2005; 30(10), 996-1002.
52. Van der Hart O, Horst R. The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal Of Traumatic Stress*, 1989; 2(4), 397-412.
53. Gershuny BS, Thayer JF. Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 1999; 19(5), 631-657.
54. Brown RJ, Schrag A, Trimble MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2005, 162(5), 899-905.
55. Nijenhuis ER, SpinhovenP, Van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1998; 11, 711-730.
56. Roelofs K, Spinhoven P. Trauma and medically unexplained symptoms: Towards an integration of cognitive and neuro-biological accounts. *Clinical psychology review*, 2007; 27(7), 798-820.
57. Young RJ. Freud on Cultural Translation. *A Concise Companion to Psychoanalysis, Literature, and Culture*, 2014; 367-384.
58. Kirmayer LJ, Suzanne C. Somatoform disorders. *Adult Psychopathology and Diagnosis*, 1997; 3, 333-383.
59. Kirmayer LJ, Robbins JM. Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *Journal of Nervous And Mental Disease*, 1991; 179(11), 647-655.

60. Hickie I, Kirk K, Martin N. Unique genetic and environmental determinants of prolonged fatigue: a twin study. *Psychological Medicine*, 1999; 29(2), 259-268.
61. Fiddler M, Jackson J, Kapur N, Wells A, Creed, F. Childhood adversity and frequent medical consultations. *General Hospital Psychiatry*, 2004; 26(5), 367-377.
62. Reid S, Crayford T, Patel A, Wessely S, Hotopf M. Frequent attenders in secondary care: a 3-year follow-up study of patients with medically unexplained symptoms. *Psychological Medicine*, 2003 33(3), 519-524.
63. Henningsen P, Jakobsen T, Schiltenwolf M, Weiss MG. Somatization revisited: diagnosis and perceived causes of common mental disorders. *Journal of Nervous And Mental Disease*, 2005; 193(2), 85-92.
64. Barsky AJ, Orav JE, Delamater BA, Clancy SA, Hartley LH. Cardiorespiratory symptoms in response to physiological arousal. *Psychosomatic Medicine*, 1998 60(5), 604-609.
65. Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 1988 50(5), 510-519.
66. Rief W, Broadbent E. Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 2007; 27(7), 821-841.
67. Blake N. Medically Unexplained Symptoms Year Funding from Mental Health, 2017; <https://www.positivehealth.com/article/cfs-me-long-covid/medically-unexplained-symptoms-diverting-5-year-funding-from-mental-health> (Erişim Tarihi: 08.07.2023)
68. Enck P, Aziz Q, Barbara G, Farmer AD, Fukudo S, Mayer EA, et al. Irritable bowel syndrome. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 ve 2(1):1-24.
69. Corazzari E. (2004). Definition and epidemiology of functional gastrointestinal disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18(4), 613-631.
70. Drossman D A, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. (2002). AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 123(6), 2108-2131.
71. Ballou S, Bedell A, Keefer L. Psychosocial impact of irritable bowel syndrome: A brief review. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*, 2015 6(4), 120.
72. Gracie DJ, Hamlin P J, Ford AC. (2019). The influence of the brain–gut axis in inflammatory bowel disease and possible implications for treatment. *Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 4(8), 632-642.

73. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group: The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med*, 1994; 121(12), 9.
74. Wiborg JF, van der Werf S, Prins JB, Bleijenberg G. Being homebound with chronic fatigue syndrome: A multidimensional comparison with outpatients. *Psychiatry research*, 2010. 177(1-2): p. 246-249.
75. Foster CM. Chronic fatigue syndrome/myalgic encephalopathy. *Dietetic and Nutrition Case Studies*, 2016; p. 78-80.
76. Shepherd DC, Chaudhuri A. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome. An exploration of the key clinical issues. 2017; Myalgic Encephalomyelitis Association Clinical & Research Guide.
77. Fayaz A, Croft P, Langford RM, Donaldson LJ, Jones GT. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. 2016; *British Medical Journal* , 6(6), e010364.
78. Wolfe F, Walitt B, Perrot S, Rasker JJ, Häuser W. Fibromyalgia diagnosis and biased assessment: Sex, prevalence and bias. *PloS one*, 2018; 13(9), e0203755.
79. Robinson RL, Kroenke K, Mease P, et al. Burden of illness and treatment patterns for patients with fibromyalgia. *Pain Medicine*, 2012; 13(10), 1366-1376.
80. Kia S, Choy E. Update on treatment guideline in fibromyalgia syndrome with focus on pharmacology. *Biomedicines*, 2017; 5(2), 20.
81. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al, Eular revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of The Rheumatic Diseases*, 2017; 76(2), 318-328.
82. Papadopoulou D, Fassoulaki A, Tsoulas C, Siafaka I, Vadalouca A. A meta-analysis to determine the effect of pharmacological and non-pharmacological treatments on fibromyalgia symptoms comprising omeract-10 response criteria. *Clinical Rheumatology*, 2016; 35, 573-586
83. Latthe P, Latthe M, Say L, Gülmezoglu M, Khan KS. (2006). World Health Organization systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *British Medical Journal Public Health*, 2006; 6(1), 1-7.
84. Daniels JP, Khan KS. Chronic pelvic pain in women. *British Medical Journal*, 2010; 341.

85. Fass R, Achem SR. Noncardiac chest pain: epidemiology, natural course and pathogenesis. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 2011; 17(2), 110.
86. Eslick, GD, Coulshed DS, Talley NJ. (2005). Diagnosis and treatment of noncardiac chest pain. *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*, 2005; 2(10), 463-472.
87. Fass R, Dickman R. Noncardiac chest pain: an update. *Neurogastroenterology & Motility*, 2006; 18(6), 408-417.
88. Leise MD, Locke GR, Dierkhising RA, et al. Patients dismissed from the hospital with a diagnosis of noncardiac chest pain: cardiac outcomes and health care utilization. In *Mayo Clinic*, 2010; 323-330.
89. Lazarescu A, Demers-Leblanc A, Kamal A. Esophageal Hypersensitivity and Functional Dyspepsia. In *AFS Textbook of Foregut Disease Cham: Springer International Publishing*. 2023; 69-75.
90. Pfortmueller CA, Pauchard-Neuwerth SE, Leichtle AB, Fiedler GM., Exadaktylos, AK, Lindner G. Primary hyperventilation in the emergency department: a first overview. *PLoS One*, 2015; 10(6), e0129562.
91. Garssen B, Rijken H. Clinical aspects and treatment of the hyperventilation syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1986; 14(1), 46-68.
92. Brashear RE. Hyperventilation Syndrome. *Lung*, 1983; 161, 257-273.
93. Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 185(2), 95-96.
94. Thorpy MJ. New paradigms in the treatment of restless legs syndrome. *Neurology*, 2005; 64(12 suppl 3), S28-S33.
95. Weinstock LB, Walters AS. (2015). Restless Legs Syndrome (Willis-Ekbom Disease) and Gastrointestinal Diseases. In *Modulation of Sleep by Obesity, Diabetes, Age, and Diet*. Academic Press. 2015; 235-242
96. Aurora RN, Kristo DA, Bista SR; et al. The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in adults an update for 2012: Practice Parameters With an Evid. 2012; 35.8: 1039-1062.

97. Bernardy K, Klose P, Welsch P, Häuser W. Efficacy, acceptability and safety of cognitive behavioural therapies in fibromyalgia syndrome—A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Pain*, 2018, 22.2: 242-260.
98. Anderson M, Hartz A, Nordin T, et al. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Family Medicine*, 2008 40(2), 111.
99. Speckens AE, Van Hemert AM, Spinhoven P, Hawton KE, Bolk JH, Rooijmans HG. Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 1995, 311.7016: 1328-1332.
100. den Boeft M, van der Wouden JC, Rydell-Lexmond TR, Numans ME. Identifying patients with medically unexplained physical symptoms in electronic medical records in primary care: a validation study. *BMC Family Practice*, 2014, 15.1: 1-7.
101. Abbass A, Campbell S, Magee K, Tarzwell R. Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 2009, 11.6: 529-534.
102. van Ravesteijn HJ, Suijkerbuijk YB, Langbroek JA, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for patients with medically unexplained symptoms: process of change. *Journal of Psychosomatic Research*, 2014, 77.1: 27-33.
103. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *Journal Of Psychosomatic Research*, 1989, 33.6: 689-695.
104. Gask L, Dowrick C, Salmon P, et al. GASK, Linda, et al. Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *Journal Of Psychosomatic Research*, 2011, 71.5: 325-334.
105. Nimmo SB. Medically unexplained symptoms. *Occupational Medicine, RCPsych*, 2015; 65(2), 92-94.
106. van Gils A, Schoevers RA, Bonvanie IJ, Gelauff JM, Roest AM, Rosmalen JG. Self-help for medically unexplained symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 2016, 78.6: 728-739.
107. Aiarzaguena JM, Gaminde I, Clemente I, Garrido E. Explaining medically unexplained symptoms: somatizing patients' responses in primary care. *Patient Education and Counseling*, 2013, 93.1: 63-72.

108. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 2002, 48.2: 177-187.
109. Payne H, Brooks SDM. (2020). A qualitative study of the views of patients with medically unexplained symptoms on The BodyMind Approach®: employing embodied methods and arts practices for self-management. *Frontiers in Psychology*, 2020, 11: 554566.
110. Jackson JL, George S, Hinchey S. Medically unexplained physical symptoms. *Journal of General Internal Medicine*, 2009, 24: 540-542.
111. Goel A, Ranjan P, Klanidhi KB, Deb KS. Comprehensive Treatment Module for Medically Unexplained Physical Symptoms–A Guide for General Practitioners. *Cureus*, 2021, 13.7.
112. Clauw DJ. Guided graded exercise self-help as a treatment of fatigue in chronic fatigue syndrome. *Lancet*, 2017, 390.10092: 335-336.
113. Koçyiğit E. Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin, aile sağlığı merkezlerinde bulundurulması zorunlu tıbbi cihaz ve ilaçları kullanım durumlarının değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı 2022.
114. Yılmaz T. Ankara'daki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin sağlam çocuk takibinde bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, 2017.
115. Bulut S, Uğurluoğlu Ö. Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2018; 118-132.
116. Vançelik S, O Güraksın, A, Beyhun E. Pratisyen hekimlerin reçete yazımını şekillendiren faktörler ve akılcı ilaç kullanım kriterlerini önemseme durumları. *Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy*, 2006; (2), 65-76.
117. Ekiyor A, Gök G. Akılcı ilaç kullanımı hekim eczacı tutum davranışları, İstanbul, 2021, 60-62
118. Irving G, Neves A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *British Medical Journal*, 2017, 7.10: e017902.
119. Sirri L, Grandi S, Tossani E. Medically unexplained symptoms and general practitioners: a comprehensive survey about their attitudes, experiences and management strategies. *Family Practice*, 2017; 34(2), 201-205.

120. Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. The probability of specific diagnoses for patients presenting with common symptoms to Dutch family physicians. *J Fam Pract* 2002 ve Jou, 51: 31-36.
121. Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD. Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004; 49(10), 663-672.
122. Reid S, Whooley D, Crayford T, Hotopf M. Medically unexplained symptoms GPs' attitudes towards their cause and management. *Family Practice*, 2001; 18(5), 519-523.
123. Howman M, Walters K, Rosenthal J, Ajjawi R, Buszewicz M. (2016). "You kind of want to fix it don't you?" Exploring general practice trainees' experiences of managing patients with medically unexplained symptoms. *BMC Medical Education*, 2016; 16, 1-10.
124. Houwen J, Lucassen PL, Stappers HW, Assendelft PJ, van Dulmen S, olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms: the person, the symptoms and the dialogue. *Family practice*, 2017; 34(2), 245-251.
125. Sitnikova K, Pret-Oskam R, Dijkstra-Kersten SM, et al. (2018). Management of patients with persistent medically unexplained symptoms: a descriptive study. *BMC Family Practice*. 2018; 19: 1-19
126. Ivetic V, Susic TP, Pasic K, Selic P. Beliefs and viewpoints of family medicine physicians on approaches to identify and treat medically unexplained symptoms. *Acta Medico-Biotechnica*, 2016; 9(2), 47-57

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Mehmet FIRINCI

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu:

Medeni durumu:

Askerlik durumu:

İletişim adresi:

Yabancı dili:

II- Eğitimi

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi 1988-2006

Malatya Ş.K.Ö. Endüstri Meslek Lisesi 1984-1988

Malatya İ.H.L. Ortaokulu 1981-1984

Malatya Fırat İlkokulu 1976-1981

III- Unvanları

Pratisyen Hekim 1996-2017

Aile Hekimliği Asistanlığı 2017-2023

IV- Mesleki Deneyimi

Van Merkez 4 nolu Sağlık Ocağı 1996-1999

Van Doğumevi Hastanesi 1999-2002

Van Yüksek İhtisas Hastanesi 2002-2006

Van Merkez 3 nolu Sağlık Ocağı 2006-2008

Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu 2012-2013

Çankaya 6 Nolu ASM 2013-2022

Etimesgut Ayyıldız ASM 2022-2023

VII- Bilimsel Etkinlikleri

İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi 1996

Kan Merkezi ve Transfüzyon Eğitimi 2004

Aile Hekimliği Uyum Eğitimi 2010

9. EKLER

EK-1. ÇALIŞMA İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.10.2022-174782



T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :E-86241737-100--174782
Konu : Tez İnceleme ve Değerlendirme
Akademik Kurulu Kararları

DAĞITIM YERLERİNE

Gülhane Tıp Fakültesi Tez İnceleme ve Değerlendirme Akademik Kurulu 13.10.2022 tarihinde saat 14:00'da Gülhane Tıp Fakültesi Dekan Yardımcısı Doç.Dr.Özhan ÖZDEMİR başkanlığında üyelerin uzaktan dijital ortamda online katılımı ile toplanmıştır.

Toplantıda, Dekanlığımızla afileye olan SUAM'larda görevli 85 (seksen beş) uzmanlık öğrencisine ait tez incelenerek değerlendirilmiş olup; tezlerle ilgili Ek'teki kararların alınmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

Prof. Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
Dekan

Ek:Kurul Kararı

Dağıtım:
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığına
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı
Başkanlığına
Hava ve Uzay Hekimliği Anabilim Dalı
Başkanlığına
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Başkanlığına
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığına
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığına
Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı Başkanlığına
Ankara Atatürk Sanatoryum Sağlık Uygulama ve
Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğüne
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : *BSE56PLTY0* Pin Kodu : 82082
Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Yerleşkesi Emrah Mah. 0618
Etilik/Keçiören/ANKARA
Telefon: 0 312 304 61 73 Faks: 0 312 304 61 90
Web: http://sbu.edu.tr
Kep Adresi: sbu@hs01.kep.tr

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys>

Bilgi için: Levent YILDIRIM
Unvanı: Uzman



				Çalışmanın yeri genel yerine özel olarak ifade edilmelidir.
11	Dr. Ahmet ÖZSOY	Ankara Yıldırım SUAM	Dışkapı Beyazıt	hsTnT Testinin Biyolojik Varyasyon Değerlerinin Tespit Edilmesi"
12	Dr. Selen ZORLUTUNA	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM		Patolojik tanısı olmayan lezyonlarda tam tümör eksizyonu yapılmalı mı
13	Dr. Özge GÜRSÖZLÜ	Ankara Atatürk Sanatoryum SUAM		Bariatrik cerrahi planlanan hastalarda akupunktur uygulamasının ameliyat öncesi anksiyete üzerine etkisi
14	Dr.Cihan ÜNAL	Ankara SUAM	Şehir	Sağlık çalışanlarında covid 19 aşılama sonrası yan etkilerin değerlendirilmesi : Hastane tabanlı kesitsel çalışma
15	Dr.Naci YILMAZ	Ankara SUAM	Şehir	Çocuklarda rhinovirüs enfeksiyonlarının klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi
16	Dr.Deniz YILMAZ	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM		Major Abdominal cerrahi geçiren hastalarda intreperatif akciğere uygulanan mekanik gücün postoperatif pulmoner komplikasyonlarla ilişkisi
17	Dr. Ömer DELİBALTA	Ankara Yıldırım SUAM	Dışkapı Beyazıt	Endovasküler teknikle müdahale edilen Aort anevrizması hastalarında internaliliak arter revaskülarizasyon stratejisi
18	Dr. İhsan AĞAR	Ankara SUAM	Sağlık	Ankara ilinde görev yapan Aile Hekimliği uzmanlık öğrencilerinin B 12 vitamini bozuklukları konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirmesi
19	Dr.Güçlü Sezai KILIÇOĞLU	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM		Definitif kemoradyoterapi uygulanan serviks kanserli hastalarda manyetik rezonans görüntülemesinde difüzyon histogram analizinin sağkalım ve nüksü öngörmedeki prediktif değeri
20	Dr. Mustafa BAYRAKÇEKEN	Ankara SUAM	Sağlık	Ankara ilindeki aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin uyuşturucu madde bağımlılığı hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi
21	Dr. Deniz ÖZTÜRK ATAN	Ankara SUAM	Şehir	Polikistik Over Sendromlu Hastalarda Midkine düzeyinin önemi
22	Dr. Fatmanur ECE AYDOĞDU	Ankara SUAM	Şehir	Endometriozis nedeni ile opere edilen hastalarda endometrioma varlığı ve boyutu ile koagülasyon ve inflamasyon parametreleri arasındaki ilişkinin incelenmesi
23	Dr. Kübra TANRIKULU	Ankara SUAM	Şehir	12 Yaş ve Üstü Çocuğu Olan Ebeveynlerin Çocuklarına COVID-19 Aşılarını Yaptırmaları Hakkında Düşünce ve Tutumları
24	Dr.Tuğba ULU	Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji SUAM		Primer akciğer kanseri veya akciğer metastazi nedeniyle kliniğimizde stereotaktik vücut Radyoterapisi (SBRT) uygulanan hastaların tedavi sonuçlarının retrospektif olarak incelenmesi
25	Dr. Semih Fazlı KAYAHAN	Ankara SUAM	Sağlık	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran 18 yaş kişilerde troit stimulan hormon TSH serbest troksin (s T4) ve serbest triodotironin(s T3) için yapay zeka uygulamaları kullanılarak indirekt referans aralıklarının hesaplanması
26	Dr. Mehmet FIRINCI	Ankara SUAM	Sağlık	Ankara ilindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimlerinin tıbbi olarak açıklanamayan belirtilerle ilgili bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi
27	Dr. İsmet İrem ERECEKLER SAYIN	Ankara Yıldırım SUAM	Dışkapı Beyazıt	Hastaneye ayaktan başvuran 65 yaş altı ve 65 yaş üstü hastaların endoskopi ve kolonoskopi bulguları ile demir eksikliğinin ilişkisi
28	Dr.Ali Murat GÜLLERCI	Ankara SUAM	Şehir	Pelvis ve Asetabulum Kırıklarında Sistemik Traneksamik Asit Uygulamasının Kanama Miktarı ve Kan Transfüzyonuna Etkisi
				Kabul edilmedi: Hakem üyelerin ilgili program yöneticisi ve tez danışmanı dışındaki eğitimcilerden seçilmesi gerekmektedir.

EK-2. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-93471371-514.99-207990048
Konu : E.Kurul – E-22-1154- Etik Kurul Kararı

26.01.2023

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

1154 - no'lu çalışma

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden "Ankara İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapmakta Olan Aile Hekimlerinin Tıbbi Olarak Açıklanamayan Belirtilerle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle **25.01.2023** tarihinde uygun görülmüştür

Prof. Dr. UĞUR KOÇER
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 189433B0-B1C1-4C95-A5EE-31D71EA2174A

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Hacettepe Mh. Ulucanlar Cd. No:89 06230 Altındağ / ANKARA 06230

Telefon No:

e-Posta: İnternet Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi:

Bilgi için: Ayşe ÖZDEMİR
Tıbbi Sekreter

Telefon No: 03125953189



EK-3. ANKET FORMU

Ankara İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapmakta Olan AH'lerinTAbile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Sayın Meslektaşım,

“Tıbbi Olarak Açıklanmayan Belirtiler” fiziksel belirtilerin tıbben nedeninin tespit edilemediği durumlar için kullanılan kavramdır. Söz konusu kavramın tanımı ve işaret ettiği klinik karşılığı karmaşıktır. Bu çalışma ile AH'lerin konu hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma gönüllülere verilen anket formu ile yürütülecektir. Araştırmaya katılmanız tamamen isteğe bağlıdır. Anketimizde kimlik bilgileri istenmeyecektir. Katılıp katılmama kararınız nedeniyle herhangi bir risk ile karşılaşmayacaksınız. Soruların tamamına eksiksiz yanıt vermeniz araştırmamızın doğruluğu açısından çok önemlidir. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Dr. Mehmet FIRINCI Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ

Ankara EAH Aile Hekimliği

Anket Katılımcısı Onay Formu

Araştırmacılar tarafından “Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan AH'lerinTAbile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi” konulu anket çalışması hakkında bilgi verilerek çalışmaya davet edildim. Çalışmaya katılırsam bana ait bilgilerin gerek araştırma sırasında gerekse sonuçların bilimsel amaçla kullanılması sırasında gizliliğin korunacağına özenle yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırmada bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır ve finansal sorumluluk almıyorum. Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim. Katılmam konusunda zorlanmadım. Yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunuyorum.

Adı geçen çalışmada katılımcı olmayı;

- a) Kabul ediyorum
- b) Kabul etmiyorum

Tarih:/...../.....

1) Yaşınız?

2) Cinsiyetiniz?

- a) Kadın
- b) Erkek

3) Medeni durumunuz?

- a) Evli
- b) Bekâr

4) Branşınız?

- a) Aile Hekimliği uzmanı
- b) Sözleşmeli AH
- c) SAHU AH

5) Biriminize kayıtlı nüfus sayısı?.....

6) Günlük muayene sayınız ortalama kaçtır?

7) Bir hasta için ortalama ne kadar zaman ayırabiliyorsunuz?.....dakika

8) Hastalarınız aynı belirtilerle tekrar hangi sıklıkta size başvuruyor?

- a) Çok sık b) Sık c) Ara sıra d) Nadiren e) Asla

9) Mezuniyet öncesi TABLe ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

10) Mezuniyet sonrası TABLe ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

11) TAB konusunda eğitim almak ister misiniz?

- a) Evet b) Hayır

12) Sizce aşağıdaki belirtilerin hangilerine sıklıkla tıbbi olarak açıklama bulunamamaktadır?

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. Şişkinlik
2. Kabızlık
- 3.Karın ağrısı
- 4.Mide bulantısı
- 5.Kırgınlık
- 6.Yorgunluk
- 7.Baş ağrısı
- 8.Baş dönmesi
- 9.Pelvik ağrı
- 10.Miyalji
- 11.Eklemler ağrısı
- 12.Yaygın vücut ağrısı
- 13.Göğüs ağrısı
- 14.Çarpıntı
- 15.Nefes darlığı

13)Aşağıdaki TABLe ilişkili durumların hangileri daha sık karşılaşıyorsunuz?

(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

1. İrritabl barsak sendromu
- 2.Kronik yorgunluk sendromu
- 3.Fibromiyalji
- 4.Kronik pelvik ağrı
- 5.Non kardiyak göğüs ağrısı
- 6.Kronik hiperventilasyon sendromu
- 7.Huzursuz bacak sendromu

14) Değerli katılımcı, aşağıda tıbbi olarak açıklamayan belirtiler ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi ifade ediniz.

1. Kesinlikle katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Kararsızım, 4. Katılıyorum, 5. Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5
1. Birinci basamak iş yükünün önemli bir kısmını TABi olan hastalar oluşturur.					
2. TAB olan hastaların sağlık sistemine maliyeti yüksektir.					
3. Tıpta her belirti açıklanabilir tıbbi bir nedene bağlıdır.					
4. Hastaların çoğu fiziksel belirtilerinin nedeninin tıbben açıklanması beklentisi içindedir.					
5. Birinci basamakta TAB uygun yönetilmezse hekime güven azalır, hasta hekim anlaşmazlığına neden olabilir.					
6. Tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel yakınmalar, genellikle kişinin psikolojik ve sosyal sorunlarının bedensel belirtilerle ifade etme eğilimidir.					
7. TAB olan hastalar zor veya kronik hasta olarak değerlendirilmez.					
8. TAB olan hastalara empati, etkili iletişim ve hasta merkezli bakım ile yaklaşılması gerekir.					

15) Değerli Katılımcı, aşağıda TABle size başvuran hastalara karşı tutum ve davranışlarınızla ilgili ifadeler bulunmaktadır. Lütfen bütün sorularla ilgili görüşlerinizi ifade ediniz.

1. Kesinlikle katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Kararsızım, 4. Katılıyorum, 5. Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5
1. Üzgün, sıkıntılı ve gergin hissederim.					
2. Tanı koyamayacağımı düşünürüm.					
3. Fazla vaktimi alacağını düşünür, ne yapacağımı bilemem.					
4. Kendimi yeterli ve rahat hissederim.					
5. Davranış terapisi öneririm.					
6. Belirtileri hafifletecek ilaç reçete ederim.					
7. Üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim.					
8. Geleneksel alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemleri öneririm.					

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.