ikon2023
www.ikon.org.tr

İSTAHED
İSTANBUL AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ
" Birliğimiz En Büyük Gücümüzdür "

Cumhuriyetimizin 100.yılı

10. ULUSAL İSTAHED AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

13-17 Kasım 2023
Kaya Artemis Otel, K.K.T.C.



www.ikon.org.tr

KONGRE PROGRAMI VE BİLDİRİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

Kurullar.....4

Davet 6

Program 7

Sözlü Bildiri Listesi 16

Poster Bildiri Listesi 17

Konuşmacılar ve Özetleri 18

Sözlü Bildiriler 68

Poster Bildiriler 106

İSTAHED YÖNETİM KURULU

Yönetim Kurulu
Başkan
Esin Ayfer ÇULHA DİLDÖK

Başkan Yardımcıları
Ali KÖME
Çınla NİŞLİ KAYA

Genel Sekreter
Sercan Ahmet ULUÇ

Sayman
Gürcan TOKATLI

Üyeler
Nahide TOKSAN
Ayşe TUNÇ
Bilge MEHMETZADE
Z. Esra ODUNKIRAN YANIKÖMER

İKON KONGRE KURULU

Kongre Başkanı
Esin Ayfer ÇULHA DİLDÖK

Kongre Genel Sekreteri
Çınla NİŞLİ KAYA

Kongre Bilimsel Sekreteri
Nahide TOKSAN

Kongre Düzenleme Kurulu
Işıl OCAK
Merve YÜZBAŞIOĞLU
Nadiye KARABULUT
Salih BAĞDADIOĞLU
Serkan Orhun OCAK
Serkan Necmettin ÖZBAKIŞ
Senem ÖZŞEHİR
Selçuk YILMAZ
Yılmaz Fırat KAYA
Ziya KÖSEOĞLU

Bilimsel Komite
Berrin TELATAR
Didem KAFADAR
Ersin AKPINAR
Güzin Zeren ÖZTÜRK
Hilal ÖZKAYA
Hüseyin CAN
Mehmet Taşkın EĞİCİ
Mustafa HALTAŞ
Seçil GÜNHER ARICA
Selda Handan KARAHAN
Uğur GÜÇLÜ
Can ÖNER

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

Türkiye'nin en büyük aile hekimliği derneği olan İSTAHED, kurulduğundan beri aile hekimliği sistemindeki aksaklıkları çözmeye ve sistem içerisinde hekimlerin haklarını savunmaya, eksiklikleri gidermeye, yüklenen angaryalara karşı mücadele vermeye yönelik aktivitelerde bulunmuştur, bulunmaya da devam edecektir.

Tüm bu etkinliklerin yanında eğitim faaliyetlerimize de durmaksızın devam ediyoruz.

Eğitim faaliyetlerimiz; canlı webinarlarımız, online ve yüz yüze akademilerimiz, deneyim paylaşım toplantılarımız, semponyumlarımız, online ve yüz yüze kurslarımız, gazetemiz gibi çok sayıda platformun yanında en büyük organizasyonumuz olan İKON kongremizle, hekimliğin en önemli vazgeçilmezi olan bilgilerimizi tazeleme ve güncellemeyi hedefliyoruz.

9 yıldır büyük emek, özen ve coşku ile gerçekleştirdiğimiz İKON kongremiz için bu yıl çok daha fazla heyecanlıyız. Bu sene 10. sunu 13-17 Kasım 2023 tarihlerinde Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Kaya Artemis Otel'de yapacağız. Dile kolay derneğimizin göz bebeği bu sene 1. dekadını kutlayacak. 10. İKON 2023 Ulusal İSTAHED Aile Hekimliği Kongre'mizde sizlerle bu sevinç ve mutluluğumuzu paylaşmak en büyük temennimiz.

Ulusal İSTAHED Aile Hekimliği Kongremizle, Türkiye'nin dört bir yanında sahada çalışan aile hekimlerinin deneyimlerini paylaşmalarını, klinik pratiklerinde karşılaştıkları sorunlara güncel yanıtlar bulabilmelerini, ülkemizde aile hekimliğini güçlendirmek için fikirler geliştirebilmelerini sağlamak; ayrıca yabancı meslektaşlarımızın sunumlarıyla da yeni bakış açıları kazanmak asıl amacımız. Her biri alanında uzman hocalarımızın katılımıyla gerçekleşecek konferanslar, paneller, kurslar ve workshoplar, bilimsel platforma katkı sağlayacak sözel ve poster bildirilerle katılımcıların farklı ilgi alanları ve gereksinimlerini karşılayacak geniş bir bilimsel program hazırlamak için çabalıyoruz.

Kongre düzenleme kurulu olarak yoğun bir tempoyla hazırlandığımız İKON 2023'ü siz değerli meslektaşlarımızın desteği ile daha üst noktalara taşıyabileceğimize inanıyor ve sizlerle beraber olmaktan mutluluk duyacağımızı bildiriyoruz.

İKON 2023'te Kıbrıs'ta görüşmek dileğiyle.

Kongre düzenleme kurulu adına;

Esin Ayfer ÇULHA DİLDÖK
Kongre Başkanı

Çınla NİŞLİ KAYA
Kongre Genel Sekreteri

Nahide TOKSAN
Kongre Bilimsel Sekreteri

PROGRAM

10. ULUSAL İSTAHED AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

13-17 Kasım 2023 | Kaya Artemis Otel, K.K.T.C.

13 KASIM 2023, PAZARTESİ

KURS SALONU 1

14:00-17:00

Yara İyileşmesinde Bakım ve Beslenme
Doç. Dr. Hüseyin Can
Oturum Başkanı: Dr. Salih Bağdadioğlu

KURS SALONU 2

14:00-17:00

Egzersiz Reçeteleme
Prof. Dr. Yeltekin Demirel
Oturum Başkanı: Dr. Işıl Ocak

KURS SALONU 3

14:00-17:00

Vakalarla EKG Pratikleri
Prof. Dr. Hüseyin Oflaz
Oturum Başkanı:
Uzm. Dr. Nadiye Karabulut

KURS SALONU 4

14:00-17:00

Diyabetik Hasta Tedavisine Bütüncül Yaklaşım
Prof. Dr. Mine Adaş
Oturum Başkanı:
Uzm. Dr. Merve Yüzbaşıoğlu

17:15-17:45 - AÇILIŞ TÖRENİ

SALON A

17:45-19:00

Panel: Aile Sağlığı Merkezlerinde En Sık Karşılaşılan Hukuki Problemler
Av. Gülümser Uğurlu
Dr. Ali Köme

10. ULUSAL İSTAHED AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

13-17 Kasım 2023 | Kaya Artemis Otel, K.K.T.C.

14 KASIM 2023, SALI

SALON A

09:30-10:10
Hipertansiyon Tanı ve Tedavisine Güncel Yaklaşımlar
Prof.Dr. Hüseyin Oflaz
Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Ziya Köseoğlu

10:20-11:00 — SALON A
UYDU SEMPOZYUMU
1 Menquadfi 1 Hayat: Türkiye'de Meningokok Aşılamasında Yenilikler
Prof. Dr. Metehan Özen
Oturum Başkanı: Dr. Sercan Ahmet Uluç
sanofi

11:00 - 11:20 - Kahve Molası

11:20-12:00 — SALON A
UYDU SEMPOZYUMU
Nimenrix ile Erken Dönemde Uzun Süreli Koruma
Prof. Dr. Ahmet Soysal
Oturum Başkanı: Dr. Bilge Mehmetzade
Pfizer

12:00-12:40
Gebelik Takibi ve Gebelikte İlaç Kullanımı
Op. Dr. Furkan Kayabaşoğlu
Oturum Başkanı: Dr. Gizem Bak

12:40 - 14:00 - Öğle Arası

SALON B

09:30-10:10
Bağımlı Beyin
Prof. Dr. Yeltekin Demirel
Oturum Başkanı: Dr. Pınar Özbakış

12:00-12:40
Mental Sağlığımız: Keçileri Kaçırmayalım da Ne Yapalım?
Doç. Dr. Hüseyin Can
Oturum Başkanı: Dr. Özden Güngör

10. ULUSAL İSTAHED AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

13-17 Kasım 2023 | Kaya Artemis Otel, K.K.T.C.

14 KASIM 2023, SALI

SALON A	SALON B
14:00-14:40 Çocuklarda Öksürüğe Kapsamlı Bakış **Prof. Dr. Erkan Çakır** Oturum Başkanı: Uzm.Dr. Nadiye Karabulut	**14:00-14:40** Çocuk Sağlığı Kontrolleri ve Rutin Muayeneleri **Prof. Dr. Nilgün Çöl** Oturum Başkanı: Dr. Funda Atmaca
14:50-15:30 Birinci Basamakta Kabızlığı Olan Hasta-ya Yaklaşım **Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk** Oturum Başkanı: Dr. Selçuk Yılmaz	**14:50-15:30** **Sözlü Bildiri Oturumu** Oturum Başkanları: Doç.Dr. Mehmet Taşkın Eğici, Prof.Dr. Seçil Günher Arıca SS-01/SS-02/SS-03/SS-04/SS-05
15:30 - 15:50 - Kahve Molası	
15:50-16:30 Çocuklarda Demir Eksikliği ve Demir Eksikliği Anemisinde Güncel Teşhis ve Tedavi Yaklaşımları **Doç. Dr. Sultan Aydın** Oturum Başkanı: Dr. Gürcan Tokatlı	**15:50-16:30** **Sözlü Bildiri Oturumu** Oturum Başkanları: Doç.Dr. Hüseyin Can, Uzm.Dr. Bekir Aktura SS-06/SS-07/SS-08/SS-09/SS-10
16:30-17:20 Planlı Doğum-Planlı Kontrol **Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural** Oturum Başkanı: Dr. Melisa Menemencioğlu	**16:30-17:20** Steteskopun Ucundaki Sağlık **Prof. Dr. Erkan Çakır** Oturum Başkanı: Dr. Kahraman Özgen
17:20-18:00 **Sözlü Bildiri Oturumu** Oturum Başkanları: Prof.Dr. Yeltekin Demirel, Doç.Dr. Zeynep Tuzcular Vural SS-11/SS-12/SS-13/SS-14/SS-15	
21:00	**Söyleşi:** Prof. Dr. Arşalyus Kayır ile Yastık Sohbetleri

15 KASIM 2023, ÇARŞAMBA

SALON A	SALON B
09:30-10:10 Hayatın İlk 100 Günü **Prof. Dr. Nilgün Çöl** Oturum Başkanı: Dr. Serkan Orhun Ocak	**09:30-10:10** Seyahatler İçin Sağlık Rehberi **Doç. Dr. Memet Taşkın Egici** Oturum Başkanı: Dr. Cumhur Özdemir

10:20-11:00 — **SALON A**

UYDU SEMPOZYUMU

Vaxigrip Tetra ile Gribin Ötesinde Koruma
Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk
Oturum Başkanı: Dr. Serkan Necmettin Özbakış

sanofi

11:00 - 11:20 - Kahve Molası

11:20-12:00 — **SALON A**

UYDU SEMPOZYUMU

Meningokok B'ye Karşı Koruma: Kime? Ne Zaman?
Prof. Dr. Dilek Yılmaz
Oturum Başkanı: Dr. Çınla Nişli Kaya

GSK

12:00-12:40 Yüzyılın Gizli Pandemisi Diyabet **Prof. Dr. Oğuzhan Deyneli** Oturum Başkanı: Dr. Salih Bağdadioğlu	**12:00-12:40** ASM'lerde Kılavuzları Kullanma Kılavuzu **Uzm. Dr. Bekir Aktura** Oturum Başkanı: Dr. Saynur Taneroğlu

POSTER ALANI — **POSTER YÜRÜYÜŞÜ (PS-01/PS-13)**

12:40 - 14:00 - Öğle Arası

10. ULUSAL İSTAHED AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

13-17 Kasım 2023 | Kaya Artemis Otel, K.K.T.C.

15 KASIM 2023, ÇARŞAMBA

SALON A	SALON B
14:00-14:40 İlaç Çuvalına Bilimsel Yaklaşım **Doç. Dr. Hilal Özkaya** Oturum Başkanı: Dr. Kutbettin Demir	**14:00-14:40** İkinci Baharda Kadın Sağlığı **Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural** Oturum Başkanı: Dr. Oğuz Derya Kaplan

14:50-15:30 — **SALON A**

UYDU SEMPOZYUMU

Bebeklerde ve Çocuklarda Rotavirüs Hastalığı ve Korunmanın Önemi
Prof. Dr. Ahmet Soysal
Oturum Başkanı: Dr. Esra Odunkıran Yanıkömer

GSK

15:30 - 15:50 - Kahve Molası

15:50-16:30 Akondroplazi ve Nadir Hastalıklarda Aile Hekimlerinin Önemi **Prof. Dr. Yasemin Alanay** Oturum Başkanı: Dr. Yılmaz Fırat Kaya	**15:50-16:30** **Sözlü Bildiri Oturumu** Oturum Başkanları: Prof.Dr. Nilgün Çöl, Uzm.Dr. Bekir Aktura SS-16/SS-17/SS-18/SS-19/SS-20
16:30-17:20 Vakalarla Dermatoloji **Doç. Dr. Salih Levent Çınar** Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Bekir Aktura	**16:30-17:20** İnsülin Atölyesi **Prof. Dr. Oğuzhan Deyneli** Oturum Başkanı: Dr. Azize Güneş Menteş

17:20-18:00

Sözlü Bildiri Oturumu
Oturum Başkanları: Doç.Dr. Hilal Özkaya, Doç.Dr. Güzin Zeren Öztürk
SS-21/SS-22/SS-23/SS-24/SS-25

10. ULUSAL İSTAHED AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

13-17 Kasım 2023 | Kaya Artemis Otel, K.K.T.C.

16 KASIM 2023, PERŞEMBE

SALON A	SALON B
09:30-10:10 Birinci Basamakta Sık Karşılaşılan Göz Hastalıkları **Prof. Dr. Koray Gümüş** Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Merve Yüzbaşıoğlu	**09:30-10:10** Eksik Aşılı Erişkin **Prof. Dr. Seçil Günher Arıca** Oturum Başkanı: Dr. Heval Çök
10:20-11:00 Birinci Basamakta HIV ve Hepatit Testleri **Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk** Oturum Başkanı: Dr. Mustafa Tamur	**10:20-11:00** ASM'lerde Tiroid Hastalıkları Takibi **Doç. Dr. Hilal Özkaya** Oturum Başkanı: Uzm. Dr. İsmail Çifçi

11:00 - 11:20 - Kahve Molası

11:20-12:00 — **SALON A**

UYDU SEMPOZYUMU

Aile Hekimliğinde Bel Ağrısı Yaklaşımı: Güncel Tedavi Stratejileri ve Öneriler
Prof. Dr. Ayşegül Ketenci
Oturum Başkanı: Dr. Nahide Toksan

GENSENTA

12:00-12:40 Kulaklarım Çınlıyor, Başım Dönüyor... **Prof. Dr. Salih Aydın** Oturum Başkanı: Dr. Işıl Ocak	**12:00-12:40** Oftalmoskopun Ucundaki Sağlık **Prof. Dr. Koray Gümüş** Oturum Başkanı: Dr. Aslı Kasapoğlu

POSTER ALANI — **POSTER YÜRÜYÜŞÜ (PS-14/PS-26)**

12:40 - 14:00 - Öğle Arası

16 KASIM 2023, PERŞEMBE

SALON A

14:00-14:40 — SALON A
UYDU SEMPOZYUMU
Çocuklarda Boy Kısalığı ve Odaklanma Sorunu
Prof. Dr. Seçil Günher Arıca
Oturum Başkanı: Dr. Ayşe Tunç

14:40-15:30 — SALON A
UYDU SEMPOZYUMU
Doku Yenilenmesinde Centella Asiatica Etkililiği
Doç. Dr. Salih Levent Çınar
Oturum Başkanı: Dr. Senem Özşehir

15:30 - 15:50 - Kahve Molası

15:50-16:30
Aile Sağlığı Merkezi'nde Ofis Ergonomisi
Prof. Dr. Ayşegül Ketenci
Oturum Başkanı: Prof. Dr. Şule Aydın

16:30-17:20
Tanımaktan Anlamaya: Birinci Basamakta ve Yaşamlarımız İçinde Fark Edemediğimiz Yanları ile Depresyon
Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur
Oturum Başkanı: Dr. Hakan Karabulut

SALON B

15:50-16:30
Afette Birinci Basamağın Rolü
Doç. Dr. Hüseyin Can
Oturum Başkanı: Dr. Özlem Önal

16:30-17:20
Otoskopun Ucundaki Sağlık
Prof. Dr. Salih Aydın
Oturum Başkanı: Dr. Şengül Koç

17 KASIM 2023, CUMA

SALON A

09:30-10:10
Dezavantajlı Bireye Yaklaşım
Uzm. Dr. Ziya Köseoğlu

10:10-10:50
Hipnoz
Uzm. Dr. Nadiye Karabulut

10:50-11:30
Aile Hekimliğinde Bodro ve Özlük İşleri
Dr. Salih Bağdadioğlu

11:30-12:10
Sık Kullandığımız İlaçlara Akılcı Yaklaşım
Dr. Serkan Orhun Ocak

12:10-12:50
Modern Çağın Götürüsü: İnternet Bağımlılığı
Uzm. Dr. Merve Yüzbaşıoğlu

SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-01 İstanbul İli Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Aile Hekimlerinin Akademik Yayın ve Etkinlik Takip Etme Durumlarının Tükenmişlik ve Diğer Kişisel Faktörlerle İlişkisinin Araştırılması - **Sena Yayla**
SS-02 Aile Hekimliği Asistanlarında Klinik EKG Yorumlama Bilgi Düzeyinin Araştırılması - **Fatih Ergin**
SS-03 Yapay Zeka Aile Hekimliği Hakkında Ne Düşünüyor? - **Fazilet Yorgancıoğlu**
SS-04 GETAT hakkında bilgi, tutum ve davranışların değerlendirilmesi - **Beray Gelmez Taş**
SS-05 Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum, Beden Algısı ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi - **Kübra Demirci**
SS-06 Birinci Basamakta Toplum Kökenli Pnömonilere Yaklaşım - **Özlem Kartal**
SS-07 Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Geriatrik Popülasyonda Sarkopeninin Fiziksel Aktivite ve Beslenme Durumu ile İlişkisi - **Müge Özgül**
SS-08 Aile Hekimliğinde 65 Yaş Üzeri Aşı Uygulaması ve Etkileri - **Yıldız Yardımcı**
SS-09 Ailesel Hiperlipidemide Resveratrol Kullanımı: Olgu Sunumu - **Sema Demir Genç**
SS-10 Toplumun Elektronik Sigara Hakkındaki Görüşleri - **İrem Ece Çalışkan**
SS-11 Ülkemizde Sağlık Turizmi Alanında Eğitim Vermekte Olan Üniversitelerin Güncel Veriler Işığında İncelenmesi - **Sıdıka Ece Yokuş**
SS-12 Toplumun Evde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi - **Abdulsamet Bahadır**
SS-13 Çölyak hastalarının iş yerinde yalnızlık durumlarını ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin incelenmesi - **Sinem Aslan**
SS-14 Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran 15-19 Yaş Arası Bireylerin Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi - **Saliha Büşra Aksu**
SS-15 Erişkinlerde aktif ve pasif sigara içiciliğinin covıd-19 hastalığında klinik duruma etkisi - **Hatice Rumeysa Selvi**
SS-16 Hekimler Afete Ne Kadar Hazır? - **Ecem Güneş**
SS-17 Covid-19 pandemisi sırasında doğum yapan gebelerin postpartum depresyon risklerinin değerlendirilmesi **Seda Özmen Sever**
SS-18 Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi **Begüm Yıldırım Erence**
SS-19 Covid-19 pandemisi öncesi ve sonrasında aile hekimliği hizmetlerinin değerlendirilmesi - **Ayşe Okuducu**
SS-20 Türkiye'de aile hekimliği pratiğinde kanıta dayalı tıp: bilgi, tutum ve uygulamalar - **Elif Gülsüm Parlak**
SS-21 Aile hekimleri açısından iş yeri hekimliği ve periyodik muayene - **Tuğba Bodur**
SS-22 Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyinin Hekim Algısı ve E-sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisinin İncelenmesi - **Çağla İlbay**
SS-23 Boğaz ve yanak ağrısı şikayeti ile başvuran hastada akut inferior miyokard infarktüsü- Olgu sunumu - **Merve Deniz**
SS-24 Haydarpaşa Numune EAH Polikliniğine Başvuran 18-65 Yaş Arası Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Düzeyi İle Etki Eden Faktörler - **İrem Kahveci**
SS-25 Vücut Kompozisyonlarının Diyabet İle İlişkisi: Obez Bireyler Üzerinde Bir İnceleme - **Nural Koca Kandemir**

POSTER SUNUMLAR

15 KASIM 2023, ÇARŞAMBA

PS-01 Primer Biliyer Kolanjite Bağlı Siroz Tanılı Bir Hastaya Bütüncül Palyatif Bakım Yaklaşımı - **Havva Çelik**
PS-02 Ataşehir Aile Sağlığı Merkezi'nde Son 10 yılda 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Tercihlerinin İncelenmesi - **Yağmur Gökseven Arda**
PS-03 Türkiye'de 2005-2021 yılları arasında meningokok hastalığına bağlı hastaneye yatışlarda tanı ve tedaviye yaklaşım - **Özlem Yörük**
PS-04 COVID-19 Aşılaması Sürecinin Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılaması Üzerine Düşüncelerine Etkisi **Ozan Emre Eliaçık**
PS-05 Geçmeyen Boğaz Ağrısı Şikayeti İle Başvuran Enfeksiyöz Mononükleoz Olgusu **- Betül Kolcu**
PS-06 Akut Otitis Media ile Gelen Hastada Sinüs Ven Trombozu: Olgu Sunumu **- Feride Akşehir Taşdemir**
PS-07 Aile Hekimliği Birimine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi **Pınar Tuna Tarlacı**
PS-08 {Palyatif Bakımda Biyopsikososyal Yaklaşım Yöntemleri ve Önemi}; Bir Olgu Sunumu **Berfin Mervenur Gürler Altunışık**
PS-09 Suçiçeği aşısı sonrası döküntü: olgu sunumu - **Yeşim Uslu**
PS-10 Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerde Uyku Kalitesi İle Depresyon İlişkisi - **Rümeysa Yılmaz**
PS-11 Erken yaşta (çocukluk çağı) sigaraya başlayan hastada sigara bıraktırma tedavisi: Olgu sunumu **Nezaket Sabır**
PS-12 Soğuk Algınlığı İçin Reçete İsterken Kulağında Yabancı Cisim Saptanan Bir Olgu - **Gizem Atik**
PS-13 Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Diz Ağrısı İle Başvuran Hastalarda Mezoterapinin Ağrıya Etkisi - **Seyde Seda Kasapoğlu**

16 KASIM 2023, PERŞEMBE

PS-14 İleri Yaştaki Tip 2 Diabetes Mellitus Hastasında Tedavi Uyumunun Değerlendirilmesi: Olgu sunumu **İrem Yaren Baş**
PS-15 PFAPA Sendromu - Olgu Sunumu - **Pelin Arslan**
PS-16 Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Reçetelerine Ek Kalem Takviyeler Yazılması ve Hasta-Hekim Yönelimi Arasındaki İlişki - **Nuray Derin Peköz**
PS-17 Oftalmik bölgede unilateral ağrı yakınması ile gelen bir Herpes Zoster Oftalmikus vakası **Büşra Babaç Ergin**
PS-18 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı: Olgu Sunumu - **Muhammet Emin Aydın**
PS-19 Anamnez her zaman güvenilir mi? halsizlik, boğaz ağrısı ve ateş yakınması olan hasta - **Esra Yıldız**
PS-20 Liken Planopilaris: Olgu Sunumu - **Cem Doğan**
PS-21 Okul öncesi dönem çocuklarında yeme davranışları ve ebeveyn algısının değerlendirilmesi - **Feyzanur Erdem**
PS-22 Delüzyonel Parazitoz Hastası: Olgu Sunumu - **Tuğçe Seven Aydın**
PS-23 Asimetrik Ağlayan Yüzlü Bebek: Bir Olgu Sunumu - **Süleyman Akgün**
PS-24 Dekübit Ülserini Taklit Eden Piyoderma Gangrenozum Olgusu - **Muhammet Emre Esen**
PS-25 Hiperürisemi Tedavisine Bağlı Tek Eklem Tutulumlu Gut Artriti Olgusu - **Mahmut Hakan Şahin**
PS-26 Staphylococcus Aureus'a Sekonder Gelişen Ektima Gangrenozum: Olgu Sunumu - **Nesrin Kaplan Geçer**

KONUŞMACILAR VE ÖZETLERİ



PROF. DR. HÜSEYİN CAN

Aile Hekimliği Uzmanı

3 yıl Batman ilinde Aile Hekimliği yaptıktan sonra
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesine Yardımcı Doçent olarak başladı.

2015 yılında Aile Hekimliğinin en genç Doçenti unvanını aldı.
2023 yılında profesör unvanını aldı.

NLP Eğitici Eğitmeni

Aile Hekimliği, Kronik Hastalıklar, Palyatif Bakım, Yaşlı Sağlığı alanında çalışmalar yaptı.

Özel Bir Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezinin Sahibi

Palyatif Bakım ve Yaşlı Sağlığı alanındaki çalışmalarına kendi kurumunda devam ediyor.

YARA İYİLEŞMESİNDE BAKIM VE BESLENME

Basınç yaralanması (BY), sıklıkla kemik çıkıntılar üzerindeki deri ve/veya deri altındaki yumuşak dokuda yoğun ve/veya uzun süreli basınç ya da basınç ve beraberinde yırtılma (shear) etkisiyle oluşan hasar olarak tanımlanmaktadır (*National Pressure Ulcer Advisory Panel/NPUAP*). Basınç, sürtünme, nem, makaslama etkisi, deri hijyen bozukluğu, kullanılan ilaçlar, yabancı cisimler ve benzeri birçok nedenle BY oluşabilmektedir. "En iyi yara tedavisi yarayı oluşturmamaktır" düşüncesinden yola çıkarak öncelikle basınç yarası oluşmaması adına önlemler alınması gerekmektedir. Yatağa bağımlı bireyler için aşağıdaki değerlendirmelerin yapılması ve sonrasında önlem alınması önem arz etmektedir.

- Risk durumunun ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi
- Deri ve dokuların değerlendirilmesi
- Önleyici/koruyucu deri bakımı
- Beslenme ve hidrasyon durumunun değerlendirilmesi
- Uygun zamanda pozisyon değiştirilmesi
- Topuk basınç yaralanmasının önlenmesi
- Tıbbi araçlara bağlı basınç yaralanmalarının önlenmesi

Basınç yaralanması iyi bir bakım ile çoğunlukla önlenebilen bir durumdur. Yarayı değerlendirirken bütüncül değerlendirme yapılmalı ve sadece yara değil, bireyin kendisi ve bakım verenler/ailesi de değerlendirilmelidir. Bakım verenler mutlaka tedavi sürecine dahil edilmelidir. BY değerlendirmesinde temel prensipler şu şekilde sıralanabilir:

- Bireyi ve bireyin yakınlarını değerlendir
- Yarayı değerlendir, ölü dokuları temizle (debritman), enfeksiyonu kontrol et, nemli yara ortamını sürdür, epitelizasyonu sağla ve sürdür
- Ölü boşlukları doldur, yara yatağını koru, yara kenarlarını koru, yara travmasını önle, yara bölgesine kan akımını arttır
- Ağrıyı kontrol altına al

Basınç yaralanmasında yarayı değerlendirirken aynı dili konuşabilmek adına doğru bir evreleme yapılmalıdır.

Evre 1 BY: **Deri bütünlüğü bozulmamıştır. Deride basmakla solmayan kızarıklık vardır.**

Evre 2 BY: **Genellikle deri bütünlüğü bozulmuştur ve kısmi kalınlıkta dermis kaybının olduğu yüzeyel yaralardır.** Yara yatağı görülebilir, pembe **yağ dokusu ya da daha derin doku görünmez.** Kırmızı, nemli ve sağlam ya da rüptüre serum dolu büller vardır. Granülasyon, balçık ya da eskar özellikte doku içermez.

Evre 3 BY: **Tam kalınlıkta doku kaybı vardır.** Yara ve granülasyon dokusunda **cilt altı yağ dokusu görülebilir. Fasya, kas, tendon, kıkırdak ya da kemik içermez.** Sarı nekrotik doku ya da eskar görülebilir ancak yaranın derinliğini değerlendirmeyi engelleyecek şekilde yarayı kaplamaz. **Yarada cepler ve tüneller bulunabilir.**

Evre 4 BY: **Kemik, tendon veya kasları içeren tam kalınlıkta doku kaybı vardır.**

Evrelendirilemeyen BY: **Tüm tabakalarda doku hasarının olduğu**, üzeri tamamen nekrotik doku (sarı, sarımsı kahverengi, gri, yeşil ya da kahverengi) ve / veya eskar (sarımsı kahverengi, kahverengi veya siyah) ile kaplı olduğu için **gerçek derinliği bilinmeyen** basınç yaralanmasıdır.

Derin doku basınç yaralanması: Sınırlı bir alanda kemik-kas yüzeyinde uzamış ya da yoğun basınç, sürtünme ve/veya yırtılma/ayrılmaya yol açan güçlerin etkisiyle alttaki dokularda hasar oluşur. Hasar gören bu alan çevre dokularla karşılaştırıldığında **ağrılı, daha sert, peltemsi, bataklık hissi verir ve daha sıcak ya da daha soğuk olabilir**. **Kalıcı solmayan koyu kırmızı, kahverengi ya da mor renk değişikliği görülebilir.**

Tıbbi araçlara bağlı BY: Tanı ve tedavi amacıyla kullanılan araçlara bağlı gelişen basınç yaralanmasını tanımlar. Gelişen basınç yaralanması genellikle aracın şekline uygundur.

Yara tedavisinde pansuman seçimi;

İyileşme evresi, yaranın bölgesi, yara bölgesinin durumu, eksüda miktarı ve bileşimi, pansumanın absorpsiyon kapasitesi, pansumanın yara üzerinde optimum kalma süresi, hastanın gereksinimi ve koşullarına göre pansuman yöntemi belirlenmelidir. BY ve çevresindeki deri her pansuman değişiminde temizlenmelidir. Debrisli, enfeksiyon gelişmiş, enfeksiyon şüphesi olan ya da büyük ölçüde bakteri kolonizasyonundan şüphe duyulan basınç yaralanmalarını sürfaktan ve/veya antimikrobiyal ajan içeren temizleme solüsyonları ile temizlenmelidir.

Sonuç olarak; BY %95'e varan oranlarda önlenebilir. BY tedavinin maliyetini yükseltmekte ve hastaların hastanede kalma sürelerini uzatmaktadır. Kalite, maliyet ve iş gücü açısından değerlendirildiğinde; BY'yi **önleme**nin tedaviden daha değerli ve ucuz olduğu belirtilmektedir. Etkili bir basınç yaralanması önleme programı ancak multidisipliner ekip yaklaşımı ile sağlanabilir

Kaynaklar:

- *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). "Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide". http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf. Erişim tarihi: 12.01.2023.*
- Hanönü S, Karadağ A. Prospective Descriptive Study to Determine the Rate and Characterictics of and Risk Factors for the Development of Medical-device Related Pressure Ulcers in Intensive Care Units. Ostomy Wound Management 2016;62(2):12-26.
- Karadağ A ve Karabağ-Aydın A. (2013). Basınç Ülserlerinde Etiyoloji ve Fizyopataloji. Baktıroğlu S, Aktaş Ş (Editörler). Kronik yarada güncel yaklaşımlar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Kronik Yara Konseyi. Sy:120-5.

- Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, Closs S, Defloor T, Halfens R, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. International Journal of Nursing Studies 2013;50:974–1003.
- Choo TS, Hayter M and Watson R. The effectiveness of nutritional intervention(s) and the treatment of pressure ulcers—A systematic literature review. International Journal of Nursing Practice 2013;19(1):19–27.
- Papanikolaou P, Lyne P, Anthony D. Risk assesment scales for pressure ulcers: A methodological review. International Journal of Nursing Studies 2007;44:285-96.

MENTAL SAĞLIĞIMIZ: KEÇİLERİ KAÇIRMAYALI DA NE YAPALIM?

Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği uygulamasında emek veren meslektaşlarımız ciddi bir iş yoğunluğu ve baskısı altında mesleklerini icra etmektedirler. Bu yoğunluk sırasında da gerek bedeni gerekse de mental sağlıklarına dikkat etmemektedirler. Bu sunumdaki amacımız; mental sağlığımızı korumak için nelere dikkat etmemiz gerektiğine vurgu yapmaktır.

Bilinçaltı gerçek ile hayal dünyası arasındaki ayırımı net bir şekilde organize edemez. Bu nedenle nasıl bir hayal dünyası kurarsak bir süre sonra kendimizi o dünyanın içerisinde bulmaya başlarız. Hayal kurup hedefler belirlerken de ne istemediğimize değil, neyi istediğimize odaklanabilirsek gerçekleşme ihtimalini o kadar arttırmış oluruz. Örneğin; "mutsuz olmak istemiyorum" cümlesinde ne istenmediğine odaklanıldığı için o duruma yakalanılması kaçınılmazdır. Çünkü bilinç altına olumsuz mesajlar gönderilmektedir. Oysa cümle "mutlu olmak istiyorum" şeklinde kurulabilirse, hem olumlu bir mesaj iletilmiş olur hem de ne istenildiğine odaklanılmış olunacaktır.

Mental sağlığın korunması için hayatın ve düşüncelerin optimum denge içerisinde olması gerekir. Eğer denge kurulamamışsa ve hayatımızdaki bir şeyleri değiştirmek istiyorsak öncelikle değişimini istediğimiz şeyin bir ihtiyaç olup olmadığını belirlemek ve bu değişim konusunda kendimize inanmamız gerekir. Aklımıza gelen şeyi eyleme dökmek için ortalama 5 saniye süremiz vardır. Bu zaman içerisinde harekete geçersek eylem gerçekleşir ve bir adım atmış oluruz. Eğer 5 saniye içerisinde harekete geçmezsek bilinçaltımız bu düşünceyi erteleme yönünde davranış sergileyecektir.

Mental sağlığımızı korumamız için günlük egzersizler yapabiliriz. Bunlara örnek vermek gerekirse;

- Belirlenen bir objeye tersten bakmak ve yorumlamak
- Aktif olarak kullandığımız el ve ayağımız yerine diğerini kullanmak
- Günlük yapılan rutin işlerde değişiklik yapmak
- Herhangi bir nesnenin kullanılabileceği 10 farklı alan sıralamak

Tüketilen gıdalar da mental sağlık üzerinden etki etmektedir. Örneğin mavi, kırmızı- mor meyve ve sebzeler (yaban mersini, böğürtlen, vb), turunçgiller, bitter çikolata, E vitamini ve çinko açısından zengin yemişler (fındık, badem, vb.), yumurta (B12 vitamini, kolin, selenyum), avokado (lutein), pancar ve benzeri gıdaların mental sağlık üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir.

Kişinin mental açıdan sağlıklı olabilmesi için bol bol hayal kurması ve bu hayalleri gerçekleştirebilmek için hedefler belirleyerek eyleme geçmesi son derece önemlidir. Bu açıdan kendim için belirlediğim bazı önemli noktaları sizinle paylaşmak isterim:

- Hayal kurun
- Hayallerinizi hedeflere dönüştürün
- Kararlı olun, net bir plan oluşturun
- Öz güveninizi güçlendirin
- Önyargılarınızdan kurtulun
- Zamanınızı doğru değerlendirin
- Biyolojik, psikolojik, sosyal ve manevi anlamda kendinize iyi bakın
- Her neyi başarmak istiyorsanız 10.000 saat o konuya ayırın
- Belirli aralıklarla öz değerlendirme yapın
- Olumsuz ve sizi negatif etkileyen kişilerden uzak durun
- Hayata ve olaylara karşı esnek olun
- Kendinizi sürekli güncelleyin…

AFETTE BİRİNCİ BASAMAĞIN ROLÜ

Aile hekimleri sağlık sisteminde ilk tıbbi temas noktasını oluşturmakta olup, bireylere açık ve sınırsız sağlık hizmeti sunarlar. Birinci basamakta emek vermekte olan diğer sağlık profesyonelleri ile hizmetin koordinasyonunu sağlarlar. Hizmet verdikleri bireylerin hem akut hem de kronik problemleri ile ilgilenirler. Toplum sağlığı ve doğal çevre konusunda özel bir sorumlulukları vardır. Sağlık sorunlarıyla fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, çevresel ve varoluşsal boyutta ilgilenmektedirler. Tüm sayılan bu gerekçeler nedeniyle afet durumlarında da aile hekimlerine büyük bir sorumluluk düşmektedir. Afetin yaşanmaması için alınacak önlemler aşamasından afet sırası ve sonrasında verilecek sağlık hizmeti ve koordinasyonda aile hekimleri önemli role sahiptirler. Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sunulmasında aktif rol alan aile hekimleri kriz ve risk yönetimi konularında da bilgi ve tecrübelerini arttırmak durumundadırlar. Afet sürecinde halkın sağlığını koruma bilincinde olan aile hekimlerini bekleyen görev ve sorumlulukları; temiz ve kirli suyun kontrolü, besinlerin kontrolü, katı-sıvı-tıbbi atıkların yönetimi, çevre kirliliğinin önlenmesi, kazaların önlenmesi, barınma alanlarının kontrolü, koruyucu ve sürekli bakımın sağlanması, vektörler ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama hizmetlerinin sürdürülmesi, cenaze hizmetlerinin organizasyonu şekilde özetleyebiliriz.

Aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetleri açısından risk yönetimini; tehlikelerin belirlenmesi, riskin bireye ve topluma etkisinin değerlendirilmesi, önceliklerin belirlenmesi, riskin azaltılmasının sağlanması, taramaların yapılması ve aşılama hizmetlerinin sağlanması ile yapabileceklerdir. Olası bir kriz anında da etkilenen kişi ya da kurumlara destek sağlayarak, gereksinimlerin temin edilmesini sağlayarak, acil yardım ve uyarı/kurtarma programlarını geliştirerek, acil sağlık hizmetlerini koordine ederek kriz yönetimini sağlayacaktırlar.

Afet dönemlerinde en önemli konulardan biri de bağışıklama hizmetlerinin sürdürülmesidir. Özellikle afetin yaşandığı ilk 72 saat içerisinde yaralanmalar ve buna bağlı enfeksiyonların önlenmesi amacıyla tetanoz bağışıklamasının yapılması, olumsuz hava koşulları nedeniyle grip, pnömokok aşılamalarının yapılması önemlidir. Sonraki süreçte gıda ve/veya su, vektör kaynaklı, damlacık yoluyla bulaşabilecek hastalıkların yönetimi için Kızamık, Hepatit A-B-C-E, Tifo, Amipli dizanteri, Şigelloz, Kolera, Rotavirüs, Leptospiroz, ve benzeri hastalıklara yönelik önlemler alınmalıdır.

Tüm müdahalelerde öncelik risk gruplarına verilmelidir. Sağlık çalışanları, 0-5 yaş grubu çocuklar, gebeler/lohusalar, yaşlılar, engelliler, kronik hastalığı olanlar, askerler, bakımevlerinde/hapishanelerde yaşayanlar, veterinerler ve hayvan bakıcıları risk grupları arasındadır.

Afetlerin sağlık üzerine bireysel, toplumsal ve çevresel etkileri olabilmektedir. Bu sürecin doğal yöneticileri aile hekimleridir. Bu nedenle aile hekimlerinin afetler konusunda bilgi ve tecrübelerini arttırmaları gerekmektedir.



PROF. DR. YELTEKİN DEMİREL

1969 Malatya doğumlu, 1993 Akdeniz Tıp Fakültesi mezunudur. 2001 yılında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Aile Hekimliğinde başladığı akademik hayata 2011 yılından bu yana profesör olarak devam etmektedir. Çok sayıda idari görev yürütmenin yanı sıra 2013 yılından bu yana Ana Bilim Dalı Başkanlığı görevini yürütmektedir. Aile Hekimliği geçiş programında Sivas-Malatya-Tokat Bölge Koordinatörü olarak da görev yapmıştır. Uzmanlık eğitimi kapsamında otuzu aşkın Tıpta Uzmanlık Tezi yönetmiştir, yetmişi aşkın yayını ve yüzü aşkın bildiri sunmuştur. Yüzden fazla kurs sertifikası ve yüz on kadar kongrede konuşmacı ve kurs düzenleyici olarak görev yapmıştır. Bilimsel çalışmaları bağlamında altı adet ödülü olan hocamızın çalışmaları ağırlıklı olarak sigara, bağımlılık, egzersiz, obezite ve popüler diyetler alanlarındadır.





Öğrenim hedefler ve kurs programı:

1) Sağlıklı yaşam ve fiziksel aktivite
2) Egzersize uyumu engelleyen faktörler
3) Düzenli fiziksel aktivitenin faydası
4) Egzersizin şifaya yönelik biyolojik mekanizmaları
5) Fiziksel inaktivite ile ilgili hastalılar ile ilişkili hastalıklar
6) Başlıca egzersiz türleri
7) Egzersize başlamadan önce doktor muayenesi
8) Egzersiz öncesi değerlendirme ve egzersiz testleri
9) Egzersiz reçetelendirilmesinde genel prensipler
10) Egzersizlerin sıklığı ve egzersizin şiddeti nasıl olmalı?
11) Egzersizin tipi
12) Egzersizin kontrendikasyonları
13) Egzersiz reçeteleri ve vaka sunumu

KURS

Yarım Gün - 14.00-17.00

Kurs Koordinatörü ve Eğitmen

Prof. Dr. Yeltekin Demirel



PROF. DR. HÜSEYİN OFLAZ

Doğum tarihi: 20.06.1969 (Ceyhan/Adana)

İlk, orta ve lise Ceyhan'da okudum.

1987-1993 arası İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi 1993-1999 arası İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda asistan 1999-2004 arası İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda başasistan İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'nda çalışmakta iken 2004'de yılında doçent 2009 yılında profesör oldum.

2016 yılında Üniversiteden sonra özel olarak çalışmaktayım.

Yabancı dil: İngilizce

Evli, 2 çocuk babasıyım.

120'ye yakın yabancı ve 20'ye yakın ulusal makalem var.

İlgi alanım; İnvazif kardiyoloji, hipertansiyon, kalp yetersizliği ve ritm bozukluklarıdır.

VAKALARLA EKG PRATİKLERİ

Elektrokardiyografi (EKG) basit bir kâğıt parçası değil. Bazen PET/MR/BT'den çok daha değerli bulgular verebilir. Diğer taraftan EKG yanıltıcı normal de çıkabilir. Örneğin, göğüs ağrısı evde var iken hastaneye gelen, ama hastanede ağrısı azalmış ya da geçmiş bir hastada EKG normal çıkabilir ve hastanın EKG'si normal diye sizin kalbiniz şu an iyi gözüküyor eve gidebilirsiniz diyemeyiz. EKG klinikte çok önemlidir. Ama bazı durumlarda da hastada hiçbir şikâyet yok iken taramamalar sırasında hayati önem arz eden WPW, Brugada sendromu ya da hipertrofik kardiyomiyopati veya eski Mİ geçirmeye bağlı q dalgaları saptanabilir. EKG basit, ucuz ve zararsız (radyasyon vb. olmayan) bir tanı aracıdır. EKG'deki tek sorun EKG çekmeye üşenmektir. EKG bazen elmas değerinde bulgular verir ve hemen oracıkta tanıyı koyarsınız. STEMİ tanısı koymak gibi veya senkop olan birisinde AV tam blok saptamak gibi. Size özellikle son saatlerde veya son 1-2 gündür göğüs ağrısı, nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, çarpıntı, presenkop veya senkop, baş dönmesi vb ani başlayan semptomlarla (bu semptomlardan birisi) gelen her hastada mutlaka EKG çekmeli. Neden mi? Hastadaki semptoma göre EKG'de neler görebiliriz?

1-Göğüs ağrısı ile gelen hastanın EKG'sinde;

A) Göğüs ağrısı sebebi akut koroner sendrom ise EKG'de ST segment depresyonu veya T- olursa nonSTEMİ veya USAP, ST segment elevasyonu varsa STEMİ tanısı koyabiliriz. Tabi ki bazı akut Mİ vakalarında ağrı sırasında bile ilk EKG normal çıkabilir, bu hastalarda ağrı tipik ise gerekirse 15 dk ara ile 2-3.EKG de çekmeli.

B) Göğüs ağrısı sebebi akut perikardit ise majör tanı kriterlerinden birisi olan evre 1 EKG'de açıklığı yukarı bakan ve resiproku olmayan yaygın ST segment elevasyonu ve/veya aVR'de ST segment depresyonu ve/veya PR segment depresyonu saptayabiliriz.

C) Göğüs ağrısı özellikle ani başlayan nefes darlığı ile beraberse pulmoner emboli olabilir ve EKG'de sinüs taşikardisi başta olmak üzereV1'de yüksek R olan sağ aks ve sağ dal bloku, %40 vakada S1Q3T3, V1-3 arası ST segment depresyonu veya Atriyal Fibrilasyon saptayabiliriz.

D) Göğüs ağrısı sebebi pnömotoraks ya da aort diseksiyonu ise sadece sinüs taşikardisi saptayabiliriz. 2-Ani ya da son günlerde başlayan, eforda gelen veya istirahatte dahi olan nefes darlığı ile gelen hastaların EKG'sinde;

A) Özellikle ani nefes darlığında pulmoner emboli mutlaka ekarte edilmeli ve EKG çok önemlidir. Ani nefes darlığı bazen göğüs ağrısı eş değeri olarak akut koroner sendromun ilk bulgusu olabilir ki yukarıda akut koroner sendrom EKG bulgularını yazmıştım.

B) KOAH akut alevlenme, pnömoni, GİS kanama, hipertiroidi, kokain kullanımı ve kalp yetersizliğinde de ani başlayan nefes darlığı olabilir ve sinüs taşikardisi veya atriyal fibrilasyonu çekeceğimiz EKG'de sık olarak saptayabiliriz.

C)Hasta özellikle yaşlı ise bradikardik EKG bulguları (sinüs bradikardisi, AV bloklar veya pauseler) olabilir. Size son günlerde ya da son saatlerde nefes darlığım var ve günlük işlerimi yapmakta zorlanıyorum diyen yaşlı hastalarda maratona mı çıkacaksın demeden önce hastaya mutlaka EKG çekilerek bradikardiler (hasta sinüs sendromu vb) ya da taşikardi (A. fibrilasyon) yapan sebeplere bakılmalı. Gençlerde de benzer semptomlar olursa sakın nöroz ya da psikolojik demeden önce yukarıda saydığımız (pulmoner emboli vb.) sebepler ve WPW, AVNRT, Brugada vb. aritmiler de aklımıza gelmeli. Mesela genç bir kadın polikistik over veya farklı nedenlerle oral kontraseptif alıyor iken ani çarpıntı veya nefes darlığı olursa pulmoner emboli de aklımıza gelmeli ve önce EKG çekilerek başta sinüs taşikardisi olmak üzere diğer bulgularda araştırılmalı.

3-Bayılma (senkop) /presenkop, baş dönmesi veya çarpıntı vb bulgulardan biri ile doktora gelen hastanın EKG'sinde;

A) Hasta özellikle 40 yaş altı ise EKG'de sinüs taşikardisi (panik atak, POTS sendromu, uygunsuz sinüs taşikardisi ya da pulmoner emboli vb nedenlere sekonder), SVT (WPW, Brugada, AVNRT) ya da kardiyomiyopatinin ilk belirtisi olarak VT/ Atriyal Fibrilasyon ya da Konjenital AV tam blok vb. saptayabiliriz.

B) Hasta 60 yaş üstü ve ileri yaşta ise AV tam blok, pauseler veya sinüs bradikardisi (Hasta sinüs sendromu), pulmoner emboli, kalp yetersizliği veya diseksiyon veya GİS kanama vb. nedenlerle oluşan sinüs taşikardisi veya yaşlılığa bağlı A. Fibrilasyon dahi olabilir.

C)Hastalarda senkop sebebi bazen pulmoner emboli veya inferior Mi olabileceğinden EKG'de bu hastalıklara ait bulgular bulabilirsiniz.

Diğer bir konu ise kişide semptom yok iken spor vb nedenle tarama amaçlı veya başka bir hastalık nedeni ile EKG çekildiğinde;

1-Sinüs taşikardisi (nabız 100/dk üstü) varsa: Gastrointestinal kanama, anemi, infeksiyon, ishal vb. dehidratasyon, anksiyete bozukluğu, HİPERTROİDİ, pulmoner emboli, kalp yetersizliği, KOAH akut alevlenme, Covid vb. viral infeksiyonlardan sonra ayakta çarpıntısı olanda POTS (postüral ortostatik taşikardi sendromu), psödoefedrin, enerji içeceği veya kokain vb kullanımı veya SNRI, silostazol (pletal) gibi ilaç kullanımı olabilir.

2-Sinüs bradikardisi (60/dk altı): Hipotiroidi, kafa içi kanama, hasta sinüs sendromu, İnferior Mİ ilk bulgusu, deli bal zehirlenmesi, epdantoin kullanımı olabilir.

3-Sağ dal bloku (V1'de rSR ya da R>s) : Sağlıklı insanlarda idiopatik olabilir, yeni başlayan nefes darlığı varsa pulmoner emboli, asemptomatikler ASD(eko istemeli), iskemiye sekonder, KOAH veya hasta sinüs sendromu da olabilir.

4-Komplet sol dal blok (D1-aVL, V5-6'da geniş R, v1-2'de derin S dalgası): Kardiyomiyopati olabilir eko istemeli, iskemi olabilir ki o an göğüs ağrısı varsa acil anjiyo veya ağrı yoksa miyokard perfüzyon sintigrafisi istemeli.

5-WPW (kısa PR ve delta dalgası), Brugada sendromu V1-2'de farklı ST segment elevasyonları, V1'de R dalgasının tepesinde çentiklenme ARVD, özelikle asemptomatiklerde D2-3aVF ve/veya V5-6'da açıklığı yukarı bakan ST segment ele-

vasyonları erken repolarizasyon olabilir. Özellikle asemptomatik WPW ve Brugada sendromlarını mutlaka kardiyoloğa sevk etmeli. Asemptomatikse kardiyoloğa ayaktan elektif olarak 1-2 hafta içerisinde gidebilir.

6-Atrial fibrilasyon: A. Fibrilasyon özellikle 65 yaş üstü, kadın ve diyabetik hipertansif kadınlarda sıktır. A. Fibrilasyon çarpıntı veya nefes darlığı şeklinde ilk başvuru olabileceği gibi hastada hiçbir belirti vermeyebilir. Çalıştığınız ortamda size ishal ya da tonsilit vb. nedenlerle de gelse her hastanın nabzını tutalım ve düzensiz olanlardan hemen EKG isteyelim. Saptayacağımız her A. Fibrilasyon yüzlerce hastada inme veya kalp yetersizliği gelişimini önleyecektir

HİPERTANSİYON TANI VE TEDAVİSİNE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Ülkemizde en az 15 milyondan fazla hipertansiyon hastası var. Hipertansiyon genelde 65 yaşından sonra sıklığı artmakta iken artık günümüzde obezite ve uyku apne arttığı için 30 yaş üstü de hipertansiyon vakaları görmekteyiz. Stresli yaşam, obezite ve uyku apne daha da artacağından muhtemelen hipertansif hasta sayısı her geçen gün katlanarak artacak.

Hipertansiyon çoğu hastada yaptığı kötülükleri (organ hasarları) zamana yayıp belirti vermediğinden kendisine sessiz katil (silent killer) de denilmektedir. İyi tedavi edilmemiş bir hipertansiyon kolon kanseri vb. dahil birçok kanserden daha ölümcüldür. Ama maalesef adı kanser olmadığı için tanı almış hipertansiyonların ancak %50'si ilaç almakta. İlaç alanlarda da yetersiz tedavi, tuz kullanımına vb devam ettikleri için en az %50'inde tedavide hedefe ulaşılamamakta. Hipertansiyonda en sık sebep (%95'i) primer (esansiyel) dediğimiz tuz, kilo, genetik, çevresel faktör etkenleri vb gelmektedir. %5 sebep ise sekonder olup bunların başında uyku apne gelmekte, sonra ise böbrek parankim hastalığı (taş vb.), renal arter darlığı vb. gelmektedir.

Hipertansiyonda yapılması gerekenler:

1-Hipertansiyon tansiyon kuralarına göre doğru ölçülmeli: Günümüzde en az %30-40 vakada tansiyon yanlış ölçülmekte ve genellikle de yanlış daha yüksek bulunmakta, bu nedenle gereksiz hastalara antihipertansif verilmektedir. Tansiyon ölçümü hem hastane ortamında hem de ev ya da iş yerinde en az 1 hafta ölçülmeli ve sonuca göre hipertansiyon tanısı konulup tedavi ve yaşam tazı değişiklikleri önerilmeli. Doğru tansiyon ölçümü için, hasta tansiyon ilacı alıyorsa bu ilaçtan 2 saat sonra, yemek yedikten veya sigara vb. aldıktan 1 saat sonra, tuvalet ihtiyacı yok iken, en az 15 dk sandalyede oturur pozisyonda istirahat ettikten sonra, kol kalp seviyesinde ve kol düz ve bir masa üzerinde dururken ideal bir manşonu olan ya da otomatik ölçer iyi bir cihaz ile ölçüm yapılacak. Hastane ortamında140/90 mmHg üstü, ev veya iş yerinde 135/85 mmHg üstü tansiyon değerlerinde hipertansiyon tanısı konulmakta. Hipertansiyon kriterleri hem ev de hem de hastane ortamında olmalı ki gerçek hipertansiyon tanısı koyalım.

2-Anemnez doğru alınmalı: Hasta hipertansiyon yapıcı psödoefedrinli grip ilaçları veya burun damlası alıyor mu sorgulanmalı. Özellikle gençlerde kokain vb, enerji içecekleri ve bazı antidepresan vb. sorgulanmalı. Bunları sorgulamadan özellikle genç hipertansiflerde hemen feokromositoma düşünüp sürrenal MR ve idrarda VMA istemek gibi geniş tetkiklere başlamak doğru değil. Doğu illerinde tansiyon yükseltici meyan kökü şerbeti içiyor mu sormalı. Anemnezde tuz kullanımı, uyku apne belirtileri (horlama ve solunum durma atakları) sorulmalı. Özellikle obez ve boynu dar kişilerde uyku apne sık olur. Hastaya kullandığı kronik oral ya da damla vb. ilaçlar sorgulanmalı. Yüksek rakımlı yer de yaşıyor mu sorulmalı ki yüksek rakımda tansiyon ve nabız artar.

3-Hastada fizik muayene yapılmalı: Doğru tansiyon ölçümü dışında hastada kalbin oskültasyonu ile hipertansiyonda görülen aort ve mezokardiyak odakta S2 sert mi ve apikalde S4 (4.kalp sesi) var mı bakılmalı. S4 varsa bu kişide sol ventrikül hipertrofisi olma ihtimali yüksek ve bu hastanın tansiyonu önemli olabilir ki genelde antihipertansif ilaç başlanır. Femoral ve radyal nabızlar palpe edilmeli. Radyal nabız düzensiz ise atriyal fibrilasyon olabilir ve hemen EKG çekmeli. Hipertansif hastada Atriyal fibrilasyon varsa oral antikoagülan ömür boyu vermek gerekir. Sadece nabız muayenesinde saptadığınız Atriyal fibrilasyon ile vereceğiniz oral antikoagülan inmeyi önleyecektir. Bundan daha güzel hekimlik olamaz!

4-Bazal tetkikler istenilmeli.: Tetkikler ile hastada hedef organ tutulumu var mı bakılmalı. Çünkü saptanacak patolojik sonuçlar ile hem hipertansiyonun etyolojisi hem de tedavide hangi ilacı seçeceğimizi, hastayı hangi aralıkta takip edeceğimizi gösterir. Hastalara ilk planda tedavi başlamadan önce üre, kreatinin, sodyum, potasyum, kalsiyum, TSH, ürik asit, ALT, AST, CK, glikoz, HbA1c, hemogram, lipidler ve mutlaka rutin idrarda proteinüri bakılmalı.

5-Uygun antihipertansif ilaç seçimi yapılmalı: Tüm anemnez, fizik muayene ve tetkiklerden sonra hastaya uygun ilaç

verilmeli. Hekimlik kişiye özel elbise dikmek yani terziliktir. Tıpta hastalık yoktur hasta vardır. Hastaya uygun tedavi düzenlenmeli. Hipertansiyon hastalarında en sık yazılması gereken ilaç ACE-inhibitörleri veya ACE-inhibitörü öksürük yaparsa onun yerine anjiotensin reseptör blokeri (ARB) yazılır. Ayrıca hipertansiyonun organ tutulumu (proteinüri, böbrek taş vb., sol ventrikül hipertrofisi, göz tutulumu vb.) veya ek kronik hastalığı varsa mutlaka antihipertansif tedavide buna göre düzenlenmeli.

6-Hipertansiyon tedavisinde dikkat edilmesi gerekenler: Tedavi ile tuz kısıtlaması, obezitenin giderilmesi, uyku apne varsa tedavisi, NSAİİ veya psödoefedrin veya SNRİ vb. anksiyolitiklerin kullanımına dikkat edilmesi ve mümkünse alternatif ilaç tedavi verilmesi önerilmeli. Hipertansif tedavi ile her hastaya uygun hedef tansiyon değerleri belirlenmeli. Alınan tansiyon ilacı etkili olup olmadığını anlamak için tansiyon doğru şekilde ve doğru zamanda ölçülmeli. En az 1-3 haftalık ölçüm sonrası ilacın etkisi hakkında yorum yapılır ve gerekirse tansiyon semptomatik düşük seyrediyorsa ilacın dozu azaltılır veya kombine ise kombine ilaçlardan birisi kesilir, tansiyon yüksek seyrederse o zaman ciddi yükseklik devam ediyorsa ek ilaç eklenir ya da hafif daha yüksek biraz daha antihipertansif etki artsın diyorsanız aynı ilacın dozu 2 katına çıkılabilir. Aynı ilacın dozunu 2 katına çıkmak antihipertansif etki 2 kat daha etkili olacak anlamına gelmez, 2 katına çıkmak ilacın etkisinde %20 daha fazla antihipertansif etki sağlar.

7-Antihipertansif ilaçlar ve yan etkileri: Hastada olası ilaç yan etkileri en baştan hastaya anlatılmalı. ACE-inhibitörleri genelde 1.aydan sonra kuru öksürük, boğazda gıcık veya boğaza tüy sürtülmüş gibi bir duygu yapabilir. Amliodipin verdiğimiz hastalarda ilaçtan birkaç ay sonra her iki ayak üstü veya diz altı bölgede fazla gode bırakmayan ödem benzeri şişlik görebiliriz. Tizaidli kombinasyonlarda hiponatremi ve hipopotasemi bağlı hastada uyuşukluk, kas güçsüzlüğü, huzursuzluk, halsizlik, ajitasyon ve uyku bozukluğu olabileceği unutulmamalı. Spironolakton tek taraflı ağrılı jinekomasti yapabilir. Verapamil ve diltizem ciddi kabızlık yapabilir. Diüretikler ürik asit yüksekliği ve GUT artriti yapabilir. Beta blokerler erektil disfonksiyon ve az da olsa adinami yapabilir. Alfa blokerler ilk dozlarda baş dönmesi yapabilir. Bu nedenle ilk dozlarda ani oturuş kalkış yapmamalı ve bu etkisinin 3-5 gün devam edeceği söylenmeli.

8-Her antihipertansif ilacın yan etkisi hastada semptom olmasa da takip edilmeli: Hipertansif retinopati veya proteinüri vb. hedef organ tutulumu olan hipertansif hastalar daha sık (2-3 ay da bir) takip edilmeli, ama organ tutulumu yok komplike olmamış hipertansif hastalar ise 6 ay da bir takip edilebilir. Bir hastaya ilk defa ACE-inhibitörü veya ARB veya diüretikli kombinasyonlar yazılırsa bu ilaçlardan 10 gün sonra kreatinin, sodyum ve potasyum bakmalı ve normal sınırlarda ise mümkünse 3 ay da bir kreatinin, sodyum ve potasyum kontrolü yapılmalı.



PROF. DR. MİNE ADAŞ

1990 İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi mezunuyum. 1995 yılında SSK Okmeydanı Hastanesi 2. Dahiliye Servisinde iç hastalıkları eğitimimi tamamlayarak iç hastalıkları uzmanı oldum. 2000 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalında yandal eğitimimi tamamlayarak endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzmanı oldum. 2015 yılında doçent, 2021 yılında profesör ünvanı aldım. Halen Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Derneği yönetim kurulu üyesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği idari sorumlusu, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniğinin kurucusu ve eğitim sorumlusu olarak görev yapmaktayım.

Diyabet ile igili kılavuzların yazım aşamasında görev almaktayım.

DİYABETİK HASTA TEDAVİSİNE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

14 Kasım dünya diyabet gününde bu kursu yapmanın mutluluğunu yaşıyorum. Neden 14 Kasım? Tıp tarihinin en önemli keşiflerinden biri olan insülin Kanadalı bilim insanı Frederick Grant Banting tarafından keşfedilmiştir. Banting'in doğum günü olan 14 Kasım dünya diyabet günü olarak kutlanmaktadır. Peki neden mavi halka? Mavi halka, diyabet için birleşmeyi ve bir araya gelmeyi temsil etmesi için Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından oluşturulmuştur. Bu simgede mavi renk tüm ulusları birleştiren gökyüzünü temsil etmektedir ayrıca birleşmiş milletler bayrağının rengi de mavidir. Daire şekli ise çoğu kültürde yaşamı, dünyayı ve sağlığı sembolize etmektedir.

Diyabete bütüncül tedavi yaklaşımı, medikal tedavinin ötesinde yaşam tarzı faktörlerini de dikkate almayı içerir. Buna dengeli beslenme, düzenli egzersiz, stres yönetimi ve yeterli uyku da dahildir. Bu unsurların tedavide göz önünde bulundurulması, daha iyi kan şekeri kontrolüne ve genel iyilik haline katkıda bulunabilir. Bir diğer önemli nokta tedavide ataletten yani geç ve atıl davranmaktan kaçınılmasıdır. Farmakolojik tedavi, komorbiditeler ve tedavi hedeflerini içeren kişi merkezli bir tedavi olmalıdır. Tip 2 diyabeti olup aterosklerotik kardiyovasküler hastalık, kalp yetmezliği vekronik böbrek hastalığı olan veya kardiyovasküler açıdan belirlenmiş yüksek risk taşıyan yetişkinlerde tedavi rejimi, kardiyorenal riski azaltan SGLT2 inhibitörleri ve GLP1 RA ni önceliklendirmektedir. Bunun dışında metabolik hedeflere ulaşmak için yeterli etkinliği sağlayan ve sürdürebilen metformin veya kombinasyon tedavisi de dahil olmak üzere diğer tedavi ajanları dikkate alınmalıdır. Kilo yönetimi, tip 2 diyabette glukoz düşürücü yönetimin etkili bir bileşenidir. Glukoz düşürücü tedavi rejiminde kilo yönetimi hedeflerini destekleyen yaklaşımlar dikkate alınmalıdır. Tedavi başarısızlığına kadar geçen süreyi uzatmak için bazı bireylerde tedavinin başlangıcında erken kombinasyon tedavisi düşünülebilir. Devam eden katabolik süreç (kilo kaybı) kanıtı varsa, hiperglisemi semptomları mevcutsa, HbA1C düzeyleri>%10 veya kan şekeri > 300 mg/dl ise insüline erken başlanması düşünülmelidir. Tüm tedavi aşamalarında hipoglisemi sorgulaması ve yönetimi yapılmalıdır. Diyabetik bireyin eşlik eden hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi hastalıklarının da tedavisi bütüncül tedavi yaklaşımının unsurlarındandır.



OP. DR. FURKAN KAYABAŞOĞLU

Furkan Kayabaşoğlu 25 Eylül 1978 tarihinde Sakarya'da doğdu. 1989–1996 yılları arasında ortaöğrenimini Sakarya Anadolu Lisesi'nde tamamladı. ÖSS sınavında Sakarya ili üçüncüsü olarak İstanbul Tıp Fakültesi'ne başladı. 2002 yılında tamamladığı tıp eğitiminin ardından girdiği Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda (TUS) Türkiye on altıncısı olarak İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görevine başladı. Uzmanlık bitirme tezi olarak "Laparoskopik Tubal Sterilizasyon Uygulanan Olgularda Elektrokoagülasyon ve Mekanik Klips Yöntemlerinin Over Fonksiyonu Üzerine Etkisinin Araştırılması" konusunda çalışma yürüttü. 2007 yılında altı ay süreyle Avustralya'da Sidney Üniversitesi Royal Prince Alfred Hastanesi'nde görev yaptı. Özellikle "Jinekolojik Laparoskopi" ve "Histeroskopi" konularında yoğunlaşarak, başta Prof. Jonathan Carter MD, Prof. Chris Benness MD ve Nesrin Varol MD olmak üzere birçok jinekolog cerrah ile ellinin üzerinde operasyona dahiloldu.2009yılındaaskerliğiniAğrıAskerHastanesi'nde,2010yılında"DevletHizmetYükümlülüğü" gereği Hakkâri-Yüksekova Devlet Hastanesi'nde görev yaptı. 2011 yılı başında, özellikle Tüp Bebek ve Jinekolojik Endoskopik Cerrahi üzerine çalışılan "Özel Koşuyolu Kadın Hastalıkları Merkezi"ndeki görevine başladı. 2012-2013 yıllarında VKV Amerikan Hastanesi'nde "ziyaretçi doktor" statüsünde hasta gördü. Furkan Kayabaşoğlu 2013 yılı ocak ayında, Kadıköy Şifa Sağlık Grubu Tüp Bebek Ünitesi ekibine katıldı. 2014 yılı mayıs ayında halen kendi özel muayenehanesinin de içerisinde bulunduğu ALLE'yi hayata geçirdi. Mesleki Deneyim Nisan 2014-Halen, Özel Muayenehane (Barbaros Mahallesi, Sütçü Yolu Caddesi, No: 85A/1,Ataşehir/İstanbul) Kadın Hastalıkları ve Doğum, Operatör Doktor Ocak 2013-Nisan 2014, Özel Kadıköy Şifa Sağlık Grubu, Tüp Bebek Merkezi, Ataşehir/İstanbul Tüp Bebek Merkezi, Operatör Doktor Temmuz 2013-Ocak 2014,VKVAmerikan Hastanesi, Nişantaşı/İstanbul Tüp Bebek Merkezi, Operatör Doktor (IVF Sertifikasyon Programı) Şubat 2011-Aralık 2013, Özel Koşuyolu Kadın Hastalıkları Merkezi, Kadıköy/İstanbul Kadın Hastalıkları ve Jinekolojik Endoskopi Merkezi, Operatör Doktor Mayıs 2012-Ocak 2013, Memorial Ataşehir Hastanesi, Ataşehir/İstanbul Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Operatör Doktor Ocak 2010-Ocak 2011,Yüksekova Devlet Hastanesi, Hakkari/İstanbul Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Operatör Doktor (Devlet Hizmet Yükümlülüğü) Ocak 2009-Aralık 2009 ,Asker Hastanesi, Ağrı/İstanbul Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Tabip Asteğmen Ocak 2009-Aralık 2009, Özel Ağrı Şifa Tıp Merkezi, Ağrı/İstanbul Kısırlık Polikliniği, Operatör Doktor Eğitim 2003-2008, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul/ Türkiye Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Asistan Dr. 2007-2007, Royal Prince Alfred Hastanesi, Sydney Üniversitesi Sydney, NSW/Avustralya Endometriozis Ünitesi, Fellow Observer 1996-2002, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul/Türkiye Üniversite Eğitimi Not: Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) Nisan 2003 Sınavı Türkiye 16.'sı 1989-1996,Sakarya Anadolu Lisesi, Sakarya/Türkiye Ortaöğretim Eğitimi, Bitirme Derecesi 4.02/5.00 Not: Öğrenci Seçme Sınavı (ÖSS) Sakarya 3.'sü Bilimsel Dernek Üyelikleri Minimal İnvaziv Jinekoloji Derneği (MİJİD), 2010 Türk – Alman Jinekoloji, Eğitim, Araştırma ve Hizmet Vakfı (TAJEV), 2008 TSRM Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği (TSRM), 2008 Türk Jinekolojik Endoskopi Derneği (JED), 2007 Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD), 2006

GEBELİK TAKİBİ & GEBELİKTE İLAÇ KULLANIMI

Gebelik hiç kuşkusuz bir kadının hayatının en özel süreci... Bu çok keyifli ama bir o kadar da kaygılarla dolu sürecin yönetimi bir hekim için çok önemli. Gebeliğin hem hormonal, hem de fiziksel etkileriyle anne adayının birçok sistemik şikayetlerinin, anne karnındaki fetusun da etkilenmeyecek şekilde çözülmesi gerekmektedir. Tüm bu sistemik şikayetlerin yanı sıra bir de kaygı yönetimi ile anne adayının bu fizyolojik süreci olabildiğince huzurlu geçirmesi sağlanmalıdır.

Gebelik takibi hangi sıklıkla yapılmalıdır?

Gebeliğin başında hangi tetkikler istenmelidir?

Anatomik ve genetik taramalar nasıl planlanmalıdır?

Gebelikte hangi ilaçları kullanabiliriz? Ya da hangi ilaçları asla kullanmamalıyız?

Supplementer desteğinde temel yaklaşım ne olmalıdır?

Peki ya doğum? Aile hekimi olarak biraz da doğum bilgilerimizi tazeleyelim...

Sunumda kırk hafta süren gebelik takibi sürecini basamak basamak anlatacak, aile hekimi olarak gebelik dönemine nasıl katkı sağlayabileceğimizi tartışacağız.



PROF. DR. NİLGÜN ÇÖL

Öğrenim Bilgisi

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	İstanbul Tıp Fakültesi	İstanbul Üniversitesi	1985-1991
Tıpta Uzmanlık	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	TC. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1992-1997

Akademik Görevler

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Üniversite	Yıl
Prof. Dr.	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	28.06.2022 -Günümüze
Prof. Dr.	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.-Sosyal Pediatri BD.	Gaziantep Üniversitesi	09.08.2019 - 16.06.2022
Doç. Dr.	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.-Sosyal Pediatri BD.	Gaziantep Üniversitesi	27.01. 2014- 09.08.2019

Yrd. Doç. Dr.	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.-Sosyal Pediatri BD.	Gaziantep Üniversitesi	2008-2014
Öğretim görevlisi	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	Gaziantep Üniversitesi	2006-2008
Uzman doktor	T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziantep Çocuk Hastanesi	-	2004-2006
Uzman doktor	T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziantep 75.Yıl Doğum Hastanesi, Yenidoğan Ünitesi	-	2002-2004
Uzman doktor	T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziantep Çocuk Hastanesi	-	1998-2002
Arş. Gör. Dr.	T.C. Sağlık Bakanlığı, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	-	1992-1997

ÇOCUK SAĞLIĞI KONTROLLERI VE RUTIN MUAYENESI

Çocuk sağlığı kontrolleri doğumdan başlayarak tüm çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlıklı olup olmadığının değerlendirildiği, koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu çocuk sağlığı hizmetidir.

Yaşamın ilk yılları boyunca çocuğun fiziksel ruhsal ve sosyal yönden iyi olup olmadığının değerlendirilmesi, sağlığın sürdürülmesi, desteklenmesi, hastalıkların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Çocuk sağlığı izlemi uzun süreye yayılmalı, devamlı olmalı, toplumun kültürel normlarına uygun olmalı, hasta ve ailesinin gereksinimlerini karşılamalı, hastalık sırasında da sürdürülmeli, tüm çocuklara özellikle kronik hastalığı olan ve risk altındaki çocuklara ulaşmalıdır.

Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı protokolleri kapsamında bebekler doğum anı ve doğumun hemen sonrasında, doğumdan sonraki ilk haftada değerlendirilmektedir. Sonrasında 15-41. gün, 2. ay, 3-4. ay, 6.,9.,12. aylarda kontroller yapılmaktadır. Devamında 13-36 ay arası 6 ayda bir, 4-6 yaş arası yılda bir kontrol önerilmektedir. Bu kontroller görüşme ve öykü alma ile başlamakta, aile, çevre, çocuk ilişkisi gözlemi yapılmakta, fizik muayene, büyüme ve gelişimin değerlendirilmesi, taramalar, bağışıklama uygulamaları ve sağlık eğitim, danışmanlık verilmesi ile sonlanmaktadır.

Çocukluktan erişkin hayata taşınan hastalık yükünün azaltılması etkin ve sürekli bir çocuk sağlığı izlemi ile başarılabilir.

HAYATIN İLK 100 GÜN

Gebelikten üç yaşa kadar olan dönem kişinin tüm yaşam boyu sağlığının, iyiliğinin, öğrenmesinin, üretkenliğinin temellerinin atıldığı, sonraki neslin sağlığı üzerinde etkisi olan bir dönemdir.

Bunları sağlayabilmek için UNICEF "Geliştiren bakım" modelini ortaya koymuştur. Çocukların sağlıklarının geliştirilmesine, uygun beslenmeye, güvenli ve güvenilir çevreye, duyarlı bakım ve erken öğrenme olanaklarına gereksinimleri olduğu vurgulanmaktadır.

Yaşamın ilk 100 gününde gelişmekte olan beyin eksik beslenme, gıda güvencesizliği, yoksulluğundan kaynaklanan toksik strese karşı çok hassastır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü doğumdan hemen sonra ilk bir saat içinde emzirmenin başlatılmasını, bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesini, 6. aylarından itibaren tamamlayıcı besinlerle birlikte anne sütü ile beslenmenin en az iki yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir.

Bu dönmede başvuran annelerde postpartum depresyon yönünden dikkatli olunması ve erken tanısının önemine dikkat çekilmektedir. Çocuklarda gözlem, fizik muayene ve laboratuvar testleri ile taramaların yapılması erken tanı açısından oldukça önemlidir.

Sağlıklı nörolojik ve psikososyal gelişim için önerilen yöntemler hekimin çocuğu ailesi ile birlikte bütün olarak değerlendirmesini sağlayan, aile ile iş birliğini geliştiren, gelişimi destekleyen, sorunlar fark edildiğinde yönlendirebilmeye olanak sağlayan özelliklere sahip olmalıdır.

Bu dönemde çocuğun yaşına uygun bağışıklamasının yapılması da koruyucu hekimlik açısından oldukça önemlidir.



DOÇ. DR. GÜZİN ZEREN ÖZTÜRK

Dr. Öztürk 1977 yılında Sakarya, Hendek'te dünyaya gelmiştir. Lisans eğitimini Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamlamış ardından Vakıf Guraba Eğitim Araştırma Hastanesine Aile Hekimliği Uzmanlığı eğitimini 2009'da bitirmiştir. Türkiye'de birinci basamakta 2003 yılından beri görev yapan Dr. Öztürk 2016 yılında başasistan unvanıyla Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde göreve başlamıştır. Hem uluslararası hem de ulusal hakemli degilerde yayımlanan makalelerinde aile hekimliğinin temel hemen her konusu üzerinde değerlendirmelerde bulunmuş ve atıflar almıştır. Orijinal ve çeviri kitap ile bölümler yazmış ve ulusal dergilerde editörlük çalışmaları yapmıştır. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde 2018Doçentlik unvanını almıştır ve halen burada Aile Hekimliği Eğitim sorumluluğu yapmaktadır. 2021 Eylül ayından itibaren TAHUD İstanbul Şube Başkanlığını yürütmektedir.

BİRİNCİ BASAMAKTA HİV VE HEPATİT B TESTLERİ

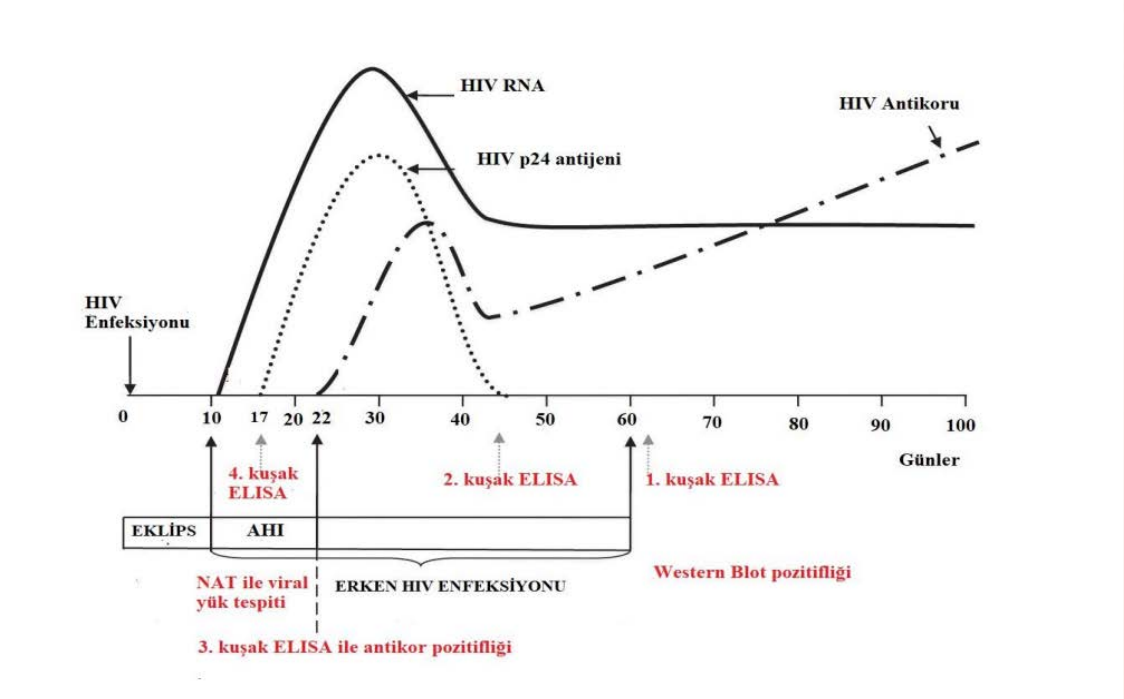
Birinci basamak akut enfeksiyonlar kadar kronik enfeksiyonlarında tanı konulduğu sağlık hizmetleri vermektedir. Rutin veya şikayet üzerine yapılan tetkik sonuçlarında HIV ve Hepatit B tanıları konulmaktadır. Bu aşamada hastaya verilen bilgilendirme ve hastanın tedaviye ulaşımı ve enfeksiyonun bulaşıcılığını durdurmak için çok önemlidir.

Hepatit B serolojisi ve anlamları Tablo-1'de verilmiştir. Hastanın durumu bu semaya göre enfeksiyon hastalıkları tarafından değerlendiirilmektedir.

Klinik Formlar	HBsAg	HBeAg	Anti-HBc IgM	Anti-HBc IgG	Anti-HBs	Anti-HBe	HBV DNA	ALT
AHB	+	+	+	-	-	-	+++	+++++
AHB (pencere dönemi)	-	-	+	-	-	-	++	+++++
İyileşmiş hepatit B	-	-	-	+	+	+	-	N
KHB (immün tolerans)	+	+	-	+	-	-	++++	N
KHB	+	+/-	-	+	-	+/-	≥2000 İÜ/ml	+
KHB (alevlenme)	+	+/-	+/-	+	-	+/-	+	++
İnaktif HBV taşıyıcılığı	+	-	-	+	-	+	<2000 İÜ/ml	N
Gizli HBV infeksiyonu	-	-	-	+/-	+/-	-	+	N
Hepatit B aşısı	-	-	-	-	+	-	-	N

AHB: akut hepatit B, KHB: kronik hepatit B.

HIV açısından ise en sık başvuru nedenlerinden biri şüpheli temas olmaktadır. Birinci Basamakta yapılan elisa testinin reaktif olması HIV pozitif anlamına gelmeyebilir mutlaka doğrulama testi yapılmalıdır. Şekil-2 ^de görüldüğü gibi bulaş sonrasında HIV'in bulaşmasını takiben "eklips dönemi" olarak adlandırılan, 8–10 günlük sürede virüsün varlığını tespit edebilecek bir tarama testi bulunmamaktadır. Temas sonrası ASM'deki yapılan testler 17.gunden sonra sonuç veren 4.kusak antikor Hıv1/2 ve p24 antijen bakan testlerdir.


HIV RNA
HIV Antikoru
HIV p24 antijeni
HIV Enfeksiyonu
0
10
17
20
22
30
40
50
60
70
80
90
100
Günler
4. kuşak ELISA
2. kuşak ELISA
1. kuşak ELISA
EKLİPS
AHI
Western Blot pozitifliği
NAT ile viral yük tespiti
ERKEN HIV ENFEKSİYONU
3. kuşak ELISA ile antikor pozitifliği



DOÇ. DR. ZEYNEP TUZCULAR VURAL

1963'te İstanbul'da doğdu. Orta ve lise eğitimini English High School ve İstanbul Amerikan Robert Lisesi'nde tamamladı. 1987'de Trakya Tıp Fakültesi'nden mezuniyetinden sonra 1991'de uzmanlık eğitimini Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tamamlayarak Aile Hekimliği Uzmanı unvanını aldı. 1996'da Türkiye'nin ilk Aile Hekimliği Doçenti oldu. Uluslararası ve ulusal dergilerde yayınlanmış ve kongrelerde sunulmuş 200'den fazla bilimsel çalışması bulunmaktadır. Çeşitli orijinal ve çeviri kitap ve kitap bölümü yazarıdır. 1997-2004 yılları arasında Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde ve 1998'den beri İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ve İ.Ü. Devlet Konservatuvarı bünyesinde ders veren Dr. Vural çeşitli uluslararası ve ulusal kongrelerde özellikle üreme sağlığı ve kontrasepsiyon konusunda davetli konuşmacı olarak görev yapmıştır. Ayrıca, çeşitli dergilerin ve kongrelerin yayın kurulu ve bilimsel danışma kurullarında da yer almaktadır. European Society of Contraception (ESC), WONCA (World Organization of Family Doctors), EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) ve TAHUD üyesidir. Halen Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği Kliniğinde eğitim görevlisi ve Haliç Tıp Fakültesinde öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.

PLANLI DOĞUM-PLANLI KONTROL

Üreme sağlığı, DSÖ'nün sağlık tanımı çerçevesinde, hayatın her evresinde erkek ve kadın üreme sistemlerinin işleyişini etkileyen hastalıkları, bozuklukları ve koşulları ifade eder. Bütün kadın ve erkeklerin kendi seçtikleri güvenli, etkili, ekonomik ve kabul edilebilir doğurganlık düzenleme yöntemleri ile ilgili bilgilendirilme ve erişim hakları, güvenli bir gebelik ve doğum süreci sonunda çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olmalarını sağlayacak uygun sağlık hizmetlerine erişme hakları vardır.

Doğum kontrol yöntemleri insanlık tarihi kadar eskidir. MÖ 1850'de Mezopotamya'da eski yazıtlarda sünger ve tampondan bahsedilir. Eski Mısır papirüslerinden serviksden sperm geçişini önlemek için tampon olarak bal, sakız ve timsah dışkısı kullanıldığı biliyoruz. Tarihte rahim içi araçların ilk defa uzun seyahatlerde develerin gebe kalmaması için kervan sürücüleri tarafından develerin rahimlerine küçük taşlar yerleştirmek suretiyle kullanıldığı bilinir. Kullanılan kontraseptif yöntemler kültürler arasında çok farklılık gösterir. Hormonal yöntemler ise 20. yüzyılın 2. yarısından itibaren kullanılmaya ve geliştirilmeye başlanmıştır.

Aile Planlaması: Bir çiftin istediği zaman ve istediği sayıda, sağlıklı çocuğa sahip olması ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. Aile planlaması doğum aralıklarının arttırılması ve gerektiğinde sınırlandırılmasını sağlamanın yanısıra kontrasepsiyon dışı yararları ile kadınların sağlığını korumayı hedefler. İstenmeyen gebelikler kadınları duygusal ve fiziksel travmaya maruz bırakan önemli halk sağlığı sorunlarındandır. Günümüzde son derece güvenilir kontraseptif yöntemler kullanıma sunulmuş olsa da, ne yazık ki dünyadaki ve ülkemizdeki çiftlerin önemli bir bölümü güvenilirliği düşük geleneksel yöntemler ile korunmaya devam etmektedirler. Bu konuda aile hekimine büyük görev düşmekte, doğurgan yaştaki kadınlarda aile planlaması ve kontrasepsiyon konusunu ele almaları büyük önem taşımaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre, üreme çağındaki evli kadınların %63'ü artık başka çocuk istememektedir. Kadınlarımızın neredeyse tamamının en az bir kontraseptif yöntemi bilmesine karşın

ülkemizde evli kadınların sadece %70'i herhangi bir aile planlama yöntemi kullanmaktadır. Ne yazık ki en yaygın kullanılan yöntemler arasında hala birinci sırada geri çekme gelmektedir (%20). Son derece güvenilir, etkili ve geri dönüşü olan yöntemler olmalarına ve dünyada 100 milyondan fazla kadının hormonal kontraseptifleri kullanmasına rağmen ülkemizde hormonal yöntem kullanımı hala çok düşüktür. Oral kontraseptif hap kullanım oranı %5 civarındadır.

Ülkemizde kontraseptif seçenekleri giderek artmakta, ancak bilinmediği ya da tavsiye edilmediği için kullanımları sınırlı kalmaktadır. Haplarla ilgili bilimsel geçerliliği olmayan "hap kullanma! çocuğun olmaz, çok kullanma, ara ver vücudun dinlensin, hormonların bozulur" gibi birçok yanlış inanış korku uyandırmaktadır. Bu nedenle hekimlerin ve diğer aile sağlığı merkezi sağlık personelinin bu yöntemlerin danışmanlığı, etkinliği, güvenilirliği ve yan etkileri konusunda güncel bilgilere sahip olmaları şarttır. Bu kapsamda "Planlı Doğum-Planlı Kontrol" konusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimlerine büyük görev düşmekte, doğurgan yaştaki kadınlarda aile planlaması ve kontrasepsiyon konusunu ele alması büyük önem taşımaktadır.

Aile Planlamasında Danışmanlık: Danışmanlık, klasik anlamda karşılıklı konuşarak, başvuranın karar vermesine veya bir sorununu çözmesine yönlendirici olmadan yardımcı olmaktır. Belli bir konuda uzmanlaşmış kişilerce, yüz yüze konuşma sırasında, bir kişinin diğerine belli bir konuda çözüm seçenekleri sunarak karara varmasını kolaylaştırmak amacıyla yapılır. Aile Planlaması danışmanlığında kişinin özgür ve bilinçli seçim yapmasında danışmanın önemli bir rolü vardır. Aile planlaması yöntemi kullanıcıları yöntemin etkinliğini, yan etkilerini, uygulama ve kullanma şeklini, yöntemin kolay ve zor yanlarını, yöntem sonrası gebeliğin ne zaman gerçekleşebileceği, yöntemin cinsel yaşamla ilişkisini ve kullanılmaması gereken durumları bilmek isterler. İyi bir danışman bu soruları başvuranın kendi ihtiyaçları ve koşullarını da gözeterek tarafsız ve doğru bilgilerle cevaplamaya ve kişinin özgür ve bilinçli bir seçim yapmasına yardımcı olur. Tarafsızlık özelliğini hem farklı yaş, etnik kimlik, dini inanç, ırk, sınıf, eğitim ve cinsiyetteki gruplara danışmanlık verirken hem de bilgi aktarırken korur, mahremiyete önem verir. Yaptığı işin önemine inanarak, insanlarla birlikte çalışır ve onlara yardım etmeye istekli bir şekilde, kendi değerlerinin ve sınırlarının farkına vararak cinsellik konularında rahat bir şekilde duygularını ifade eder ve kişilerin kendileri adına karar almalarını sağlar. Kendininkinden farklı değerlere sahip kişilerin duygu ve düşüncelerine karşı hoşgörülüdür ve başvuranlara karşı destekleyici bir tutum içinde kalır. **İyi Bir aile planlaması danışmanı** bilgili olmalı ve başvuranın kararını etkileyebilecek kültürel / psikolojik faktörlerin farkında olmalıdır. Danışmanlık aynı zamanda bir beceridir. Danışmanın nezaketi elden bırakmadan önyargısız, bir iletişim kurması gerekir. Gereğinden fazla bilgi vermek, kişiye asıl gereken bilginin hatırlanmasını engelleyeceğinden bilginin bir düzen içinde verilmesi ve danışmanlığını kısa tutulması, önemlidir. Görüşme sonlanmadan, başvuranın soru sormasını teşvik eder, endişeleri giderir ve sunduğu bilgilerin tam olarak anlaşıldığından emin olur. Sözsüz iletişim ve beden dili mesajlarını iyi değerlendirir. Başvurana daha fazla yardımcı olamayacağı durumlarda, hizmet alabileceği uygun yerlere yönlendirir.

Kontraseptif Yöntemlerin Sınıflaması:

A. Hormonal kontraseptifler

1. Kombine oral kontraseptifler (kok)
2. Mini haplar
3. Enjekte edilen kontraseptifler
    a. Yalnız progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler
    b. Kombine enjekte edilen kontraseptifler
4. Deri altı implantları
5. Hormon içeren RİA'lar
6. Vajinal halkalar

B. Rahim içi araçlar

C. Bariyer yöntemler
   1. Kondom
   2. Kadın kondomu
   3. Diyafram
   4. Servikal başlık (cap)
   5. Spermisitler

D. Cerrahi sterilizasyon
   1. Tüp ligasyonu
   2. Vazektomi

E. Doğal aile planlaması yöntemleri
   1. Bazal vücut ısısı takibi
   2. Servikal mukus takibi
   3. Servikal palpasyon yöntemi
   4. Takvim veya ritim metodu
   5. Geri çekme
   6. Vaginal yıkama

F. Emzirme ile gebeliğin önlenmesi

G. Acil kontrasepsiyon

Hormonal Kontraseptifler: Hormonal kontraseptifler son derece güvenilir, etkili ve geri dönüşü olan yöntemlerdir. Dünyada 100 milyondan fazla kadın hormonal kontrasepsiyon kullanmaktadır. Tüm hormonal **yöntemlere başlamadan önce özgeçmiş ve** soygeçmiş sorgulanmalı, TA ölçümü yapılmalıdır**.**

Kombine Oral Kontraseptifler (KOK): KOK'ler doğru kullanıldığında %99,9 etkilidir. Olağan kullanımdaki başarısızlık nedenlerinin başında, kullanıcı uyumsuzluğu gelmektedir. Bu nedenle kullanıcılar uygun danışmanlık hizmeti alırlarsa, yöntemi daha başarılı şekilde ve uzun süre kullanırlar.

KOK'lerin içerdiği sentetik östrojen (sıklıkla etinil östradiol/EE) ve progestin, vücuttaki doğal hormonların yapısına çok yakındır. Bunlar ovulasyonu baskılayarak, servikal mukusu spermin geçişini engelleyecek şekilde kalınlaştırarak ve tubal motiliteyi yavaşlatarak gebeliği önler. Düşük dozlu KOK'lerin (<50 μg EE) geliştirilmesi haplara bağlı olumsuz etkileri en aza indirmektedir. KOK'lerde kullanılan progestinler ise çok çeşitlidir. KOK'lerdeki kardiyovasküler yan etkiler, östrojenin doza bağımlı olarak oluşturduğu tromboz ve progestinlerin androjenik etkileri sonucu ortaya çıkmaktadır. Yeni progestinlerin androjenik aktivitesinin azaltılması, KOK'lerin akne ve hirsutizm tedavisinde de kullanılmasını sağlamaktadır.

KOK'lerin ciddi komplikasyonları nadirdir. Yan etki bildirilen vakaların çoğu yüksek doz EE içeren eski preparatlarla meydana gelmiştir. Yan etkiler sıklıkla hap bırakılmasına neden olur, bu nedenle danışmanlık çok önem kazanır. Bulantı, ara kanama ve lekelenme ilk aylarda sık görülür ve genelde kendiliğinden düzelir. Amenore, akne, baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet, baş dönmesi nadiren görülen diğer yan etkilerdir. KOK'lerin kilo artışına anlamlı bir etkisi gösterilememiştir.

KOK'lerin kontrasepsiyon dışı yararları arasında demir eksikliği anemisini, premenstrüel şikayetleri, dismenoreyi, akneyi, osteoporoz riskini, romatoid artrit ataklarını, memenin fibrokistik hastalığı ve fibroadenomunu, ektopik gebeliklerin görülme sıklığını azaltması, adet kanamalarının miktarını azaltması, daha kısa ve düzenli hale gelmesi, endometriyozis ve İTP tedavisinde kullanılması sayılabilir. Ayrıca pelvik enfeksiyona, endometrium, kolorektal ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.

KOK kullanmaya başlamak için en doğru zaman, adetin ilk günüdür. Bunun dışında gebelik olmadığından eminsek hapa başlanabilir; ancak ilk 7 gün ek bir yöntem kullanılmalıdır. Haplar her gün aynı saatte (örneğin yatmadan önce) alınmalıdır. Çoğu KOK'ler 21 günlük hapdan oluşur. 21 günün sonunda 7 gün ara verilir. Farklı olarak Yaz 28 haptan oluşur. Ara verilmez. Trisiklik rejimde kadınlar ardışık olarak 42-84 hap alabilir. Amaç adet kanamalarını kesmek, östrojen çekilme semptomlarını azaltmak ve endometriosisi baskılamaktır. Bu rejimin güvenilir, etkili, ve kadınlar için kabul edilebilir olduğu gösterilmiştir.

KOK'ler sigara kullanan 35 yaş üstü veya günde 20'den fazla sigara içen kadınlarda, nörolojik bulgu veren migren tipi baş ağrısı olan kadınlarda, gebelerde, emziren annelerde doğum sonrası ilk 6 hafta, şiddetli hipertansiyon hastalarında, geçirilmiş veya mevcut tromboemboli, kalp krizi, serebrovasküler olay hikayesi olanlarda, aktif karaciğer hastalığı olanlarda, vasküler komplikasyonlu diyabetik hastalar ve uzun süre hareketsiz kalmayı gerektiren büyük cerrahi müdahale geçirecek kadınlarda ve meme kanserli kadınlarda kullanılmamalıdır. KOK'lerin kullanımı venöz tromboembolizm riskinde artışa neden olabilir. Risk faktörleri obesite, faktör V Leiden mutasyonu varlığı ve ileri yaştır. Trombotik veya iskemik inme riski nispeten azdır. Ana risk faktörleri hipertansiyon ve sigara kullanımıdır. Kardiyovasküler risk faktörleri olan (diyabet, sigara kullanımı ve hipertansiyon) kadınlarda akut miyokard infarktüsü (AMİ) riski artmıştır. Son çalışmalar meme kanseri riskinde bariz bir artış göstermemektedir.

Mini haplar: Mini haplar KOK'lere oranla daha düşük dozda progestin içerir ve östrojen içermez. Ülkemizde cerazette® ve desirett® kullanılmaktadır. Ovulasyonun supresyonu, servikal mukusun kalınlaşması, endometriyumun değişmesi ve tubal motilitenin yavaşlaması gibi birçok mekanizma ile gebelikten korur. Kadın emzirdiği sürece %98,5 oranında etkilidir. Mini hapların etkinliği devamlı alınmasına bağlıdır. Haplar ara verilmeden her gün aynı saatte alınmalıdır (hapsız hafta yoktur). DSÖ bu kontraseptif yöntemin özgeçmişinde venöz tromboembolizm, akciğer embolisi, diyabet, obesite veya hipertansiyon olan kadınların da kullanabileceğini açıklamıştır. En sık görülen yan etkiler amenore, kanama ya da lekelenmedir. Diğer yan etkiler arasında başağrısı, memede duyarlık, bulantı ve baş dönmesi görülebilir. Gebelik oluşursa ektopik gebelik olabilir.

Enjekte Edilen Kontraseptifler: Enjekte edilen kontraseptifler, etkili, güvenilir ve geri dönülebilen bir koruma sağlarlar. İçerdikleri hormon tipine göre sadece progesteron içeren enjekte edilen kontraseptifler ve kombine enjekte edilen kontraseptifler olmak üzere iki ana gruba ayrılırlar.

a. Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler: Kombine enjekte edilen kontraseptifler, östrojen ve progesteron içerir. Uygulama yolu farklı olmasına karşın, içerik olarak KOK'lere benzer. Ülkemizde Mesigyna® (5 mg östradiol valerat+50 mg medroksiprogesteron asetat) kullanılmaktadır. Güvenilirlikleri, faydalı etkileri, yan etkileri ve etki mekanizması KOK'lerle benzerdir. İlk uygulama, adet gören kadınlarda adetin ilk 7 günü içinde olmalıdır. Doğum sonrası dönemde eğer kadın emziriyorsa, doğum sonrası 6 aydan sonra, emzirmiyorsa doğum sonrası 3-4. haftada uygulanabilir. Sonraki enjeksiyon, kanamanın durumuna bakılmaksızın ilk enjeksiyondan 30 gün sonra uygulanmalıdır(±3 gün). Enjeksiyon yapıldıktan sonra ortalama 15. günde adet kanaması olur.

b. Yalnız Progestin **İçeren Enjekte Edilen** Kontraseptifler: Ülkemizde Depo Provera® kullanılmaktadır. 150 mg depo medroksiprogesteron asetat (DMPA)içerir ve 3 ayda bir uygulanır. Son derece etkilidir, uygulanması kolaydır. İleri yaştaki kadınlar ve östrojen kullanımı açısından, risk yaşayan kadınlarda da kullanabilir. Adet düzensizliği/amenore görülebilmesi ve bazen kilo artışı, mizaç değişikliği olması olumsuz yönleri arasındadır. İlk enjeksiyon adet kanamasının ilk 5 günü içinde yapılmalıdır. Bu dönemde yapılmamış ise 2 hafta süre ile ek korunma yöntemi uygulanmalıdır. Doğum sonrası kadın emziriyorsa, ilk enjeksiyon 6. hafta sonunda yapılmalıdır. Emzirmiyorsa, ilk enjeksiyon doğumdan 3-4 hafta sonra yapılabilir.

Deri Altı İmplantları: Ülkemizde İmplanon® ve Nexplanon® kullanılmaktadır. Etonogestrel içeren implant, kadının üst kolunun iç kısmında derinin hemen altına yerleştirilir ve 3 yıl süre ile koruma sağlar. İmplantları yeterli eğitim almış personel uygulamalıdır. Doğru uygulama daha sonra implantın kolay çıkarılmasını sağlayacağı için çok önemlidir. Etki mekanizması ve yan etkiler yalnız progestin **içeren enjekte edilen** kontraseptiflere benzer.

Vaginal Halkalar: Kombine veya yalnız progestin **içeren** halkalar vajinaya yerleştirilerek, salınan hormonun özelliğine ve miktarına bağlı olarak kontraseptif etkinlik sağlar. Ülkemizde nuvaring® kullanılmaktadır. Kadın

halkayı adetin ilk 5 günü içinde kendisi yerleştirir, 3 hafta kullanır ve sonra çıkartarak atar. Çekilme kanamasının görüleceği 1 haftalık aradan sonra yeni bir halka yerleştirilir. Yan etkileri KOK'lere benzer.

Rahim İçi Araçlar (RİA): Rahimiçi araç (RİA) uzun etkisi, etkinliği, güvenli oluşu, cinsel ilişkiden bağımsız olması, emzirmeye engel olmayışı, yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlığın hızla

geri dönüşü gibi özellikleri nedeniyle dünyada yaygın olarak kullanılan modern bir yöntemdir. RİA'lar ilk önceleri inert maddelerden yapılırken (Lippes Loop) günümüzde gövdesinden bakır veya hormon salgılayan formları mevcuttur. Endometriumda steril enflamasyona yol açarlar. Özellikle bakırlı RİA kullananlarda menstruasyon kanaması %30-50 artış gösterir. Bu tip hastalara prostaglandin sentez inhibitörleri (menfenamik asit, ibuprofen) tedavi amaçlı kullanılabilir veya bakırlı RİA yerine hormon içeren rahim içi sistem (RİS) tercih edilir.

Gebe olmayan kadına siklusun herhangi bir gününde tüm RİA'lar, doğumdan sonra ilk 48 saatte veya postpartum 4. haftadan sonra bakırlı RİA'lar, anne emziriyorsa 6. haftadan sonra RİS uygulanabilir.

Ektopik gebelik görülme insidansı kontraseptif metod kullanmayanlara göre daha düşüktür. Ancak RİA kullanılırken gebelik gelişirse ektopik olma ihtimali daha yüksektir. PİD gelişme oranı normal populasyondan farklı değildir. RİA varken gebe kalınırsa ve gebeliğin devamı isteniyorsa RİA erken dönemde (14.haftaya kadar) çekilmelidir. İpi görülmeyen ve çekilemeyen RİA yerinde bırakılır. Hastalar septik abortus konusunda uyarılır. RİA konjenital malformasyonlara neden olmaz.

Cerrahi Sterilizasyon: Artık çocuk istemeyen çiftlere tüp ligasyonu ya da vazektomi önerilebilir.

Kaynaklar

1.**Üreme Sağlığına Giriş - Sağlık Bakanlığı**

https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/327 adresinden 11.11.2023 tarihinde erişilmiştir.

2.Hatcher RA, Kowal D, Guest F ve ark. Contraceptive Technology: International Edition. 18th revised edition. New york, Ardent Media; 2004.

3.Aile Planlaması Danışmanlığı - Sağlık Bakanlığı

https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/433 adresinden **10.11**.20**23** tarihinde erişilmiştir.

4.Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi - İstanbul Sağlık Müdürlüğü

https://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusaile_plan_hizmet_rehberi2_cilt.pdf adresinden 11.11.2023 tarihinde erişilmiştir.

6. Medical eligibility criteRİA for contraceptive use - World Health Organization

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf adresinden 12.11.2023 tarihinde erişilmiştir.

7.Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi

https://uremesagligi.org/wp-content/uploads/2019/03/aile-planlamasi-yontemi-uygulama-rehberi.pdf adresinden 09.11.2023 tarihinde erişilmiştir.

8.WHO. A multicentered phase III comparative clinical tRİAl of depot-medroxyprogesterone acetate given three-monthly at doses of 100 mg or 150 mg: I.Contraceptive efficacy and side effects. Contraception 1986; 34: 223–35.

9.Merckstroth RM, Darney PD. Implantable Contraception. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2000; 27(4): 781-815.

10. Baiju S. Counselling in family planning. The Journal of Family Wellfare 2003; 49(2):18-21.

İKINCI BAHARDA KADIN SAĞLIĞI

Kadın yaşamında önemli bir dönemeç olan menopoz, kadının doğurganlığının bitişi ve overde foliküler aktivitenin bitmesi nedeniyle adet görmenin sonlanması anlamına gelir. Menopoz, menstrüasyonun kalıcı olarak kesildiği son adet kanamasıdır. Menopozun başlaması ile; genetik olarak programlanmış bir süreç kapsamında, overdeki folliküllerin yitimi sonucunda overyan yetmezlik gelişir, overlerin ovum, östrojen ve progesteron hormon üretimi biter. Menopozal geçiş dönemi, adet düzensizlikleri ve FSH düzeyinde yükselme ile kendini gösterir. Klinik olarak daha önce adet görmekte olan bir kadının bir yıl süreyle adet görmemesi durumunda menopoz tanısı konulabilir.

Fizyolojik bir süreç olan menopoz, kadın sağlığında üreme hayatının sonlandığı önemli bir dönemece, "ikinci bahara" işaret etmektedir. Ortalama yaşam süresinin uzaması nedeni ile her kadının ömrünün ortalama üçte birinin postmenopozal dönemde geçeceği gerçeği aile hekimlerine önemli sorumluluklar yüklemektedir. Menopozal geçiş döneminde (premenopoz) adet düzeninde değişiklikler ve menopozal belirtiler sıcak basmaları (vazomotor semptomlar), duygu durum değişiklikleri, uyku bozuklukları sık görülen sorunlar arasındadır. Doğal menopoz, beklenen yaşta görülen son adettir. 45-55 yaşları arasında görülür. Ortalama menopoz yaşı ülkemizde 47-49'dur. Cerrahi menopoz, her iki overin cerrahi olarak çıkarılması sonucunda, erken dönemde adetten kesilmedir. Sadece uterusu alınan, overleri alınmayan hastalarda over fonksiyonları durana kadar menopoz semptomları görülmez. Prematür menopoz ise 40 yaşın altında adetten kesilmesi olup, kadınların yaklaşık %1'inde görülür.

Menopozal dönemde sıcak basması, terleme, uykusuzluk gibi erken dönem sağlık sorunlarının yanısıra osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar, ürogenital semptomlar gibi geç dönem sağlık sorunları da yaşam kalitesini bozabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında menopozda yaşam kalitesini arttırmak için koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra, gerektiği durumlarda tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri önem kazanmaktadır. Bunlar arasında alkolün azaltılması/bırakılması, sigaranın bırakılması, düzenli egzersiz, kilo verilmesi, sağlıklı beslenme, kan basıncının düzenlenmesi, kan şekeri ve lipid kontrolü unutulmamalıdır. Vazomotor semptomlar, atrofi ve osteoporoz/osteopeni ile ilgili şikâyetlerin azaltılması ve korunma amacı ile birinci basamakta takip ve gerektiğinde tedavi verilmesi aile hekiminin görevidir. Menopozda, kadın, bireysel olarak değerlendirilerek takip edilmeli, gerektiğinde kişiye özel tedavi planı hastanın şikayetlerine göre düzenlenmelidir. Kadına kullanılabilecek hormonal ve nonhormonal tedavi seçenekleri sunulmalı, danışmanlık verilmelidir. Günümüzde hormon tedavisi (HT), önceki düşüncenin aksine yapılması şart olan bir tedavi olmayıp, hastanın şikâyetlerine bağlı olarak, hasta ile konuşarak ve birlikte karar verilerek başlanan bir tedavi olarak düşünülmelidir. Vazomotor semptomlar ve genito-üriner atrofi için günümüzde HT kadar etkin başka bir seçenek bulunmamaktadır. HT'de amaç, menopoz dönemindeki kadınlarda östrojen eksikliğine bağlı semptomları gidermek ve kadının yaşam kalitesini yükseltmektir. Aile hekimi menopozda sıklıkla gözardı edilen, ama yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen çok önemli bir sorun olan cinsel işlev bozukluklarını da sorgulamalıdır.

Tedavi öncesinde hasta jinekolojik açıdan değerlendirilmeli, PAP smear testi, mamografi yapılmalı, yıllık kontrollara uyum sağlanmalıdır. Her hastanın riskleri, beklentileri ve tercihleri mutlaka göz önüne alınmalıdır. Tedavi planı en fazla bir yıl için yapılmalı ve her yılın sonunda hasta ile tekrar konuşulmalıdır. Hekim, hastaya sunabileceği HT dışındaki seçeneklerden haberdar olmalı ve multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir. Tedavi fayda-zarar dengesi gözetilerek planlanmalıdır.

Aile hekiminin görevi, klimakterik belirtileri olan kadının hem fiziksel hem psikolojik açıdan kendini iyi his-

setmesini sağlamak ve uzun vadede atrofik değişiklikleri ve osteoporozu önlemektir. Aile hekimi menopoz hakkında kadınların bilinçlendirilmesini ve kadın sağlığına yönelik tüm yaklaşımlarda yaşam kalitesinin arttırılmasını hedeflemelidir. Kadınların menopozun yaşamlarında bir geçiş dönemi olduğunun farkında olmaları ve menopozla birlikte yaşayacakları değişikliklere karşı hazırlıklı olmaları, bu değişikliklerin geçici olduğunu bilmeleri, bu doğal süreçle daha kolay başa çıkmalarına yardımcı olur. Aile hekimi multidisipliner yaklaşım ve biyopsikososyal, kültürel ve varoluşsal bakış açısıyla kadını destekleyerek ve gerektiğinde tedavi ederek yaşamının bu dönüm noktasında yaşam kalitesini yükseltmeyi hedeflemelidir.

Kaynaklar

1.Tuzcular Vural EZ, Gönenç I. Menopozda yaşam kalitesi. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):64-9.

2. AFP Editors. ACOG Releases Clinical Guidelines on Management of Menopausal Symptoms. Am Fam Physician. 2014 ;90(5):338-40.

3. Carroll DG. Nonhormonal therapies for hot flashes in menopause. Am Fam Physician

2006;73(3):457-64.

4.Hill DA, Hill SR. Counseling Patients About Hormone Therapy and Alternatives for Menopausal Symptoms. Am Fam Physician. 2010;82(7):801-7.

5. Greendale GA, Lee NP, Arriola ER. The menopause. Lancet 1999;353(9152):571-80.

6. Chang JG, Lewis MN, Wertz MC. Managing Menopausal Symptoms: Common Questions and Answers. Am Fam Physician. 2023;108(1):28-39.

7. Hill DA, Crider M, Hill SR. Hormone Therapy and Other Treatments for Symptoms of Menopause. Am Fam Physician. 2016;94(11):884-9.



DOÇ. DR. MEMET TAŞKIN EGİCİ

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra iki yıl Yerköy Devlet Hastanesi'nde görev yapmıştır. Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimini 1999 yılında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamlamış, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi alanında yüksek lisans yapmıştır. Başhekim yardımcılığı, Sağlık Bakanlığı Danışmanlığı & UNDP Saha Koordinatörlüğü ve Kamu Hastane Birlikleri Tıbbi Hizmet Başkanlığı görevlerinde bulunmuştur.

Görevleri sırasında özellikli sağlık hizmet planlamaları, aile hekimliği uygulaması, kalite ve akreditasyon başta olmak üzere planlama, uygulama ve eğitim çalışmalarında bulunmuştur. Farklı ülkelerde sağlık sistemi planlamalarına katkı sunmuş, Pakistan Hükümetinin davetiyle yaklaşık bir yıl süreyle "Pencap Sağlık Sisteminin İyileştirilmesi" çalışmalarında Danışman olarak görev yapmıştır.

Bir süre Şişli Hamidiye Etfal EAH Başasistanlığı/ Klinik Eğitim ve İdari Sorumluluğu görevini yaptıktan sonra 2018 yılından itibaren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune EAH Aile Hekimliği Kliniğinde İdari ve Eğitim Sorumlusu ve olarak görev yapmaktadır. Çok sayıda ulusal ve uluslararası kitap, kitap bölümü, bildiri ve bilimsel makalesi bulunmaktadır.

SEYAHATLER İÇİN SAĞLIK REHBERİ

Seyahatler, başta enfeksiyonlar olmak üzere çeşitli sağlık sorunlarının oluşmasına ve mevcut sağlık sorunlarının ağırlaşmasına yol açabilir. Seyahat sağlığı rehberliği, seyahat öncesi, esnası ve sonrası olarak bir süreklilik şeklinde ele alınmalıdır. Seyahat öncesi görüşme yapılmalı, yolculuğun ve yolcunun risk değerlendirmesi yapılmalı, kişilerin *riskine göre yolculuk yapıp yapamayacağı* belirlenmelidir.

Seyahat öncesi rehberlik, *sağlık bakımı sağlanması, kronik hastalıklar ve sürekli kullandığı ilaçların yönetimi, yolculuk ishali, dalış, irtifa hastalığı ve travma, kaza önleme vb. gibi konularda danışmanlık verilmesi ile aşıların uygulanması, sıtma kemoprofilaksisi için tavsiye ve reçete verilmesi* konularını kapsar. Yolculara *hijyen, gıda güvenliği, ısı çarpması ve travmalar* konusunda temel sağlık eğitimi verilmelidir.

Seyahat sırasında oluşabilecek sağlık risklerine yönelik *acil durum planlaması* yapılmalı, seyahat sigortası hakkında tavsiyeler, yurtdışında tıbbi yardım bulma, temel ilk yardım eğitimi alınması, ilk yardım tıbbi kitini sağlama veya ilaçlarını kaybetmeleri durumunda temini için ilaçları ayrıntılandıran bir imzalı kaşeli hekim notu sağlanabilir. Yolcu, daha fazla tedaviye ihtiyaç duyması veya yaralanması durumunda nasıl davranacağı konusunda bilgilendirilmeli, yardım alınabilecek ambulans, hastane, doctor vb. adres ve telefon bilgilerini bulundurmalıdır.

Küresel sağlık risklerinin yönetimi açısından önerilerde bulunulmalı, *seyahat öncesinde* gidilecek ülkelerdeki hastalık riskleri ve koruyucu önlemler hakkında bilgilendirilmeli, gerekli aşılar yapılmalı, kişiler *seyahat sonrasında* mutlaka sağlık kontrolünden geçmelidir.

Hava yolculuğunda riskli yolcular belirlenmeli, uzun yolculuklarda jet lag için önlem alınmalı, dolaşım problemini önlemek için bol giysiler, basit egzersizler, baro travmayı önlemek için Valsalva, sakız çiğneme, bebeği emzirme, ÜSYE varken uçağa binmeme vb. önerilmelidir. *Deniz yolculuğunda* deniz tutması için önerilerde bulunulur. Norovirus kaynaklı bu-

lantı, kusma ve ishal salgınları bildirilmiştir. Grip aşısı yapılabilir. Lejyonella açısından dikkatli olunmalı

Sağlık Bakanlığı Seyahat Sağlığı Merkezleri' nde Sarıhumma, Tifo, Meningokok Menenjit, OPV, Difteri-tetanoz, Hepatit A, Hepatit B Aşıları ücretsiz yapılmaktadır. Aşılama durumlarının güncellenerek eksik aşıların tamamlanması gerekmektedir. Ulusal programdaki *rutin aşılar, önerilen aşılar ve WHO tarafından istenilen zorunlu aşılar* tamamlanmalı, *risk grubu yolcuların (Kronik* hastalık, immmunosupresif kullanımı, otoimmun hastalık, sağlık ve laboratuvar çalışanı, veteriner, avcı vb. meslek grupları) aşılama durumları güncellenmelidir.

Hac ve Umre sebebiyle yurt dışına çıkacak kişilerin rutin aşılar tamamlanmış olmalıdır. S. Arabistan ayrıca üç zorunlu aşı istemektedir: *Meningokok, polyomiyelit ve sarı humma.* Meningokok aşısı tüm hacılarda zorunlu iken polio ve sarı humma aşısı sadece riskli bölgelerden gelenler için zorunludur. Yine risk gruplarında *mevsimsel influenza ve pnömoni* aşıları önerilmektedir.

Kronik Hastalığı olan yolcuların tedavi planı ve seyahat şekli gözden geçirilmeli, kan şekeri ve tansiyon kontrolü yapılmalıdır. Gerektiğinde kullanılmak üzere *kronik hastalık durumunu belirten bir rapor*, ilaçları ve jenerik İsimlerini, şeker ölçüm cihazı ve striplerini içeren *reçete* hipoglisemik atak riski için diyabetik olduğunuzu belirten *uyarıcı kimliği* üzerinde taşınmalıdır**.**

Solunum yolu enfeksiyonları açısından endemic bölgelere gidecek uyarılmalı, kişisel hijyen kurallarına ve resmi duyurulara uyması hatırlatılmalıdır: Avian İnfluenza H5N1, H1N1, SARS, MERS- Co , Yeni Coronavirus (2019-nCoV)

*Seyahat ishali, g*enellikle seyahatin ilk haftasında ortaya çıkar ama seyahatin herhangi bir zamanında ve hatta eve dönüş sonrasında da gelişebilir. Bakteriyel enteropatojenler yolcu ishali vakalarının yaklaşık %80'nini oluştururlar. En sık yolcu ishaline neden olan ajan enterotoksijenik Escherichia coli olup, ETEC kramplar, düşük derece ateşli veya ateşsiz sulu ishal yapar. Yolcu ishali genellikle kendini sınırlayan bir hastalıktır ve özel bir tedavi olmaksızın düzelir. Tedavide sıvı tedavisi ve dinlenme yeterli; 8 saat içinde 3 veya daha fazla dışkılayan ve bulantı, kusma, abdominal kramplar, ateş veya dışkıda kan semptomları da bulunan hastalar antibiyotik tedavisinden yarar görebilir.

Sıtma profilaksisi, o bölgeye özel, uygun dozda ve sürede seçilmeli, seyahat edecek kişilerin, seyahatten 4-8 hafta öncesi sağlık danışmanlığı alması önerilmektedir. Endemik bölgelere gitmeden önce profilaktik tedavi amaçlı sulfadoksin meflokin, atovaquone/proguanil veya doksisiklintablet kullanımı önerilmektedir. Sıtmada profilaksinin yüzde yüz koruma sağlamaması nedeni ile kişisel koruyuculardan böcek kovucu, ilaçlı cibinlik ve uzun kollu kıyafetlerin kullanımı enfeksiyon riskinin azaltılmasında önem taşımaktadır.

Seyahat çantası, Sık rastlanan hastalıkların hafif formlarını tedavi etmek için ilaç ve ilk yardım malzemeleri ile yolcunun ihtiyaç duyabileceği bazı sağlık malzemelerini bulunmalı, ilaçların kullanımını belgeleyen doktor reçeteleri ve doktor raporları, kişisel bakım malzemelerini içermelidir.

Sonuç olarak seyahat sağlığı danışmanlığı hem kişisel hem toplumsal sağlık risklerin azaltılması açısından önemlidir. Seyahate çıkacak kişilerin seyahat kaynaklı sorunlarının en aza indirilmesi yanında genel sağlık durumlarının gözden geçirilmesi, aşılarının tamamlanması yanında kronik hastalık takipleri, bulaşıcı hastalıklar, basit travmalar, aşılama ve hijyen vb. temel sağlık bilgilerinin güncellenmesi bakımından önemli bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Okay, G., Özcan, T., Güler, S. B., & Ayazoğlu, C. (2016). *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Seyahat Sağlığı El Kitabı* (2. Bsk; G. Okay, Ed.). http://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SeyahatSagligiElKitabi
2. Kozarsky, P. E., & Steffen, R. (2016). Travel medicine education—What are the needs? *Journal of Travel Medicine*, *23*(5), taw039. doi: 10.1093/jtm/taw039
3. Egici, M. T., Aydoğan, F. K., Ayazoğlu, C., & Öztürk, G. Z. (2019). Current Approach to Travel Health Services. *Eurasian Journal of Family Medicine*, *8*(3), 91–98. doi: 10.33880/ejfm.2019080301



DOÇ. DR. HİLAL ÖZKAYA

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği 2001'de Şişli Etfal EAH'den aile hekimliği uzmanlığını aldı. 2001-2016 yılları arasında Kayışdağı Darülaceze Kurumu'nda demans, Parkinson ve yarı veya tam yatağa bağımlı sakinlerin hekimliğini yaptı. 2016'da SBÜ SHMYO Yaşlı Bakım Programı'nın kurucu öğretim üyeliğine geçti. 2017 yılında Haydarpaşa Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği'nde göreve başladı. 2020 yılında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nin kurucu öğretim üyesi olarak göreve başladı. O tarihten beri Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari sorumlusu ve Palyatif Bakım Merkezi sorumlu hekimi olarak görev yapan Hilal Özkaya, ayrıca SBÜ Sağlıklı Yaşlanma Uygulama ve Araştırma Merkez müdürlüğü görevinde bulunmaktadır.

İLAÇ ÇUVALINA BİLİMSEL YAKLAŞIM

Polifarmasi DSÖ tarafından Birden fazla ilacın aynı anda kullanılması olarak tanımlanmıştır. Fakat sıklıkla 5 veya daha fazla ilacın rutin kullanımı olarak kabul edilmektedir. Bu sayıya reçetesiz, reçeteli ve/veya geleneksel ve tamamlayıcı ilaçlar dahil edilmelidir.

Birden fazla ilacın birlikte reçete edilmesi advers olay riskini artırsa da, polifarmasiyi tanımlamak için sayısal bir eşik belirlenemez. Polifarmasinin gerekli ve faydalı olduğu durumlar vardır. Dört farklı ilaç sınıfının (bir beta bloker, bir statin, bir antiplatelet ajan ve ACEİ) kullanılmasını gerektiren Mİ hastası buna örnek verilebilir. Uygun polifarmasi, hastaların klinik koşulları, komorbiditeleri, alerji profilleri, potansiyel ilaç-ilaç ve ilaç-hastalık etkileşimleri dikkate alınarak ve kanıta dayalı olarak hastaların birden fazla ilaçtan yararlanabileceğini kabul eder. Bu nedenle uygun polifarmasiyi uygunsuz polifarmasiden ayırmak gerekli.

Sorunlu polifarmasi ise Birden fazla ilacın uygunsuz şekilde reçete edilmesi veya ilacın amaçlanan faydasının gerçekleşmemesi durumu olup aşağıdaki şartlara sahip durumlarda kabul edilmektedir:

- Bir tedavinin kullanımı kanıta dayalı değilse.
- Zarar riski, tedavinin yararlarından daha ağır basarsa.
- İstenmeyen yan etkilere yol açan ilaç etkileşimleri
- Kabul edilemez ilaç yükü, klinik olarak faydalı ilaç uyumuna ulaşmayı zorlaştırıyorsa
- Diğer reçeteli ilaçların yan etkilerini tedavi etmek için ilaç reçete ediliyorsa.

Sorunlu polifarmasiden kaçınmak ve kanıta dayalı şekilde akılcı ilaç kullanmak ve endikasyon harici ilaçların durdurulması için aşağıdaki basamaklar kullanılmalıdır:

1. Durdurmanın gerekliliğinin farkına varın.
2. Bir seferde bir ilacı azaltın veya durdurun.
3. İlacın aniden durdurulup durdurulamayacağını veya azaltılıp azaltılamayacağını değerlendirin.
4. Her ilaç durdurulduktan sonra risk/faydayı değerlendirin.

Kaynaklar:

1. Cadogan CA, Ryan C, Hughes CM. Appropriate Polypharmacy and Medicine Safety: When Many is not Too Many. Drug Saf. 2016;39:109–16.
2. Bahat G, Ilhan B, Erdogan T, Halil M, Savas S, Ulger Z, et al. Turkish inappropriate medication use in the elderly (TIME) criteria to improve prescribing in older adults: TIME-to-STOP/TIME-to-START. Eur Geriatr Med. 2020 Jun;11(3):491-498. doi: 10.1007/s41999-020-00297-z. Epub 2020 Mar 5.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE TİROİD HASTALIKLARI VE TAKİBİ

Aile Sağlığı Merkezinde semptomatolojisi basit, tetkik ve tedavisinin olanaklar dahilinde olması nedeniyle tiroid hastalıklarının bir kısmı takip edilebilmektedir. Öncelikle hangi hastada hangi tiroid testleri istenmelidir?

- Tiroid disfonksiyonu ilişkili semptomu yoksa TSH yeterlidir. (%99 negatif prediktif değer)
- Serum tiroid hormonları ile TSH arasında, ters log-lineer ilişki vardır; tiroid hormonlarındaki çok küçük değişiklikler TSH'de büyük oynamalara yol açar.
- TSH düzeyi yüksek: sT4 düzeyi tetkik edilmeli
- TSH düzeyi düşük: sT4 ve sT3 düzeyleri görülmelidir.

Çoğu durumda tiroide bağlı bozukluklarda tedavi takibi de ASM'de yapılabilmektedir. Öncelikle hipotiroidi tedavisinde levotroksin kullanımında dikkat edilmesi gerekenler şunlardır:

1. Hipotiroidi tedavisinde Levotiroksin kullanılması önerilir.
2. Planlanan doz yaklaşık 1,2-1,8 (1.6) µg/kg/gün olarak düşünülebilir, ancak hastadan hastaya tanı anındaki TSH'den bağımsız olarak ihtiyaç çok farklı olabilir.
3. Genç olgularda planlanan tam dozla tedaviye başlanabilir.
4. Yaşlı hastalarda, özellikle koroner kalp hastalığı olan olgularda başlangıç dozu 12,5-25 µg/gün olmalıdır.
5. Doz artımı 12,5-25 µg/gün olmalıdır.
6. Tedavi hedefine 6-8 hafta aralıklarla ölçülen TSH düzeyi ile ulaşılır.
7. TSH hedefi genç ve orta yaşlılarda 0,4-2,5 mU/L, yaşlılarda ise (≥65-70 yaş) TSH 3-6 mU/L'dir.
8. Çok yaşlılarda (>80-85 yaş) TSH ≤10 mU/L hedef olarak belirlenmelidir.
9. Gebelik planlanan olgularda da hedef 0,4-2,5 mU/L olabilir, ancak düşük tarafa doğru tutulması konsepsiyon anından ölçüme kadar geçen dönemde TSH'nin ilk trimester üst sınırı olan 2,5 mU/L'nin üstüne çıkmasını engelleyebilir.
10. Replasman dozu ayarlandıktan sonra, hasta izlemi 6-12 ay aralıklarla yapılmalıdır.
11. LT4, aç karına daha iyi emildiği için ilaç öğünden en az 30 dakika önce bir miktar su ile içilmelidir. Bazı özel durumlarda gece yatarken, son yemekten üç-dört saat sonra boş mideye alınabilir.
12. Mümkünse aynı ticari preparat ile devam etmeli ve preparat değişiminden kaçınılmalıdır.
13. Tiroid hormonu ile birlikte demir sülfat, kalsiyum karbonat gibi ilaçlar kullanılacaksa en az 4 saat ara bırakılmalıdır.
14. H. pylori gastriti, atrofik gastrit, Çölyak hastalığı gibi bazı gastrointestinal sistem hastalıklarında doz gereksinmesi artabilir.
15. Günlük doz 200 µg üzerine çıkan olgularda, uygun TSH düzeyi sağlanmadı ise hasta uyumsuzluğu veya emilim sorunları düşünülmelidir.

16. Tiroid hormon replasman tedavisi alanlarda %20 oranında aşırı doz kullanımı. Tedavide aşırı dozdan, kardiyovasküler sistem, kemik ve duygulanım bozukluğu gibi yan etkiler nedeni ile kaçınılmalıdır
17. Hipotiroidili LT4 tedavisi alan olguların %5-10'unda uygun TSH düzeyine rağmen semptomlar devam etmektedir. Bu tip olgularda LT3+LT4 kombine tedavisi düşünülmüştür.
18. Yapılan çalışmalarda, T3+T4 kombine tedavisinin LT4 tedavisine üstün olduğuna yönelik kanıtlar yetersizdir.
19. Tiroid ekstresi ve T3 kullanılmamalıdır.

Hipotiroidi hastaları ne zaman endokrinoloğa sevkedilmelidir?

- Hipotiroidi şüphesi olan bebekler ve çocuklar
- Tedavi dozunun ayarlanamadığı olgular
- Gebelik
- Gebelik planlayanlar
- Kalp hastalığı olanlar
- Tiroid bezinde nodül bulunması
- Hipofizer hastalık veya adrenal yetmezlik gibi endokrinolojik hastalıkların olması
- Tiroid testlerinde uyumsuzluk
- İlaçlarla oluşan hipotiroidiler



PROF. DR. KORAY GÜMÜŞ

Koray Gümüş, 2000 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden dereceyle mezun olmuş ve aynı sene HÜTF Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık yapmayı hak kazanmıştır. 2004 yılında uzman olan Dr. Gümüş, 2005 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim dalı bünyesinde akademik hayatına başlamıştır. Dr. Gümüş, sırasıyla 2009-2010 ve 2015-2016 tarihlerinde toplamda 2 yıl Baylor College of Medicine'da, postdoc fellow olarak çalışmıştır. Bu süre zarfında Prof. Dr. Stephen C. Pflugfelder ile özellikle kuru göz olmak üzere kornea ve oküler yüzey hastalıkları ile ilgili önemli çalışmalara imza atmıştır. Dr. Gümüş hem ICO hem Türkiye Oftalmoloji Yeterlilik hem de Avrupa Oftalmoloji Yeterlilik Diplomalarına sahiptir. 2011 yılında doçentliğini almaya hak kazanan Dr. Gümüş, 2016 yılında profesör olmuş ve 2019 Ekim ayına kadar Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'nda görev yapmıştır. Dr. Gümüş, 2019 Kasım ayı itibariyle Memorial Ankara Hastanesi Göz Kliniği'nde görevini sürdürmektedir. Dr. Gümüş, halen birçok ulusal ve uluslararası bilim dergisinin yayın kurulu üyeliklerini ve hakemliklerini yapmaktadır. Aynı zamanda çok sayıda ilaç firmasına da danışmanlık yapan Dr. Gümüş, çoğunluğu kendi uzmanlık alanları olan "Oküler Yüzey ve Kornea Hastalakları" konusunda yurtdışı ve yurtiçinde 800'den fazla toplantıda davetli konuşmacı olarak yer almıştır. Dr. Gümüş'ün ilgi alanları: oküler yüzey ve kornea hastalıkları, keratokonus, kuru göz, pterjiyum, konjonktivaşalazis, korneal cross-linking, kornea nakilleri, kontakt lens uygulamaları, katarakt ve refraksiyon cerrahisidir (Femto-FAKO-IOL, premium göz içi mercekleri, fakik göz içi mercekleri, Femto-LASİK, PRK, no-touch laser).

BİRİNCİ BASAMAKTA SIK KARŞILAŞILAN GÖZ HASTALIKLARI

Göz sağlığı, yaşam kalitesi açısından oldukça büyük öneme sahiptir. Bu nedenle göz sağlığının korunması ve doğumsal ya da sonradan ortaya çıkabilecek göz sorunlarının en doğru şekilde çözülmesi son derece önemlidir. Bu noktada, biz göz hekimlerine göz sağlığını korumak ve oluşan göz sorunlarını / hastalıklarını en erken, en etkili ve en güvenilir yöntemlerle çözmek gibi önemli görevler düşmektedir. Her hastalıkta olduğu gibi, göz hastalıklarında da erken tanı ve tedavi çok önemlidir.

Dolayısıyla, hastalıkların erken tespiti klinik öneme sahiptir. Bunun için de göz hekimlerinin yanı sıra pratisyen hekimler ve aile hekimleri gibi diğer hekim gruplarının göz sağlığı ve hastalıkları, gözün acilleri konularında mezuniyet sonrası eğitimler almaları ve bilgilerini güncel tutmaları çok önemlidir. Bu nedenle, kongreniz bünyesinde hazırlanan bu derste siz değerli aile hekimlerine birinci basamakta bilmeniz gereken temel göz muayenesi, genel olarak göz hastalıkları, ayırıcı tanılar ve acil göz hastalıkları anlatılacaktır.

OFTALMOSKOPUN UCUNDAKİ SAĞLIK

Oftalmoskop ile fundus muayenesinde büyütme x15, görüş açısı 5derece, 2-3cm'ye kadar optik çalışma mesafesi ile optik sinir, arka kutbun kan damarları ve fovea görünür.

Optik sinir; görme yollarının başlangıcını oluşturan, ağ tabaka(retina) daki ganglion hücrelerin akson uzantılarının meydana getirdiği sinirdir. Oftalmoskopla bu sinirin muayenesi sonucu görebileceğimiz patolojileri konuşacağız. Optik disk yükselmiş görünüyorsa ve dış kenarı bulanıksa papil ödem teşhisi konulabilir. Genişlemiş cup/disk oranı glokomun önemli bir bulgusudur. Kiraz kırmızısı noktanın ortaya çıkması çoğunlukla Srat veya travmatik retinal iskemiğe bağlı retina ödeminin bulgusudur.

Retinal ven damar tıkanıkları, diyabetik retinopati, hipertansif retinopati, toxo skarı gibi hastalıkların bulguları da muayene ile görülebilir.



PROF. DR. SEÇİL GÜNHER ARICA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği Öğretim Üyesi ve aynı zamanda 2017 yılından beri Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır. 1978 Eskişehir doğumlu, ilk, orta ve lise eğitimini Eskişehir'de tamamlamıştır. 1994 yılında başladığı Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi lisans eğitimi ardından 2003 yılında İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aile Hekimliği Kliniğinde göreve başladı ve uzmanlık eğitimini tamamladı. Mecburi hizmetini Van da tamamladıktan sonra çeşitli idari ve akademik görevlerde bulundu.

İyi derecede İngilizce bilen Dr. Günher Arıca'nın, 41 Uluslararası hakemli dergilerde (SCI/SCIE) ,65 ulusal hakemli dergilerde makaleleri, ulusal/uluslararası pek çok kitap bölüm ve kitap editörlükleri, uluslararası ve ulusal bilimsel toplantılarda sunulan 200'e yakın bildirisi bulunmaktadır. 3 Bilimsel Araştırma Proje Yürütücüsü (BAP Projesi) görevi yanında 38 araştırma görevlisinin tez yürütücülüğünü yapmış, 40'tan fazla dergide hakemlik yapmış, eğitici olarak kurslarda, 30'dan fazla kongrede konuşmacı veya oturum başkanı olarak bulunmuştur.

EKSİK AŞILI ERİŞKİN

Eksik aşılı erişkinler, aşılama programlarına uygun şekilde aşılanmamış veya aşı takvimindeki aşıları tamamlanmamış bireylerdir. Bu durum, enfeksiyonlara karşı savunmasız hale gelmelerine ve hastalıklara yakalanma risklerinin artmasına neden olur. Eksik aşılı erişkinlerin aşılanması hem kendi sağlıkları hem de toplum sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir.

Aşılar, bireyleri enfeksiyonlara karşı korur ve bu sayede enfeksiyonlara bağlı hastane yatışları, ciddi komplikasyonların ortaya çıkması ve erken ölümler önlenebilir. Ayrıca, hastalıkların topluma yayılması engellenir. Örneğin, risk gruplarındaki erişkinleri pnömokok aşısı ile bağışıklayarak, dünya genelinde ve ülkemizde önemli ölüm sebeplerinden biri olan alt solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı ölümleri azaltabiliriz. Grip aşısı gibi belirli bir dönemde yaygın olarak görülen hastalıklara karşı yapılan bağışıklamalarla salgınları önleyebiliriz.

Sonuç olarak, erişkinlerde aşılamanın hayati bir önemi vardır. Eksik aşılı erişkinlerin aşılanması, bireyin kendi sağlığının yanı sıra toplum sağlığının korunmasında da kritik bir rol oynamaktadır. Aşı takvimine uygun şekilde aşılanmak, enfeksiyonlara karşı etkili bir koruma sağlamanın temel bir yoludur.

Tüm bu nedenlerle, eksik aşılı erişkinlerin aşılanması için sağlık personeline yardımcı olacak akıllı ve dinamik bir algoritma geliştirdik. Bu algoritma, aşı dolabınızdaki mevcut aşılar ile hastanın ihtiyacına uygun bir aşı takvimini oluşturarak aşılama sürecini kolaylaştırmaktadır.



PROF DR. AYŞEGÜL KETENCİ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni 1988'de bitiren Dr. Ayşegül Ketenci 1988-1992 tarihleri arasında aynı fakültede Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda ihtisas yapmış, 1998 yılında doçent, 2004 yılında profesör olmuştur.

• 2011'de algoloji yan dalını tamamladı.

• 2003'te ulusal yeterlik belgesi aldı.

• 2004'te Avrupa yeterlik belgesi aldı.

o Başlıca kinik ilgi alanları:

- o Omurga Ağrıları,
- o Fibromiyalji,
- o Poliomiyelit ve Postpolio Sendromu,
- o Kompleks Bölgesel Ağrı Sendromu,
- o Egzersiz.

Koç Üniversitesi Hastanesi'nde görevine devam etmektedir.

AİLE SAĞLIĞI MERKEZ'İNDE OFİS ERGONOMİSİ

Yaşam süresi toplumların gelişmesi, sağlık sisteminin, beslenmenin iyileştirilmesi ile giderek uzamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, dünyada ortalama yaşam süresi 1990-1995 yıllarında 65 yaş olarak beklenirken bu değer, 2095-2100 yıllarında 84 yıla kadar çıkmaktadır. Artan yaşam süresi ile ülkeler arasında farklılık göstermekle beraber, toplam çalışılan gün sayısı da artmaktadır.

Toplumların gelişme oranlarından bağımsız olarak ise en fazla yaşam kalitesini kısıtlayan, engellilik nedeni olan sağlık problemi; bedeni kötü kullanma ile ilişkili bel ağrısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha sağlıklı çalışılabilmesi, iş gücü kayıplarının engellenmesi için ergonomi bu bağlamda günümüzün önemli alanlarından birisidir.

Ergonomi; insan faktörünü ön planda tutarak, yaşadığımız fiziksel çevrenin insana uygun hale getirilerek tasarımlanması olarak tanımlanmaktadır. Amaçları;

- Verimliliği arttırmak,
- İnsan vücudunun aşırı kullanımı ile ortaya çıkabilecek hasarların engellenebilmesi,
- Uygunsuz pozisyonda çalışma ile ortaya çıkan yorgunluğun önlenmesi
- Refah- konfor ve güvenliğin sağlanabilmesi
- Zamanın etkin kullanımı
- İş-gücü kayıplarının ve ekonomik kayıpların minimuma indirilmesi olarak özetlenebilir.

Aile Sağlığı merkezleri; ergonomik açıdan değerlendirilmesi ve gereğinde düzeltilmesi gereken çalışma ortamlarıdır. Yapılan bir çalışmada; doktor ve hemşirelerin %75'inde kas iskelet sistemi hastalığı olduğu, kadın cinsiyet, obezite, haftada 48 saatten fazla çalışmak ve hemşire olmanın risk faktörü olarak tanımlanabileceği bildirilmiştir.

Bir çalışma ortanı değerlendirilirken; aydınlatma, ısı, gürültü, titreşim, çalışma alanının dizaynı, mesai ve mola saatleri değerlendirilmelidir.

Bu sunumda ortamın ve kişilerin değerlendirilmesi ve düzenlenme önerileri gözden geçirilecektir.



PROF. DR. SALİH AYDIN

İstanbul Tıp Fakültesinden 2003 yılında mezun oldum. 2004 yılında İstanbul Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başladım. "Tonsillektomi olmuş çocuklarda D vitamini seviyesi ve gen polimorfizmleri" konulu tezimi tamamlayarak 2009 yılında uzman doktor unvanı aldım. 2009-2012 yılları arasında Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştım. 2012 yıllında Medipol Tıp Fakültesinde Yardımcı Doçent olarak çalıştım. 2012-2015 yılları arasında Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesinde Başasistan kadrosu ile görev yaptım. 2015 yılında doçentlik sınavını vererek doçent doktor olarak görevime devam ettim. Bu süre çok sayıda asistan hekimin yetişmesine ve uzmanlık tezlerine katkıda bulundum. 2019 yılında İstinye Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim dalında göreve başladım. 2021 yılı mart ayından itibaren İstinye Üniversitesi Kulak Burun Boğaz Anabilim dalında Profesör kadrosunda çalışmaktayım.



PROF. DR. MEHMET ZİHNİ SUNGUR

Orta öğrenimini Tarsus Amerikan Koleji'nde, üniversite eğitimini ise Hacettepe Tıp Fakültesi'nde tamamlamıştır. 1985 yılında bir Avrupa Konseyi bursu aracılığıyla İngiltere'de "Toplum Psikiyatrisi" ve "Ruh sağlığı hizmetlerinin yapılandırılmasında değişik modeller" konularında çalışmıştır.

1986-88 yılları arasında British Council bursiyeri olarak gittiği Londra Psikiyatri Enstitüsü'nde (Kings College) "davranış tedavileri", "cinsel işlev bozuklukları-cinsel terapiler", "evlilik terapileri" ve "kaygı bozuklukları" alanlarında eğitim almıştır.

1992 yılında Doçent, 2001 yılında profesörlük unvanını almıştır. Doçentlik sonrasında çalışmalarını özellikle "Bilişsel ve Davranış Terapileri", "Cinsel İşlev Bozuklukları", "Evlilik Terapileri" ve "Kaygı Bozuklukları" konularında yoğunlaştırmış ve 1996 yılında ülkemiz içinde kanıta dayalı çağdaş bir terapi yaklaşımının tanınması ve yaygınlaştırılması amacıyla Kognitif ve Davranış Terapileri Derneği'nin Kurucu Başkanlığını yapmıştır. Halen aynı derneğin başkanlığını yürütmekte ve bilişsel davranışçı tedavilerinin hem ülkemizde hem de dünyanın çeşitli ülkelerinde iyi ve etik uygulamalarının yaygınlaştırılması doğrultusunda eğitimler vermektedir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda hizmet verdiği 1992 yılında Türkiye'deki ilk "Sigara Bırakma Merkezi" ve ilk "Cinsel İşlev Bozuklukları Değerlendirme ve Tedavi Merkezi" nin kuruculuğunu yapmıştır.

2000 yılında Avrupa Davranış ve Kognitif Terapiler Birliği (EABCT) başkanı seçilmiştir. Amerikan Kognitif Terapi Akademisi kurucu üyelerinden olup, aynı akademinin diplomatı ve sertifiye edilmiş eğitici ve süpervizörlerinden biridir. Beck Enstitüsü Uluslararası Danışma Kurulu üyesi de olan Dr Sungur 2017 yılında Merkezi ABD'de olan "Uluslararası Kognitif Terapiler Birliği" (IACP) nin Amerikalı olmayan ilk başkanı seçilmiştir. 2020 yılında ise "Avrupa Seksoloji Federasyonu" başkanı seçilmiştir. Aynı yıl tüm kıtaları ve birlikleri aynı şemsiye altında toplayan "Dünya Kognitif Davranış Terapileri Konfederasyonu'nun Yönetim Kurulu Üyeleri'nden birisi olmuştur. Son olarak Dünya Cinsel Sağlık Birliği (WAS) Yönetim Kurulu Üyeliğine seçilmiştir Bugüne kadar toplam 7 uluslararası ve birçok uluslararası katılımlı ulusal kongrenin başkanlığını üstlenmiştir.

Yurtdışında çeşitli ülkelerde yürüttüğü eğitim etkinlikleri yanı sıra birçok uluslararası ve ulusal bilimsel dergilerde editörlük, danışma ve yayın kurulu üyeliği görevleri yapmıştır. Ulusal ve uluslararası meslek ödülleri de olan Dr Sungur son olarak Avrupa Seksoloji Federasyonu tarafından çift ve seks terapilerine olan katkıları nedeniyle bir "gold medal" ile ödüllendirilmiştir. Halen İstanbul Kent Üniversitesi'nde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

” TANIMAKTAN ANLAMAYA: BİRİNCİ BASAMAKTA VE YAŞAMLARIMIZ İÇİNDE FARK EDEMEDİĞİMİZ DEPRESYON”

Özet: Depresyonu olan hastaların önemli bir kısmı tedaviye baş vurmamakta, yardım arayan hastaların çoğu ise Psikiyatri dışı disiplinlere ve en çok da 1. Basamak hekimlerine başvurmaktadırlar. Ne var ki 1. Basamakta semptomların yaygınlığı ve çeşitliliği gibi nedenlerle depresyon yeterince tanınmamakta ve dolayısıyla etkili biçimde tedavi edilememektedir. Yeterince etkili biçimde tedavi edilemeyen her depresif atak bir sonraki atağın oluşma riskini artırmakta ve oluşan tekrarlayıcı depresyonlar ise hem bireyin yaşam kalitesini düşürmekte hem de neden olduğu iş gücü ve performans düşüklüğü ile bir toplum sağlığı sorunu oluşturmaktadır.

Bu sunumda öncelikle depresyonun tanınmasının önünü kesen etkenler yanı sıra değerlendirme ve tedavide temel ilkeler ve dikkat edilmesi gereken konular tartışılacaktır. Daha sonra depresyonu tanımaktan anlamaya yani hastalığı tedavi etmekten hastayı tedavi etmeye geçişin önemi vurgulanacaktır.

Sunumun en önemli yanı ise teorik ve medikal bir anlayıştan öteye geçerek hoyratça tükettiğimiz yaşam dilimlerimiz içinde ıskaladığımız ya da fark edemediğimiz yönleriyle yaşadığımız ve yaşattığımız depresyona vurgu yaparak farkındalık sağlamak olacaktır.



UZM. DR ZİYA KÖSEOĞLU

Adı Soyadı : Ziya KÖSEOĞLU

Doğum Tarihi : 02.06.1985

Ev Adresi : Nine Hatun Mh, 169. Sk, NO:26/A, Esenler/ İstanbul

Tel : +905055166776

Mail : ziyaksgl@gmail.com

EĞİTİM:

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, 2012

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlığı (Doktora), 2021

İŞ TECRÜBESİ:

İşyeri Hekimliği, 5 Yıl

Acil Hekimi, 2 Yıl

Aile Hekimi, 8 Yıl

SERTİFİKALAR:

İşyeri Hekimliği Sertifikası (2016 yılında alınmıştır)

Hukuki Bilirkişilik sertifikası

Kopenhag WONCA Avrupa Aile Hekimliği Kongresi bildirili katılım

5. İKON Ulusal Aile Hakimliği Kongresi 2018, Kıbrıs

22. WONCA Avrupa Kongresi 2017, Prague

4. Çocuk Dostları Kongresi 2016, İstanbul

YABANCI DİLLER:

İNGİLİZCE (Konuşma-ileri düzey, Okuma-ileri düzey, Yazma-ileri düzey)

İSPANYOLCA (Konuşma-ileri düzey, Okuma-ileri düzey, Yazma-ileri düzey)

DEZAVANTAJLI BİREYE YAKLAŞIM

Sanayi devrimi ve kapital dünya ile birlikte toplumda sınıflar daha belirginleşti. Ayrıca para üretim ve tüketim araçları içinde olamayan gruplar giderek toplum alt tabakası olarak görülmeye başlandı (Yaşlılar, Engelliler, Mülteciler…). Bu da beraberinde dezavantajlı grupların oluşmasına neden oldu. Sağlık hizmeti sunumunda sıkça karşılaştığımız bu dezavantajlı grupları, mevcut koşullarını gözeterek değerlendirmek gerekmektedir.

Dezavantajlı gruplar UNESCO tarafından ekonomik durumları, cinsiyetleri, etnik ve dilsel kökenleri, din ya da politik statüleri (mülteci) nedeniyle sosyal ve ekonomik olarak daha az bütünleşme şansı olan kişiler olarak tanımlamaktadır (UNESCO, 1998: 10).

Yaşadıkları sorunlar göz önünde bulundurulduğunda sosyal entegrasyonu az olan dezavantajlı gruplar: Yoksullar, çocuklar, LGBTİ toplumu, yaşlılar, kadınlar, engelliler ve mültecilerdir (1).

YOKSULLUK

Yoksulluk her yönüyle ele alınması gereken bir kavramdır ve bu şekilde değerlendirilmelidir. Dünya Bankası 2005 yılında yayımlamış olduğu raporda yoksulluğa etki eden 4 temel durum üzerinde durmuştur. Bunlar; bölgesel özellikler, toplumsal özellikler, haneye ilişkin özellikler ve kişisel özelliklerdir. Bu faktörler çerçevesinde bölgesel uzaklık, kaynaklara erişim, hava şartları, bölgesel yönetim mekanizmaları, altyapı eksiklikleri, arazi paylaşımı, kamu mal ve hizmetlerine erişim, sosyal yapı ve sosyal sermaye, hane halkı büyüklüğü, çalışan yetişkinlerin sayısı, çalışma şekilleri, mal varlığı, hane halkının eğitim ve sağlık durumları, yaş, eğitim, istihdam, sağlık durumu, cinsiyet ve etnik köken vb. Durumlar yoksulluğa neden olan veya önayak olan durumlar olarak önümüze çıkmaktadır. (www.worldbank.org).

Sanayi devrimi ve kapitalizme geçiş ile birlikte her ne kadar insanların hepsinin zenginleşmesinden bahsedilse de aslında olan şey gelir dağılımı arasındaki farkın giderek artmasıdır. Dolayısıyla dezavantajlı gruplar giderek çoğalmakta, pastadan giderek daha az pay almaktadırlar (www.undp.org.tr).

Işık ve Pınarcıoğlu yüzyılımızdaki yoksulluğu, "gelişmiş ülkelerde yaygınlaşan sistem dışına atılmış, kronik yoksulluğa mahkûm, mücadele yeteneğini kaybetmiş, kent içinde tecrit edilmeye çalışılan, ekonomik, sosyal ve kültürel süreçlerden dışlanan, yoksulluğuyla baş etmek için de hiçbir ümidi olmayan bireylerin oluşturduğu" yoksulluk kavramı olarak belirtmektedir. Toplumdan dışlanan yeni yoksullar, mücadele gücünü ve yaşamlarını iyileştirecek "yapabilirliklerini" kısmen ya da tamamen yitirmişlerdir. Böylece ekonomik olarak toplumun dışında kalmanın yanısıra toplumsal olarak da sosyal hayatın dışında kalmışlardır (2).

ÇOCUKLAR

Çocuklar sosyal hizmet ve sosyal politikalar açısından dezavantajlı grupların başında yer almaktadırlar. Çünkü hem diğer bir dezavantaj grubuna dahil olup (Yoksulluk, Mülteci, LGBTİ, Engelli...) hem de çocuk olmalarından ötürü sömürüye ve toplumsal şiddete daha açık hale gelmektedirler.

Çocuklarla ilgili üzerinde durulması gereken bir diğer önemli durum ise ihmal ve istismardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ihmal ve istismarı da içerecek biçimde "kötü muamele" kavramını kullanmakta ve çocuklara fiziksel ve duygusal olarak kötü davranılmasıyla, cinsel istismarla, çocuklara yönelik ilgisizlik ve ihmalkârlıkla, ayrıca çocukların ticari anlamda ve başka biçimlerde sömürülmesi olarak belirtmiştir. Kötü muamele çocukların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde hayat boyu olumsuz etkiler yaratabilme ve toplumu da olumsuz etkileme potansiyeline sahip olması dolayısı ile küresel ölçekte önem atfedilen ciddi bir gelişimsel sorundur (www.apps.who.int).

Sokakta yaşayan çocuklar ile sokakta çalışan çocuklar farklı kavramlardır. Sokakta yaşayan çocukların yaşam alanları sokaklardır ve genelde bu çocuklar sahipsizdirler. Kısmen ya da tamamen aile desteğinden mahrum bırakılmış bu çocuklar sokağa atılmış, terk edilmiş çocuklardır. Bu çocuklar sokaklarda yaşadıkları için bulaşıcı hastalık, istismara uğrama, fuhuş, suç işlemeye zorlama gibi pek çok riskle karşı karşıya kaldıkları görülmüştür (3).

LGBTİ BİREYLER

Çam ve Etkili LGBTİ bireyleri (Lezbiyen, Gay, Biseksüel, Transseksüel ve İnterseks) toplumun genel tutum, düşünce ve yaşam tarzı dışına çıktıkları için toplum düzeninin bozulmasıyla suçlanmaktadırlar (4)gay, bisexual, transgender, and intersexual (LGBTI.

Eşcinsellik farklı zaman dilimlerinde semavi dinler açısından günah ve ahlak dışı, devlet açısından suç, psikoloji açısın-

dan ise ruhsal bir hastalık olarak değerlendirilmiştir. 1973 yılında ruhsal bir hastalık olarak değerlendirilmekten vazgeçilen eşcinsel ilişkiler hala çoğu ülkede suç ve ahlak dışı görünmekte ve eşcinsel ilişkide bulunan bireylere türlü zorbalıklar yapılmaktadır. TCK 122. Maddesi nefret suçlarını ifade ederken, Türkiye toplumunda eşcinsellerin yaşadığı nefret suçları görmezden gelinmektedir. Evet yasa var ama işlevi yok. Eşcinseller ''cinsel tercih'' olarak yönelimlerinin görülmesini kabul etmemekte; bunun bir tercih değil yönelim olduğunu ifade etmektedir.

MÜLTECİLER

Mülteci kelimesi 1951 Cenevre Sözleşmesi ile tanımlanmıştır. Irkı, dini, milliyeti, belli bir sosyal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri nedeniyle zulüm göreceği konusunda haklı bir korku taşıyan ve bu yüzden ülkesinden ayrılan ve korkusu nedeniyle geri dönemeyen veya dönmek istemeyen kişi olarak mültecilik belirtilmiştir. Bu kişiler kendi rızalarıyla ülkelerinden ayrılabileceği gibi zorla da sürülmüş olabilirler. Mülteci ile sığınmacı farklı kavramlardır. Sığınmacı; "zulme uğrayacağından haklı nedenlerle korktuğundan, diğer bir devletten ikamet ya da koruma isteyen, ancak henüz isteği kabul edilememiş kişi iken, mülteci bu iddiası kabul edilen kişidir" (5).

Özellikle birinci ve ikinci dünya savaşları ile mültecilik kavramı dünyada giderek yaygınlaşmış; son örneklerinden birisini de Türkiye Suriyeli mültecileri misafir ederek göstermiştir. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü 7 Şubat 2019 tarihi itibariyle 3 milyon 644 bin 342 kişinin geçici koruma altına alındığını bildirmiştir ama bu sayının 10 milyona yakın olduğu ve kayıt dışılığın çok fazla olduğu düşünülmektedir. Şiddet, taciz, genç yaşta evlenme, ekonomik sömürü gibi sorunlar mültecilerin yaşamış olduğu problemlerdir (5). Ayrıca mültecilerin Türkiye'nin kaynaklarını kullandıkları düşünüldüğü için toplum tarafından bir nefret objesine dönüştürülmüştür. Gaziantep ve Kilis'te mültecilere yönelik toplu linç saldırıları olmuştur.

ENGELLİLER

Diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler engelli olarak Birleşmiş Milletler tarafından tanımlanmıştır (www.ttb.org.tr).

Dünya Sağlık Örgütü verileri 7 milyar toplam dünya nüfusunun yaklaşık 1 milyarının engelli olduğunu ifade etmektedir. Engellilerin topluma katılma kısmında çok ciddi sorunlar oluşmaktadır. Fiziki ve sosyal altyapısı engelliler için uygun olmayan durumlar için devlet politika geliştirmektedir. İstihdam açısından engellilerin topluma entegre edilmesi hala ciddi bir problem olarak durmaktadır ve çözüm yollarının biran önce bulunması amaçlanmalıdır (6).

YAŞLILAR

Yaşlılık insan hayatının son evresini temsil eder. Bu kavram toplumdan topluma değişmekle birlikte genel olarak ülkeler bazında kabul edilen 65 yaş üstü bireylerin yaşlı olarak sayılabileceğidir. Tezcan ve arkadaşları eski Afrika kabilelerinde yaşlı kavramının avlanamayan ve göç edemeyen bireyler için kullanıldığını ifade etmekte ve bunun yaşla ilgili bir sayısal değerden ziyade fiziksel bir durum olduğunu söylemektedir (7).

Dünya Sağlık Örgütü 65-74 yaş aralığını genç yaşlı; 75-84 yaş aralığını orta yaşlı; 85 yaş ve üzeri insanları ise ileri yaşlı kişiler olarak tanımlamaktadır. Daha önce kırsal kesimlerde yaşayan yaşlılar bilge ve tecrübe sahibi olarak değerlendirilip toplum nezdinde iyi bir konumda değerlendirilmekteydi. Fakat sanayi devrimi ile birlikte yaşlılar toplum için hem ekonomik hem de sosyal ''yük'' olarak görülmeye başlandı ve çoğu yaşlı yalnız bırakıldı (7).

TÜİK verilerine göre 2019 yılı itibariyle yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı 9.1'e yükselmiştir (www.tuik.gov.tr). Bir ülkedeki nüfusun yaşlı/genç olmasını belirleyen oran BM tarafından açıklanmıştır. Buna göre nüfusa oranı 10 ve üzeri olan toplumlar ''yaşlı toplumlar'' olarak değerlendirilmektedir. Fakat Covid-19 pandemisi nedeniyle yaşlı ölümlerin daha sık olduğu varsayılırsa bu oranla ilgili grafiğin değişikliğinden söz edilebilir.

Dünya Sağlık Örgütü sağlıklı yaşlanmayı teşvik etmekte ve bireyin çeşitli yeteneklerini ihtiva etmesini önermektedir. Bunlar;

- Temel ihtiyaçlarını karşılamak
- Öğrenmek, gelişmek ve kararlar almak
- Mobil olmak

• İlişki kurmak ve sürdürmek

• Topluma katkıda bulunmak olarak bildirilmiştir (www.who.int)

Zastrow ise yaşlanma sürecine hazırlığın genç yaşlarda başlaması gerektiğini belirtmiştir (8).

Kaynaklar

1. Ife J. İnsan Hakları ve Sosyal Hizmet Kitap [Internet]. 2017 [cited 2023 Nov 9]. Available from: https://www.amazon.com.tr/İnsan-Hakları-ve-Sosyal-Hizmet/dp/6059205860

2. Nöbetleşe Yoksulluk: Sultanbeyli Örneği: Gecekondulaşma ve Kent Yoksulları ... - Oğuz Işık, M. Melih Pınarcıoğlu.

3. Sokakta Yaşayan Çocuklar ve Aileleri (İstanbul Örneği) - İsmail BARIŞ [Internet]. [cited 2023 Nov 6]. Available from: https://atif.sobiad.com/index.jsp?modul=makale-detay&Alan=sosyal&Id=AWNAIUJhIwYof_IhoXYp

4. Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi E, Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı R, Beycan Ekitli G, Olcay ÇAM M. Bakım Sürecinde Zorlandığımız Alan LGBTİ'ye Yönelik Bir Gözden Geçirme A review of our Handicapped Area of Care Process for, LGBTI. J Psychiatr Nurs. 2017;8(3):179–87.

5. Politikalarına Mülteciler Boyutunda Bir Bakış A, Gör Sema BUZ A. Aile Politikalarına Mülteciler Boyutunda Bir Bakış. Sos Polit Çalışmaları Derg [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2023 Nov 9];6(6). Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/spcd/issue/21114/227416

6. ÖZTABAK MÜ. Engelli Bireylerin Yaşamdan Beklentilerinin İncelenmesi. FSM İlmi Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilim Derg [Internet]. 2017 Jun 23 [cited 2023 Nov 9];(9):355–75. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/fsmia/issue/29970/323388

7. KALAYCI İ, ÖZKUL M. GELENEKSEL KALABİLSEM MODERN OLABİLSEM: MODERNLEŞME SÜRECİNDE YAŞLILIK DENEYİMLERİ. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg [Internet]. 2017 Jul 19 [cited 2023 Nov 9];8(18):90–110. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/vizyoner/issue/30466/308309

8. Zastrow C. Sosyal Hizmete Giriş [Internet]. Nika Yayınevi. 2013 [cited 2023 Nov 9]. Available from: https://www.kitaplarinefendisi.com.tr/sosyal-hizmete-giris



UZM. DR. NADİYE KARABULUT

Konu özeti: Hipnozun geçmişten günümüze kadar ki serüveni ve genel hatları ile ne olduğu ve ne olmadığı anlatılmaktadır.

Geçmiş özet:

1982 Erzurum Doğumlu

2006 Malatya İnönü üniversitesi Tıp Fakültesi

2013 Haseki EAH Aile Hekimliği Uzmanlığı

2019 Yılı Sağlık Bakanlığı Hipnoz Eğitimi

2020 Yılı Klinik Hipnoz Akademisi Regresyon ve Ericsional Hipnoterapi eğitimi

2021 Yılı Psikoterapi ensütüsü Rüya Analizi Eğitimi

2022 Yılı katatimini ve imge terapi Eğitimi

202 yılı Klinik Hipnoz Akademisi Self-Hipnoterapi Eğitimi



DR. SALİH BAĞDADİOĞLU

Adı Soyadı : Salih Bağdadioğlu

Doğum Tarihi : 25.05.1986

Ev Adresi : Rasimpaşa Mahallesi Uzunhafız sokak No:25/8, Kadıköy İstanbul

Tel : +905548397454

Mail : saelich@gmail.com

EĞİTİM:

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, 2011

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlığı (Devam Ediyor)

İŞ TECRÜBESİ:

İşyeri Hekimliği, 4 Yıl

Acil Hekimi, 1 Yıl

Aile Hekimi, 11 Yıl

SERTİFİKALAR:

İşyeri Hekimliği Sertifikası

Kupa Terapisi Sertifikası

Rahim içi araç uygulama Sertifikası

Üreme Sağlığı Danışmanlığı Sertifikası

YABANCI DİLLER:

İNGİLİZCE (Konuşma-orta düzey, Okuma-orta düzey, Yazma-orta düzey)

AİLE HEKİMLİĞİNDE BORDRO VE ÖZLÜK İŞLERİ

Hekimlik mesleği insan ruhuna dokunan, onurlu bir meslektir. İnsanın en aciz olduğu anlarda, hekim hastasının yanındadır. Böyle olması hekimlik mesleğinin doğası olmakla beraber, tıp fakültesinin birinci sınıfından başlayarak hocalarımızın söylemleri, mezun olurken okuduğumuz hekimlik andına kadar devamlı bir hatırlatmaya maruz kalırız. Evet hekimlik mesleği onurlu bir meslektir ama en nihayetinde bir meslektir. Meslek de "bir kimsenin kendine temel çalışma alanı edindiği, geçimini sağlamak için yaptığı sürekli iştir." Nedense bu "geçimini sağlamak için yapılması gerekenler" hekimlik andında yazmaz. Toplum, Hastalar, Hocalarımız devamlı mesleğin onurlu tarafına dikkat çekerler ve hekimin de bir insan olduğu ve kendi onurunu korumasının temel gereksiniminin onuruna yakışan bir ücret alması olduğunu anlamazlar. Hekimin kendi maaşıyla ilgili hakkını aramasını, belki de zam istemesini çirkin bulurlar. Hekimler kendi özlük haklarıyla ilgili küçük bir mücadeleye girişse, medya, siyaset gibi popülist mekanizmalar hemen hekime mesleğe girerken kabul ettiği ve kendisini insanlığın hizmetine adadığı gönüllü köleliği hatırlatırlar. Buna Tezat olarak toplum Hekimlerin çok para kazandığını düşünür ve bu konuda en ufak bir şüpheye bile düşmez. Bazen birinci derece yakınlarımız bile ne kadar para aldığımızla bizden daha çok ilgilenirler. Tutarı beğenmezlerse bizi küçümseyip yaptığımız işe saygı bile göstermeyebilirler. Bu tutum çoğumuzun işvereni olan Sağlık Bakanlığının işine gelir çünkü Sanılanın aksine işverenimiz Hekimlik andını bizden daha az umursar. İşverenlerin daha çok umursadıkları şey, çalışanına daha çok işi daha az ücretle yaptırmanın yollarıdır. 2023 yılında yaklaşık 700 milyar liralık Sağlık Bakanlığı Bütçesinin sadece 35 milyar lirası Aile Hekimliği sistemine ayrılmıştır. bu paranın büyük kısmı hekim ve hemşire işgücüne ödenen ücret e gider. Fakat işverenimiz çeşitli şekillerde çalışanına ödediği ücretlerde kesintilere gitmekte ve zaten az olan maaşlarımı daha da azaltmaktadır. Hekimlerin Kendi Özlük Haklarına olan ilgisizliği, Hakları ve Maaş Bilgileri hakkındaki bilgisizliği, işverenimizin bu tutumunu kolaylaştırır.

Bordro işverenin bir iş karşılığında işçilerine ödediği ücretin ve diğer ödemelerin ve bunlardan yapılan kesintilerin ayrıntılı olarak gösterildiği teknik bir çizelgedir. İşveren açısından kanuni bağlayıcılığı vardır. Ad, Soyad, kaç gün için ödeme yapıldığı, alınan ücret, matrah bilgileri gibi bilgileri içerir. Normalde bize verilen maaşların bordrolarını en geç maaşın yattığı gün görebilmemiz gerekir. Ama aile hekimliğinde genellikle ayın 15'inde gece Maaş Yatar ve Aile Hekimi Maaşından bir kesinti olup olmadığı konusunda bir bilgiye sahip olmadan, kafasında bin bir senaryo ile günler geçirir.

Maaş Bordromuz "ekipportal.saglik.gov.tr" sitesindeki uygulamadan görüntülenir. Bu uygulamada aldığımız izinler, memuriyet kademe ve derece bilgileri ve çeşitli özlük bilgilerinin de bir örneği vardır.

Bordronun ilk kısmı Ad, Soyad, T.C. kimlik no, unvan, branş, derece kademe bilgisi gibi bilgileri içerir. Ayrıca o ay vergilendirilecek kazancı gösteren "Aylık Vergi Matrahı" ve o yıl o güne kadar vergilendirilen toplam tutarı gösteren "Kümülatif vergi Matrahı" gibi bilgileri içerir. İzin bilgileri, çalışılan gün sayısı gibi bilgiler de bu kısımdadır.

Devlet Vergilendirme Politikalarını belirlerken "teorik olarak" az kazanandan az vergi çok kazanandan çok vergi alınması amacıyla her sene duyurduğu "ücretliler için gelir vergisi dilimleri" tablosunu yayınlar ve ona göre vergi alacağını duyurur. Örnek olarak 2023 yılında ücretliler için;

70,000 TL'ye kadar %15

150,000 TL'nin 70,000 TL'si için 10,500 TL, Fazlası %20

550,000 TL'nin 150,000 TL'si için 26,500 TL, Fazlası %27

1,900,000 TL'nin 550,000 TL'si için 134,500 TL, Fazlası %35

1,900,000 TL'den fazlasının 1,900,000 TL'si için 607,000 TL, Fazlası %40

Şeklinde vergilendirme yapılmaktadır. 2024 yılı için yeniden değerleme oranı %58,46 ilan edilmiş olup bu rakamlar 2024 yılında artacaktır. Ücretliler bizim ülkemizde vergisiz brüt maaşlarını asla ceplerinde göremezler. Devlet bu vergileri çalışana ulaşmadan keser alır. Şirketler, esnaf vs. neredeyse tüm lüks harcamalarına kadar vergi iadesi alır ama ücretliler için yine de kısıtlı vergi iadesi imkânı bulunmaktadır. Bunlardan en sık uygulananı hayat sigortalarıdır. Piyasada sayısız örneği olmakla beraber bu sigortalardan yaptıran hekimler her ay ödedikleri tutar kadar maaşını vergisiz almaktadır. Bu sigorta tutarı bordroda "Özel Sig" alanında görünmektedir. Ayrıca devlet yakın zamanda asgari tutarı gelir vergisinden muaf tutmuştur. Bu durum tüm çalışanlara yansımış ve her ay asgari tutarın yüzde 15 kadarı olan kısmı G.V.İ başlığında gelir vergisi indirimi olarak bordroda belirtilir.

Bordrodaki en önemli tutarlardan biri Sözleşmeli Personel Tavan Ücretidir. Bu ücret şu an 24,874,40 TL'dir. Aile hekimliği gider ödeneği ve aile hekimliği maaşları bu tutar üzerinden oranlanarak hesaplandığından bizim için çok önemli bir tutardır. Yine gider ödeneğinin hesaplanmasında kullanılan ilin satın alma gücü paritesi ilk kısımda yer alır. Aile hekimine grubuna göre ve tavan ücretiyle satın alma gücü paritesi çarpılarak gider ödeneği miktarı hesaplanır. Hemen alt kısmında Gezici hizmeti olan hekimlerin gezici hizmet ödeneğinin hesaplandığı alan bulunmaktadır.

Asgari kat edilmesi gereken her bir kilometre için tavan ücretin on binde 5'i,

Gezici hizmet bölgesindeki kendisine kayıtlı her kişi için tavan ücretin yüz binde 7,5'i

Şeklinde ödeme yapılır.

Bundan sonraki ödemeye esas nüfusun incelenmesi ile başlar. Hastaların sayıları özelliklerine göre bordroda belirtilir. Bunun sebebi hasta gruplarının farklı katsayılarla çarpılarak hesaplanmasıdır. Gebeler **3**, 0-59 ay arasındakiler **1,6** ,65 yaş üstü **1,6**, tutuklu/hükümlüler **2,25** ve diğer tüm hastalar **0,79** ile çarpılır ve elde edilen sayılar toplanır. Ortaya çıkan sayı o ayki tarama- takip katsayısı ile çarpılır ve çıkan sayı üzerinden aile hekimine ödeme yapılır. Tarama-takip sayısı mevzuata göre en az 0,90 en çok da 1,50 olabilir. Her ne kadar mevzuatta bu şekilde yazsa da şimdilik alt sınır olan 0,90, 1e yükseltilmiştir. Böylelikle negatif performans şimdilik ertelenmiştir. Fakat yönetmelik hala negatif performansın uygulanmasına müsaittir.

Hesaplanan toplam puanın ilk 1000 puana kadar olan kısmı için aile hekimi uzmanı olmayan aile hekimleri için tavan ücretin %78,5'i, Aile Hekimi uzmanı olan Aile Hekimleri için ise tavan ücretin %113,5'i ile çarpılarak ödeme yapılır. Maaşlardaki Aile hekimi uzmanı olmanın bordroya etkisi bu kadardır. Bu hesaplanan tutarlara o ayki toplam muayene sayısının çalışılan güne bölünerek hesaplanan sayıya göre teşvik ve destek ödemeleri eklenir. Hepsinin eklenerek ortaya çıkan ücret brüt ücrettir. Eğer o ay bir idari ceza alınmışsa ya da yeterince muayene yapılmamışsa ya da aşılar, bebek izlem ve gebe izlem oranlarında yüzde 98'in altında bir başarı olursa bu brüt ücret üzerinden kesinti yapılır.

Brüt ücret hesaplandıktan sonra bu ücrete varsa sahu izin farkı, maaş alacağı, onaylı eğitim gün farkı, sendika ödeneği gibi tutarlar eklenir. Şimdilik sendika ödeneği sadece temsil oranı yüzde 2'nin üstündeki sendikalar için tam ödenmektedir. Ama bu durum anayasaya aykırıdır ve yakın zamanda değişmesi öngörülmektedir. Ayrıca seçim zamanı vaatleri ile gündemimize giren ve en düşük memurun maaşının 22bin TL ye yükseltilmesi için bordrolarımıza eklenen, vergiden etkilenmeyen, ama aynı zamanda emekliliğimize de yansımayan ilave ödeme eklenir. Tüm bu gelirler hesaplanıp alt alta toplanır. Sağ tarafta ise gelir vergisi %9 em. San, %5 ssp (sosyal sigorta primi) kesintileri ile birlikte sendika aidatı kesilir. Ayrıca hem gelir hem de gider hanesinde bulunan %11 em. San ve %7,5 ssp kısımları da bulunur. Bu kısımlar 2008'den önde memuriyete başlamış hekimler için daha yüksektir. Bunlar da hesaplanıp gider hanesinin en alt kısmına yazılır. Genelde bordroya bakıldığında en alttaki kısmın hepsinin kesinti olduğu yönünde yanlış bir algı vardır. Sadece üst kısımdaki gelir vergisi yazan kısım vergidir. Gelir kısmı gider kısmından çıkarılarak ortaya çıkan tutar o ay alacağımız hak ediştir.

Ne yazık ki işverenimizin çok işi az ücretle yaptırmaya çalışma çabaları, sessizce daha düşük emeklilik oranı ile emekli etmeye çalışması, her yıl sözde enflasyon oranında artan maaşlara karşılık vergi dilimlerinin daha düşük oranlarda artması sonucu ödediğimiz daha yüksek vergiler, ayrıca aile hekimliğiyle ilgili tüm giderlerin sözde enflasyonun en az 3-4 katı artması ama cari ödemelerin sadece sözde enflasyon kadar artması, bununla birlikte bakanlığın mevzuattaki en küçük kısımları didik didik edip maaşlarımızdan kesintiye gitmek için bahaneler bulması hak edişlerimizi yıllardır dramatik bir şekilde azaltmıştır. En azından Bordro ve özlük haklarımızla ilgili bilgi seviyemizi arttırarak ve işverenimizin tuzaklarına düşmemeye çalışabiliriz. Hakkımızı almaya çalışmak, bize ödenen maaşın, ödediğimiz verginin hesabını sormak ayıp değildir. Bunları dile getirdiğimizde kötü hissetmemize sebep olan neredeyse tüm söylemler hekimin onurunu ezmeye yönelik dile getirilmiş söylemlerdir. Unutmayalım ki bizler en onurlu ve en özveri gerektiren mesleklerden birini icra etmekteyiz. Meslek hayatlarımız için neredeyse ömrümüzü en ince ayrıntısına kadar feda etmekteyiz. Ömrümüzün, gençliğimizin, ailemize ayırmamız gereken ama mesleğimize ayırdığımız zamanın bedeli şu an aldığımızdan çok ama çok daha fazladır. Kendi değerimizi kendimiz düşürmeyelim…



DR. SERKAN ORHUN OCAK

1992 Samsun doğumlu ve Evlidir. 2016 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu. Ayrıca 2015 yılı Anadolu Üniversitesi İşletme Lisansı bitirmiştir. 2020 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitimi'ne başlamıştır. Halen Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hukuk Bölümü'nde Lisans eğitimine, İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında Halk Sağlığı Doktora programında eğitimine devam etmektedir. Aktif olarak 2017 yılından bu yana Zeytinburnu 5 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde Aile Hekimi olarak çalışmaktadır.

SIK KULLANDIĞIMIZ İLAÇLARA AKILCI YAKLAŞIM

AİK, DSÖ tarafından; kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca ulaşabilmeleri olarak tanımlanmıştır.

Akılcı İlaç Kullanımının temel ilkeleri; belirlenen doğru ilacın, doğru miktarda, doğru uygulama yoluyla, doğru zamanlamayla, yeterli bilgilendirme yapılarak ve maliyet uygunluğu da dikkate alınarak kullanılması olarak sayılabilir.

Hekimler tarafından dikkat edildiği takdirde, AİK konusundaki problemlerin çoğunun üstesinden gelinmesi mümkün olacaktır, hekimin hasta ile iyi bir iletişim kurarak, hastalığı ve tedavisi hakkında gerekli bilgilendirmeleri tatmin edici bir şekilde yapması ve hastayı bilinçlendirmesi gerekmektedir.

Doktorlar; Hastaya gereken zaman ayırmalı, hastaya tatmin edici gerekli güveni vermeli ve buna bağlı olarak hasta uyumunun artışına neden olmalı, halkın ısrarına bağlı olarak reçete tekrarı veya isteğe bağlı ilaç yazmamalı, ilaç mümessillerinin teşvikine göre hareket etmemeli, retrospektif ve prospektif hasta takibi ve maliyet analizi yapılmalı, Çoklu ilaç kullanımında (polifarmasi) ilaç etkileşimlerine dikkat etmeli, reçetenin hastaya tekrar ettirilip, hastanın reçeteyi anlayıp anlamadığı anlaşılmalı, reçetenin altına 'muadili verilebilir veya muadili verilemez' diye ibare yazılmalıdır.

Hastalar; Reçeteyi iyi anlamalı ve harfiyen uygulamalı, çevresindekilerin tavsiyesine göre hareket etmemeli, hekim ve eczacıya danışılmadan ilaç kullanmamalı, gelişi güzel bitkisel tedavilere başvurmamalı, bu bitkilerin rutin ilaçların etkinliğini azalttığını veya toksisitesini arttırdığını bilmeli saklama koşulu, son kullanma tarihi ve diğer prospektüs bilgilerine dikkat etmelidir.

Kaynakça;

https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/akilci-ilac-kullanimi

https://www.aifd.org.tr/akilci-ilac-kullanimi/

https://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/SBUoSMpLOqdR.pdf

Koç E, Aslan D. Akılcı İlaç Kullanımı. HUTF Halk Sağlığı AD. Toplum Eğitim Sunumları [Internet] http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/topluma_yonelik.php. Erişim:30.12.2015

https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2017/10/AKILCI-ANTİVİRAL-KULLANIMI-NURİYE-TAŞDELEN.pdf

https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/697134

Alp H ve ark. Akılcı İlaç Kullanımı. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi Cilt:8, Sayı:29, Yıl:2017



UZM. DR. MERVE YÜZBAŞIOĞLU

1991 yılı Beyoğlu doğumlu olan Merve YÜZBAŞIOĞLU, 2009 yılında İstanbul Atatürk Fen Lisesi'nden mezun olmuş; tıp eğitimini 2015 yılında İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamlamıştır. 2022 yılı aralık ayında Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, "Aralıklı Açlık Diyetinin Erişkin Bireylerde Vücut Kompozisyonu ve Biyokimyasal Parametreler Üzerine Etkisi: Prospektif Gözlemsel Bir Çalışma" isimli uzmanlık tezi başarılı bulunan YÜZBAŞIOĞLU 2023 Ocak ayında uzmanlık eğitimini tamamlamıştır. YÜZBAŞIOLU, 2018 yılında İSTAHED Eğitim Komisyonu üyesi olmuş ve halen bu görevi sürdürmektedir.

YÜZBAŞIOĞLU lisans eğitimi sırasında, 2013 yılında King's College Hospital Perinatoloji bölümünde klinik izlemci statüsüyle çalışmalarda bulunmuş olup Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde 2020 yılında yayımlanan "Benign Pigmente Bir Lezyon: Siyah Kıllı Dil" başlıklı olgu sunumu, İKON 2020 Kongresi'nde "Kına Uygulaması Sonrasında Gelişen Alerjik Kontakt Dermatit Olgusu" başlıklı posteri, Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği'nde 2021 yılında kitap bölümü olarak yayımlanan "Ramazan Ayında Beslenme" başlıklı çalışmaları başlıca eserleridir. Bunun yanında YÜZBAŞIOĞLU, 2022 yılında 30 Soruda Aile Hekimleri İçin Aşı isimli kitapta "Aşı Kontrendikasyonları Nelerdir?" başlıklı ölümünün yazarlığını yapmıştır. Diğer yandan, İKON 2021 Kongresi'nde "Anne Yatağım Islandı! Enürezis" başlıklı; İKON 2022 Kongresi'nde ise "Aile Hekimlerinin Menenjit Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzey ve Tutumlar: Bir Anket Çalışması" başlıklı tebliğlerin sunumunu yapmıştır.

MODERN ÇAĞIN GÖTÜRÜSÜ: İNTERNET BAĞIMLILIĞI

İnternet bağımlılığı, patolojik kumar oynama model alındığında, sarhoş edici madde içermeyen bir dürtü/kontrol bozukluğu olarak tanımlanabilir. Diğer bağımlılıklarda olduğu gibi, psikolojik bağımlılık belirtilerinde de zihinsel meşguliyet, duygudurum değişkenliği, tolerans, yoksunluk, kişilerarası çatışma ve relaps gözlenmektedir. Söz konusu bozukluğun, internetin aşırı kullanılması, isteğinin önüne geçilememesi, internete bağlı olmadan geçirilen zamanın önemini yitirmesi, yoksun kalındığında aşırı sinirlilik ve saldırganlık hali ile kişinin iş, sosyal ve ailevi hayatının giderek bozulması olarak da tanımlanması mümkündür. Esasında "İnternet Bağımlılığı" doğru bir kavram değildir; çünkü bağımlılık internete yönelik olmayıp içeriğe yahut sunduğu imkanlara karşı gelişmektedir. Bu yüzden "*Patolojik İnternet Kullanımı*" ("PİK") teriminin kullanılması klinik durum için çok daha isabetli olacaktır. İnternetin amacı bilgiye kolay, ucuz, hızlı ve güvenli ulaşmak suretiyle iletişimi kolaylaştırmak olsa da hızlı yaygınlaşmasının da bir sonucu olarak patolojik aşırı kullanım sorunu ortaya çıkmaktadır. PİK 1999 yılında literatürde *Davis* tarafından iki alt gruba ayrılmıştır olup, bunlar:

1) Özgül PİK (Nesneyi elde etme amaçlı; pornografi, online kumar, borsa vs.),
2) Genel PİK (Zaman geçirmeye yönelik kullanım; e-posta kullanımı, chat grubuna katılma vs.)

olarak sıralanabilir.
DSM-5 ek bölümüne yalnızca internet oyun bağımlılığı dahil edilmiş olsa da internet bağımlılığının davranışsal bir bağımlılık geliştirecek şekilde internete ait diğer uygulamaların problemli kullanımını da içerdiği uzun zamandan bu yana tartışma konusu oluşturmaktadır.
İnternet bağımlılığının zamansal gelişimi değerlendirildiğinde, internetin temeli ABD ve Sovyetler Birliği arasındaki rekabete dayanmaktadır. Kaliforniya'da ilk bilgisayar ağı 1969 yılında oluşturulmuş; 1991 yılında *Tom Barnes Lee* tarafından world wide web (www) oluşturulmuştur. Türkiye ise internete 1993 yılının Nisan ayında ODTÜ ağı ile bağlanmıştır.

Sonrasında hızlı bir şekilde yaygınlaşması ile ülkemizde 2023 yılında 71,38 milyon internet kullanıcısının bulunduğu ve toplam nüfusumuzun %83.4'ünün artık internet kullanıcısı olduğu görülmektedir. Bu hızlı yaygınlaşma sürecinde internet bağımlılığı kriterleri de literatüre konu olmuştur. 1996 yılında Goldberg, 1999 yılında Young, 2010 yılında ise Tao ve arkadaşları internet bağımlılığı için tanı ölçütleri önermiştir. Young'ın tanı ölçütlerine göre aşağıdaki 8 ölçüt kriterinden 5 tanesinin bulunması durumunda internet bağımlılığı pozitif kabul edilmektedir. Bu 8 ölçüt:

1. İnternet ile ilgili aşırı zihinsel uğraş (sürekli olarak interneti düşünme, internette yapılan aktivitelerin hayalini kurma, internette yapılması planlanan bir sonraki etkinliği düşünme, vb.)
2. İstenilen keyfi almak için giderek daha fazla oranda internet kullanma ihtiyacı duyma,
3. İnterneti kullanımını kontrol etme, azaltma ya da tamamen bırakmaya yönelik başarısız girişimlerin olması,
4. İnternet kullanımının azaltılması ya da tamamen kesilmesi durumunda huzursuzluk, çökkünlük ya da kızgınlık hissedilmesi,
5. Başlangıçta planlanandan daha uzun süre internette kalma,
6. Aşırı internet kullanımı nedeniyle aile, okul, iş ve arkadaş çevresiyle sorunlar yaşama, eğitim veya kariyer ile ilgili bir fırsatı tehlikeye atma ya da kaybetme,
7. Başkalarına (aile, arkadaşlar, terapist, vb.) internette kalma süresi ile ilgili yalan söyleme
8. İnterneti problemlerden kaçmak veya olumsuz duygulardan (ör: çaresizlik, suçluluk, çökkünlük, kaygı) uzaklaşmak için kullanmadır.

İnternet bağımlılığının toplumdaki yaygınlığı çalışmalarda %6 ile %14 arasında tespit edilmiştir. İnternet bağımlılarının %50'sinde başka bir psikiyatrik bozukluk da bulunmaktadır. Bunlardan sık rastlananlar, madde kullanımı (%38), duygudurum bozukluğu (%33), anksiyete bozukluğu (%10), psikotik bozukluk (%14), depresyon veya distimidir (%25). Bu kişilerin %38'nin en az bir başka bağımlılığının daha olduğu ve bunlar arasında en sık kompülsif alışverişin (%19), kumar oynamanın (%10), piromaninin (%10) ve kompulsif seks bağımlığının (%10) oranında olduğu belirtilmiştir. Risk grubu lisansüstü eğitimli olma, beyaz ırk, orta yaş ve erkek cinsiyettir. En büyük risk grubu ise ne yazık ki 12-18 yaş grubu ergenlerdir.
İnternet ilişkili semptomlar kompulsif-egodistonik olmaktan ziyade daha çok impulsif-egosintoniktir. İnternet bağımlılığının en sık rastlanan etkisi zaman algısında bozulmadır. Bir internet bağımlısı hiç aralıksız 20 saat ve haftada toplam 40-80 saat boyunca internette vakit geçirebilmektedir. İşleri zamanında bitirememe, aileye zaman ayıramama, zamanla normal rutinlerinden çekilme, sosyal izole olmaya meyil ve sonuçta depresyon ve anksiyete artışı klinik olarak gözlenmektedir. Bunlar dışında, uyku döngüsünde bozulma, uyarıcı madde kullanmaya yahut aşırı kahve ve kolalı içecekler tüketmeye başlama, fiziki aktivitenin azalmasına bağlı obezite, karpal tünel sendromu, sırt ağrısı ve postür bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Yapılan bir çalışmada günde 1 saatten fazla internette vakit geçiren çocuklarda dikkat eksikliği semptomlarının oluştuğu gözlenmiştir. Özellikle birçok kullanıcının aynı anda oynadığı oyunlarda uzun süre bilgisayar başında kalan kişilerde epileptik nöbet riski de bulunmaktadır.
İnternet bağımlılığında tedavi yaklaşımlarını farmakoterapi ve psikoterapi olarak ikiye ayırabiliriz. Farmakolojik olarak tedavide öncelikle altta yatan bir psikiyatrik rahatsızlık varsa onun tedavi edilmesi esastır. Ancak, PİK bir diğer psikiyatrik bozukluğun belirtisi değil ise; dürtü kontrol bozukluğu ve bipolar duygudurum bozukluğuna daha yakın olması sebebiyle seçilecek olan farmakoterapinin her iki bozuklukta da kullanılan duygudurum dengeleyicisi olması iyi bir seçim olacaktır. Depresif bulgular belirginse antidepresan tedavi, sanal seks bağımlılarında naltrekson, oyun bağımlılarında bupropion, DEHB varsa metilfenidat önerilir. Diğer yandan, psikoterapide ise, *Davis* ve *Young*'ın önerdiği bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. *Young,* internet kullanımı elzem olduğu için kullanımının yasaklanmasını değil; kontrol altına alınması gerektiğini savunmuştur. İnternet bağımlılığının tedavisinde kullanılan çeşitli bilişsel davranışçı teknikler:
a) İnternet kullanımını tam zıt saatlere kaydırmak,
b) Dış durdurucular (external stoppers) kullanmak,
c) İnternet kullanımıyla ilgili hedefler belirlemek,
d) Özellikle belli bir işlevden uzak durmaya çalışmak,
e) Hatırlatıcı kartlar kullanmak,
f) İnternet yerine yapmak istediklerini not edebileceği kişisel bir defter kullanmak,
g) Bir destek grubuna girmek
h) Aile terapisi
şeklinde sıralanabilir. Unutulmamalıdır ki, özellikle tedavinin başlangıcında hasta bir kayıp yaşayacak ve daha sık internete girme yönünde özlem duyacaktır.
İnternet bağımlılığının tedavisi için önerilen yöntemlerin etkinliğini araştıran pek fazla çalışma bulunmamakla birlikte, *Young* kurduğu internet bağımlılığı tedavi merkezine başvuran 114 kişi üzerinde yapmış olduğu çalışmada, bilişsel-dav-

ranışçı tedavinin etkinliğini motivasyon, zamanı kullanma becerisi, sosyal etkinliklerde düzelme, cinsel işlevlerde düzelme, sanal olmayan etkinliklere katılma ve sorun yaratan internet işlevinden uzak durabilme bağlamında bir anket çalışması ile değerlendirmiş; 6 ay boyunca 3., 8. ve 12. haftalarda bu anketi tekrarlamıştır. Sonuç olarak, danışanların çoğunluğunun 8 haftalık seanslar sonrasında başvuru anındaki belirtileriyle baş etmeye başladıklarını; 12. haftada semptomların tümden kontrol altına alındığını; 6 aylık izlemde ise iyilik hallerini koruduklarını belirtmiştir.
Sonuç olarak bilgisayar ve internet çağımızın vazgeçilmez bir unsurudur. Ülkemiz, genç nüfusun fazla olması, gelişmekte olan bir ülke olması, internet kullanımının giderek yaygınlaşması, işsizlik ve internet kafelerin kontrolsüzce artması nedeniyle, bu yeni tanımlanan bozukluğun yayılması için uygun bir konumdadır. Türkiye'de "internet bağımlılığı" sorununun giderek artmaya başlayabileceği ve bizlerin bu durumla daha sık karşılaşmaya başlayabileceğimiz öngörülmektedir. Bu nedenle, bu bozukluk konusunda yeterli bilgiye sahip olmak; bozukluğu tanımak ve uygun tedavi yaklaşımları sergileyip gerektiğinde kişileri psikiyatristlere yönlendirebilmek büyük önem arz etmektedir. Vurgulamak gerekir ki, psikolojik sağlığın korunması adına, herkes için sıfır değil; sınırsız değil; yeterince teknoloji önerilir.

KAYNAKLAR:

1. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Cyberpsychology & behavior. 2009;1(3).
2. Arısoy Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi. Psikiyatride güncel yaklaşımlar. 2009;1(1):55-67.
3. Bozkurt H, Şahin S, Zoroğlu S. İnternet bağımlılığı: Güncel bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(3):235-47.
4. Gönül AS, editör Patolojik İnternet Kullanımı. Yeni Symposium; 2002.
5. Gökçearslan Ş, Günbatar MS. Ortaöğrenim Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı. Eğitim Teknolojisi Kuram ve Uygulama. 2012;2(2):10-24.
6. Öztürk Ö, KALYONCU ÖA, ODABAŞIOĞLU G, ERASLAN D, GENÇ Y. İnternet bağımlılığı: Kliniği ve tedavisi. Bağımlılık Dergisi. 2007;8(1):36-41.
7. Young KS. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. Cyberpsychol Behav. 2007;10(5):671-9.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-01

İstanbul İli Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Aile Hekimlerinin Akademik Yayın ve Etkinlik Takip Etme Durumlarının Tükenmişlik ve Diğer Kişisel Faktörlerle İlişkisinin Araştırılması

Sena Yayla[1] , Hilal Özkaya[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Aile Hekimliği bütüncül, kapsayıcı ve kişi merkezli bakım verilen bir disiplindir ve kapsamı gereği yoğun tıbbi bilgi birikimine sahip olması gerekir. Yoğun çalışma temposu hekimlerde tükenmişliğe ve/veya akademik çalışmalara yeterli zaman ayıramamaya neden olabilmektedir. Bu çalışmada aile sağlığı merkezinde çalışan aile hekimlerinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumlarının tükenmişlik sendromu ve diğer kişisel faktörler ile ilişkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma evrenini İstanbul ilinde aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olan yaklaşık 4500 aile hekimi oluşturmaktadır. Katılımcılara sosyodemografik veri formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğini (MTÖ) barındıran toplam 44 soruluk bir anket uygulanmıştır.

Bulgular: Analiz sonuçlarına göre MTÖ alt boyutlarından "Duygusal tükenme" puanı ile "Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?" ve "Bilimsel makale veya kitap okuma sıklığınız ne kadar?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Herhangi bir dergide makalesi olmayan katılımcıların olanlara kıyasla ve her gün bilimsel makale veya kitap okuyan katılımcıların diğer gruplara kıyasla "Duygusal tükenme" puanı daha yüksek bulunmuştur. MTÖ alt boyutlarından "Duyarsızlaşma" puanı ile "Bilimsel makale veya kitap okuma sıklığınız ne kadar?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Her gün bilimsel makale veya kitap okuyan katılımcıların diğer gruplara kıyasla "Duyarsızlaşma" puanı daha yüksek bulunmuştur. MTÖ alt boyutlarından "Kişisel başarı" puanı ile "Herhangi bir bilimsel ödül aldınız mı?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Herhangi bir bilimsel ödül almayan katılımcıların alanlara kıyasla "Kişisel başarı" puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan analiz sonucuna göre "Kongrelerde bildiri / poster sunumu yaptınız mı?" sorusu ile medeni durum, "Çocuğunuz var mı?" sorusu, unvan, meslek yılı, haftalık çalışma süresi ortalaması, "ASM niz hangi sınıfta yer almaktadır?" sorusu, "Nüfusunuzda size bağlı kaç kişi bulunmaktadır?" sorusu, "Günlük poliklinikte bakılan hasta sayınız ne kadar?" sorusu ve "Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. "Herhangi bir dergide makaleniz bulunuyor mu?" sorusu ile medeni durum, unvan ve haftalık çalışma süresi ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır "Şimdiye dek bilimsel kitap bölümü yazdınız mı veya editörlük yaptınız mı?" sorusu ile unvan, haftalık çalışma süresi ortalaması, "ASM niz hangi sınıfta yer almaktadır?" sorusu ve "Aile hekimliğini ekonomik olarak tatmin edici buluyor musunuz?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. "Herhangi bir bilimsel projede yer aldınız mı?" sorusu ile medeni durum, haftalık çalışma süresi ortalaması ve "Günlük poliklinikte bakılan hasta sayınız ne kadar?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Sonuçlar: Aile hekimlerinin akademik yayın ve etkinlik takip etme durumu, iş memnuniyeti, tükenmişlik ve kişisel faktörlerle karmaşık bir ilişki içindedir. Bu ilişki, aile hekimlerinin çalışma koşulları, kişisel motivasyonları, destek sistemleri ve mesleki çevreleri gibi bir dizi faktörden etkilenebilir. Sağlık kurumları ve yöneticiler, aile hekimlerinin mesleki gelişimlerini teşvik etmek ve iş stresini azaltmak için destekleyici politikalar ve kaynaklar sağlamak konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Bu hem sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmeye hem de aile hekimlerinin sağlık sektöründeki uzun vadeli başarılarını desteklemeye yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler : Aile Hekimliği, Birinci basamak, Tükenmişlik

SS-02

Aile Hekimliği Asistanlarında Klinik EKG Yorumlama Bilgi Düzeyinin Araştırılması

Fatih Ergin[1] , Başak Korkmazer[1] , Hilal Özkaya[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: EKG kronik kardiyovasküler hastalıklar ve acil patolojiler açısından akut tanı ve tedavi takibinde kullanılan en değerli araçlardandır. EKG'nin hekimler tarafından doğru değerlendirilip yorumlanabilme düzeyi, tıbbi tanı ve tedavi sürecinde hayati bir önemi sahip olmakla birlikte hekimlik pratiğinin her basamağında kullanılmaktadır. Bu çalışma ile İstanbul'da eğitim görmekte olan Aile Hekimliği Asistanı hekimlerin EKG'yi değerlendirebilme düzeylerinin araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmamıza İstanbul'da eğitim görmekte olan 257 Aile Hekimliği Asistanı katıldı. Katılımcılara demografik verilerin sorgulandığı 10 sorunun yanı sıra araştırmacı tarafından uzman görüşü de alınarak katılımcıların EKG konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanmış olan ek 20 sorudan oluşan bilgi anketi online olarak uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların minimum yaşı 25, maksimum yaşı 52, medyan yaşı 28 iken ortalama yaş ise 28,84 (SS=2,82)'idi. Katılımcıların %84,0'ı (n=216) 20-30 yaş arasında olduğu ve %62,6'sının (n=161) kadın olduğu belirlendi. Katılımcıların %21,0'ının (n=54) 6 yıl ve üzeri senedir hekimlik yaptığı, %88,7'sinin (n=228) tam zamanlı aile hekimliği asistanı (AHU) olduğu, %100,0'ının (=257) son bir yıl içerisinde EKG ile ilgili bilimsel bir çalışmada yer almadığı, %70,0'ının (n=180) kardiyoloji rotasyonu yapmadığı, %84,0'ının (n=216) dahiliye rotasyonu yaptığı, %53,7'sinin (n=138) acil rotasyonu yaptığı, %67,3'ünün (n=173) asistanlık öncesi hekim olarak görev yaptığı, asistanlık öncesi hekimlik yapanların %34,6'sının (n=89) birinci basamakta (ASM/TSM) hekimlik yaptığı ve %80,2'sinin (n=206) kardiyolojik hasta takibi açısından kendisini kısmen yeterli gördüğü belirlendi.6 yıl ve üstü süredir hekimlik yapan katılımcıların diğer gruplara kıyasla EKG Bilgi toplam puanı daha yüksek bulundu. Yapılan Sidak Post-Hoc analizi sonucuna göre 1 yıldır hekimlik yapanlar ile 3 yıldır yapanlar arasında ($p<0.001$), 1 yıldır hekimlik yapanlar ile 4 yıldır yapanlar arasında ($p<0.001$), 1 yıldır hekimlik yapanlar ile 5 yıldır yapanlar arasında ($p<0.001$), 1 yıldır hekimlik yapanlar ile 6 yıl ve üstü süredir yapanlar arasında ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Ayrıca 2 yıldır hekimlik yapanlar ile 4 yıldır yapanlar arasında ($p=0.033$) ve 2 yıldır hekimlik yapanlar ile 6 yıl ve üstü süredir hekimlik yapanlar arasında ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Akademik ünvanlı, sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık asistanı (SAHU) olan katılımcıların tam zamanlı aile hekimliği asistanı (AHU) olanlara kıyasla EKG Bilgi toplam puanı daha yüksek bulundu. EKG bilgilerinin değerlendirildiği sorularda katılımcılar en çok %91,1 oranında (n=234) Ventriküle fibrilasyonun sorgulandığı soruya doğru yanıt; %87,9 oranında (n=226) 2. Derece AV blok Mobitz tip 2'yi tanıma sorusuna yanlış cevap vermişti.

Sonuçlar: Bu çalışma, EKG okuma becerilerinin asistanlık ve çalışma süresince gelişme gösterdiğini desteklemektedir. Araştırma bulgularımıza göre Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi almakta olan asistan doktorlar her ne kadar yeterli temel EKG yorumlama yeteneğine sahip olsalar da kritik kardiyak durumlar hakkında yanlış teşhisleri önlemek için ek geliştirmeler gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Asistan Hekim, Doğru Tanı, EKG, Etkin Tedavi

SS-03

Yapay Zekâ Aile Hekimliği Hakkında Ne Düşünüyor?

Hüseyin Can[1] , **Fazilet Yorgancıoğlu**[1] , Esra Meltem Koç[2]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Amaç: Yapay zekâ her geçen gün sağlık alanında daha fazla kullanım alanı bulmaktadır. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasında yaşanan hasta, danışan yoğunluğu ve iş yükünün giderek artması nedeniyle birinci basamakta da gündem oluşturmaktadır. Bu çalışmada yapay zekanın aile hekimliği hakkındaki görüşlerini öğrenmeyi, Türkiye ve Avrupa'daki aile hekimliği uygulamaları arasındaki farklılıkları ve bu konudaki tercihlerini sorgulamayı amaçladık.

Yöntem: Araştırmacılar tarafından hazırlanan 5 açık uçlu soru, iki farklı yapay zekâ programına (ChatGPT ve Bard) yöneltildi ve her iki programın vermiş olduğu cevaplar birbiri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Genel anlamda her iki yapay zekâ programının sorulara verdikleri yanıtlar benzerlikler içerse de birkaç noktada net bir şekilde farklı görüş belirttikleri gözlemlendi. Örneğin; ''Doktor olsaydın Avrupa'da mı yoksa Türkiye'de mi aile hekimliği yapmak isterdin?'' sorusuna yapay zekâ programlarından Bard doğrudan Avrupa'da aile hekimliği yapmak istediğini belirtti ve nedenlerini sıraladı. ChatGPT ise bir yapay zekâ dil modeli olarak kişisel bir tercihinin olamayacağını söylerken, Avrupa'da mı Türkiye'de mi aile hekimliği yapılması gerektiğine karar verme aşamasında göz önünde bulundurulabilecek genel hususlara dikkat çekerek seçimin çeşitli faktörlere bağlı değişeceğini vurguladı.

Sonuçlar: Yapay zekâ programları sorduğumuz sorulara farklı açılardan yaklaşarak bazı konularda farklı fikirlere sahip olsalar da; aile hekimliğinin sağlık sisteminde önemli bir rol oynadığı, aile hekimliğinin geleceği parlak bir branş olduğu ve yapay zeka kullanılarak aile hekimliği uygulamalarının geliştirilebileceği konularında iki yapay zeka programı da benzer yorumlarda bulundu.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, Bard, ChatGPT, yapay zeka

SS-04

GETAT Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi

BERAY GELMEZ TAŞ[1] , GÜZİN ZEREN ÖZTÜRK[1]

[1]Şişli Hamidiye Etfal EAH

Amaç: Günümüzde modern ve bilimsel tedaviler dışındaki tüm uygulamalar geleneksel, tamamlayıcı ya da alternatif tıp olarak isimlendirilmektedir. Ülkemizde 2014 yılında son çıkarılan yönetmelik "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği" adı altında yayınlanmıştır ve 14 farklı yöntem kabul görmüştür. Çalışmamızda 18 yaş ve üzerindeki bireylerin GETAT yöntemleri hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 01.01.2023-01.02.2023 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği herhangi bir nedenle başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası bireyler dahil edilmiştir. Katılımcıların sözel onam alındıktan sonra yüz yüze 14 soruluk veri formu uygulanmıştır. Veri formunun ilk kısmında sosyodemografik verileri, boy, kilo ve kronik hastalıklarını sorgulanmıştır. Veri formunun ikinci kısmında, katılımcıların tamamlayıcı tıp yöntemleri hakkında bilgi düzeyi ve yaptırma durumları sorgulanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 20.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilecektir. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 227 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 34,18 (min:18, max:63, median:33) idi. Katılımcıların çoğunluğunu 180 kişi (%79,3) ile kadınlar oluşturmaktaydı. Katılımcıların %97,8 (n=222)'si lise ve üstü eğitim düzeyine sahipken; %68,7 (n=156)'si beyaz yaka çalışanı idi. Kronik hastalık varlığı sorgulandığında yalnızca 42 kişi (%18,5) bilinen bir kronik hastalığa sahipti. Katılımcıların alternatif tıp yöntemlerinden hangisi/hangilerini bildiği sorulduğunda 11 kişi (%4,8) sorulan yöntemlerin hepsini bildiğin belirtirken 17 kişi (%7,5) ise yöntemlerin hiçbiri hakkında bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. Tamamlayıcı, alternatif tıp yöntemlerinin nasıl kullanılması gerektiği sorgulandığında 202 kişi (%89) 'modern tıp tedavisini tamamlayıcı olarak' cevabını vermişti. Bu yöntemlerin neden kullanılmaması gerektiği sorulduğunda ise en sık 70 kişi ile (%30,8) 'yan etkileri olabilir' cevabı verilmişti. Katılımcılara tamamlayıcı – alternatif tedavi yöntemlerini kimin/kimlerin uygulaması gerektiği sorulduğunda %11 (n=25)'i bilen herkesin uygulayabileceğini belirtmişti. Katılımcılar arasında tamamlayıcı, alternatif tıp tedavilerinden en az birini daha önce yaptıran 71 kişi (%31,3) vardı. Yaptırmış olan katılımcılar arasında larva uygulaması ve proloterapi yaptıran kişi yoktu. En fazla uygulanmış olan yöntemler ise sırasıyla kupa uygulaması (hacamat) (n=32, %14,1), akupunktur (n=27, %11,9) ve fitoterapi (n=19, %8,4) idi. Katılımcıların cinsiyet dağılımları ile daha önce tamamlayıcı-alternatif tıp yöntemlerinden herhangi birini yaptırma durumları karşılaştırıldığında kadınlar istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha çok yaptırmışlardı ($p=0,018$).

Sonuçlar: GETAT uygulamaları her geçen gün daha çok yaygınlaşmaya başlamıştır. Çoğu ülkede modern tıp ile birlikte kabul görmüştür. Daha da gelişen bilimsel veriler, halk sağlığında akupunktur ve diğer tamamlayıcı ve alternatif ilaçların geleceğinde önemli rol oynayacaktır. Bu nedenle özellikle hastanelerde GETAT poliklinik sayıları artırılarak hastaların başka yollardan ulaşımı engellenmelidir

Anahtar Kelimeler: bilgi düzeyi, GETAT, tamamlayıcı tıp

SS-05

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum, Beden Algısı ve Bunları Etkileyen Faktörlerin Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Kübra Demirci[1] , Sebahat Gücük[1]

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sağlığın korunmasında en önemli faktörlerden birisi hayat boyu süren dengeli ve yeterli beslenme alışkanlıklarıdır. Tıp fakültesinde okuyan geleceğin doktor adaylarının doğru beslenme bilgisi, tutum ve alışkanlıkları kazanmaları toplum sağlığını ve kendi sağlıklarını korumada çok önemli bir noktadır. Çalışmamızda sağlıklı beslenmeye ilişkin tutum, beden algısı ve bunları etkileyen faktörlerin arasındaki ilişki değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı çalışma modelinde planlanmış olup Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesinde 01.05.2023- 01.08.2023 tarihleri arasında öğrenim görmekte olan 198 tıp fakültesi öğrencisinin anketlerimizi tamamlamaları ile gerçekleştirildi. Anketler sosyodemografik anket formu, Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği ve Beden algısı Ölçeği sorularından oluşmuştur. Verilerin analizi SPSS 24.0 ile yapılmıştır. Çalışmada güvenilirlik %95 olarak hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışma 198 katılımcı ile tamamlanmıştır. Katılımcıların %32,3'ü 21-22 yaş arasında, %67,2'si kadındı. Katılımcıların 118'i (%59,6) sağlıklı beslendiğini düşünmemekteydi. %52,5'i sağlıklı beslenme konusunda bilgi edinme kaynakları olarak interneti kullanmaktaydı. Katılımcıların en çok atladığı öğün (%39,9) kahvaltıydı. Katılımcıların %62,1'i spor yapmamaktaydı. Katılımcıların Beden Algısı Ölçeği ortalama puanı 143,00±25,15,28(min:70-max:200), Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği Beslenme Hakkında Bilgi alt boyut ortalama puanı 21,03±3,55(min:8-max:25) olarak saptandı. 25 yaş ve üstü katılımcılar, Beden Algısı Ölçeği puanı en yüksek ortalamaya sahipti (p=0,028). Kadınlar, Olumlu Beslenme konusunda en yüksek ortalamaya (X=17,73), erkekler en düşük ortalamaya (X=16,17) sahipti. (p=0,015). Sigara kullanmayan katılımcılar Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği açısından en yüksek ortalamaya (X=74,43), sigara kullanan katılımcılar daha düşük ortalamaya (X=69,97) sahipti. Sağlıklı beslendiğini düşünen katılımcıların Beden Algısı Ölçeği puanı ortalaması yüksekti (p=0,034), Beslenmeye Yönelik Duygu puanları düşünmeyenlere göre yüksekti(p=0,001). Düzenli spor yapan katılımcıların Olumlu Beslenme Alışkanlıkları puanı ortalaması (p=0,017), Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği puanı ortalaması(p=0,011) yapmayan katılımcılara göre yüksekti. Beden Algısı Ölçeği puanı ve Beslenme Hakkında Bilgi puanı arasında düşük düzeyde pozitif bir ilişki (r=0,142)saptandı (p=0,046). Beslenme Hakkında Bilgi ve Beslenmeye Yönelik Duygu puanı arasında orta düzeyde negatif bir ilişki (r=0,272) saptandı (p=0,000). Beslenmeye Yönelik Duygu ve Kötü Beslenme Alışkanlıkları puanı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki (r=0,376) saptandı (p=0,000).

Sonuçlar: Çalışmamızda beslenmenin; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, üniversite öğreniminde kalınan yer, düzenli spor yapma durumu, sigara kullanımı gibi birçok faktörden etkilendiği görülmektedir. Tıp fakültesinden mezun olan hekimler birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alabilecek yeterlilikte eğitilmektedirler. Bu nedenle gerek erken tanı gerekse tedavi ve takip hizmetleri yönünden, önemli bir konumda bulunmaktadırlar. Hizmet verdikleri kişilerde sağlıklı beslenmeyi destekleyebilmeleri, sağlıklı beslenme eğitimi verebilmeleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler : Beden algısı, Sağlıklı beslenme

SS-06

Birinci Basamakta Toplum Kökenli Pnömonilere Yaklaşım

Özlem Kartal[1] , Güzin Zeren Öztürk[1]

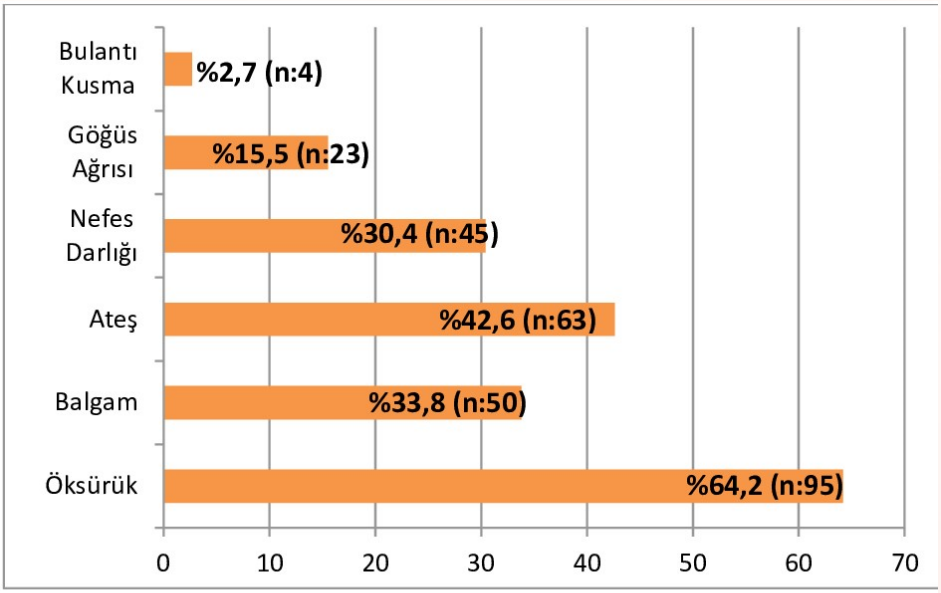
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Pnömoni her yaş grubunda mortaliteye neden olabilen, birinci basamakta ayaktan tanı ve tedavisi yapılabilecek hastalıklardan biridir. Ülkemizde ölüm nedenleri arasında beşinci sırada, infeksiyona bağlı ölümlerde ise birinci sırada gelmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 5,6 milyon kişide toplum kökenli pnömoni tanısı konulduğu ve 1.1 milyon kişinin toplum kökenli pnömoni nedeni ile hastane yatışı gerektirdiği belirtilmiştir. Bu çalışmanın amacı, birinci basamakta çalışan hekimlerin toplum kökenli pnömonilere yaklaşımını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışma tek merkezli ve tanımlayıcı nitelikte olup, çalışmaya İstanbul ilinde birinci basamakta görev yapmakta olan hekimler dahil edilmiştir. Çalışmada, katılımcıların yaş, cinsiyet, meslekteki yıl, pnömoni semptom tanı ve tedavi yöntemlerini sorgulamaya yönelik 17 soruluk veri formu online anket yöntemi ile uygulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmış, p≤0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 148 hekim katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 33,53 (min:24, max:56) ve çoğunluğu kadındı (n:91,%61,5). Birinci basamakta çalışma süreleri ortalama 6,27 (min:1, max:32) idi. Katılımcıların çoğunluğu pnömoninin birinci basamakta tanı, tedavi ve takibi yapılabilecek bir hastalık olduğunu düşünüyordu (n:100, %67,6) ancak pnömoni ön tanılı/tanılı hastalarla karşılaşmanın endişelendirmediğini belirten 65 kişi (%43,9) mevcuttu. Pnömoni tanı ve tedavisi için anemnez ve fizik muayenenin yeterli olduğunu düşünen 51 kişi (%34,5) idi. Pnömoni semptomların yönelik yanıtların dağılımı Grafik 1'de sunulmuştur. Pnömonili bir hasta ile karşılaştığı zaman ampirik tedavi başlayıp başlamadıkları sorusuna 105 kişi (%70,9) 'evet, her zaman', 34 kişi (%23) 'bazen', 9 kişi (%6,1) 'hayır' cevabını vermişti. Ampirik tedavilerden seçeneği olarak en sık sırasıyla 43 kişi (%29,1) makrolid grubu, 37 kişi (%25) penisilin grubu tercih ediliyordu. Hastaları sevk etmeden önce risk skorlama sistemlerini %43,9'u (n:65) kullanıyordu. Katılımcıların %65,5'i (n:97) pnömokok aşıları hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünürken, %98,6'sı (n:146) risk grubuna pnömokok aşılarını öneriyordu. Katılımcıların birinci basamakta çalışma yılı ile pnömoninin birinci basamakta takip edilmesine katılma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p:0,270). Pnömoninin birinci basamakta takip edilecek bir hastalık olduğunu düşünenlerin çoğunluğu istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla ampirik antibiyotik tedavisi başlıyorlardı (p:0,021). Pnömoni tanı ve tedavisi için anemnez ve fizik muayenenin yeterli olduğunu düşünenler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla birinci basamakta tanı, tedavisinin yapılabileceğini düşünüyorlardı (p:0,004). Pnömoni ile karşılaştığında endişelendiğini belirten bireyler hastalarına daha çok KPA13 aşısını önerse de endişelenmeyen grup ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p:0191).

Grafik 1



Grafik 1: Pnömoni semptomlarına yönelik yanıtların dağılımı

Sonuçlar: Çalışmamızda, pnömoni, birinci basamak hekimlerinin çoğunluğu tarafından birinci basamakta tanı konulabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olarak değerlendirilmiş ve çoğunlukla tedavi yönetimine ampirik antibiyotik ile başlandığı saptanmıştır. Bu sayede pnömoni erken tedavi edilmekte ve toplum sağlığı da korunmaktadır. Aynı zamanda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına aynı semptomlarla başvuranların sayısını azaltacak etki sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, pnömoni, toplum kökenli pnömoni

SS-07

Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Geriatrik Popülasyonda Sarkopeninin Fiziksel Aktivite ve Beslenme Durumu ile İlişkisi

Müge Özgül[1] , Emine Zeynep Tuzcular Vural[1] , Işık Gönenç[1] , Memet Taşkın Egici[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sarkopeni kas fonksiyonu, gücü ve miktarında kayıpla seyreden ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki artışına bağlı olarak gittikçe daha önemli hale gelen bir sağlık sorunudur. Çalışmamızın amacı sarkopeni ve onunla ilişkili faktörleri ortaya koyarak birinci basamakta aile hekimlerinin sarkopeninin tespiti ve sarkopeniye gidişi önlemekle ilgili duyarlılıklarını attırmaya katkıda bulunmaktır.

Yöntem: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde yapılan tanımlayıcı ve kesitsel tipte çalışmamıza polikliniklerimize başvuran 65 yaş üzeri 131 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik ve kişisel bilgilerinin olduğu form doldurtularak, sarkopeni tarama testi ve el dinamometresi ile el kavrama gücü ölçümü yapılmıştır. Katılımcıların boy kilo ölçümleri yapılarak el kavrama gücü düşük olarak saptanan katılımcılara EWGSOP2 algoritmasına göre biyoelektrik impedans ölçümü ile kas kütlesi ölçümü yapılmıştır. Verilerin analizi SPSS sürüm 25.0 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. $p<0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya %60,3'ü kadın olmak üzere 131 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 70,64±5,21 yıldır. Çalışmamızda katılımcıların %50,4'ü tarama testinde sarkopeni şüphelisi, %46,6'sı pre-sarkopenik, %31,3'ü ise sarkopenik olarak saptanmıştır.75 yaş ve üzeri grupta hem pre-sarkopenik ($p=0.019$) hem de sarkopenik katılımcıların oranı ($p=0.002$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazladır.Vücut kitle indeksine göre kilolu olanların el kavrama gücü diğer kişilere göre fazla olup (KV=9,861 $p=0.007$), sarkopeni görülme oranı diğer gruplara göre düşüktür ($p=0.008$).Hipertansiyonu olanların kas gücü istatistiksel olarak düşük saptanırken ($p=0.048$), hipertansiyonu olanlarda sarkopeni, olmayanlara göre fazladır ($p<0.001$).Kas gücü ve kas kütlesi pozitif korelasyon gösterirken (rho=0,548 $p<0.001$), sarkopeni olan grupta kas gücü olmayan gruba göre belirgin olarak düşüktür (Z=-5,676 $p<0.001$).Katılımcıların %21'i malnütrisyon riski altında, %11'i malnütrisyonludur. MNA-SF puanı ve el kavrama gücü pozitif korelasyon göstermiş olup ($p=0.004$),sarkopenisi olanların MNA-SF puanları olmayanlara göre belirgin olarak düşüktür(Z=-4,200 $p<0.001$). Yapılan regresyon analizinde MNA-SF toplam puanından alınan her 0.323 birimlik artışın pre-sarkopeni riskini 1,38 kat azalttığı bulunmuştur (omnibüs test $p<0.001$). Katılımcıların ortalama PASE skoru 94,67±72,85 olarak bulunmuştur. Katılımcılarımız arasında sarkopenisi olmayanların fiziksel aktivite düzeyleri sarkopeni olanlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır (Z=-4,054 $p<0.001$).

Sonuçlar: Çalışmamızda 75 yaş ve üzerindeki katılımcılarda, bekarlarda, tek başına yaşayanlarda, hiperlipidemisi olmayanlarda, normal kilolu ve obezlerde pre-sarkopeni daha fazla saptanmıştır.75yaş ve üzeri yaş grubunda sarkopeni daha sık olarak bulunmuştur. VKİ'ne göre fazla kilolu olanların el kavrama güçleri ve beslenme durumları daha iyi olarak bulunurken sarkopeni daha az olarak bulunmuştur. Hipertansiyonu olanların ve sigara içenlerin kas gücü belirgin olarak düşük saptanmıştır. Sarkopenisi olanların kas güçleri anlamlı düzeyde daha düşük olarak bulunmuştur. Malnütrisyon riski altında veya malnütrisyonlu kişilerde pre-sarkopeni daha fazla olarak bulunurken, beslenme düzeyi arttıkça pre-sarkopeni riskinin azaldığı gösterilmiştir. Sarkopenisi olmayanların olanlara göre fiziksel aktivite düzeyleri belirgin olarak daha yüksek olmasına rağmen PASE ölçeği sarkopeniyi öngörmede yetersiz olarak bulunmuştur. Yaşlılarda yaşam kalitesini düşüren, komplikasyonlara ve morbiditeye sebep olabilen sarkopeni ve sarkopeni gelişimi ile ilişkili olan fiziksel aktivite ve beslenme düzeylerinin birinci basamakta düzenli olarak taranması sarkopeniye gidişin ve ilerlemesinin önüne geçmekte oldukça önemlidir. Aile hekimleri sarkopeni ile ilişkili faktörleri tanıyarak kişilere sarkopeni gelişmeden veya ilerlemeden müdahale etme şansına sahip olma konusunda eşsiz konumdadır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Fiziksel Aktivite, Malnütrisyon, Sarkopeni

SS-08

Aile Hekimliğinde 65 Yaş Üzeri Aşı Uygulaması ve Etkileri

Yıldız Yardımcı[1]

[1]Onur Uğurlu Aile Sağlığı Merkezi, Mamak, Ankara

Amaç: Günümüzde bilim, teknoloji ve sağlık alanındaki gelişmeler, bireylerin yaşam şartlarının daha konforlu hale gelmesi diğer pek çok etkenle birlikte insan yaşamının uzamasına, ülke nüfuslarının yaşlanmasına yol açmaktadır. Yaşlanma ile birlikte insan vücudunun korunma ve destek ihtiyaçları artmakta ve hastalıklara karşı daha önceden kazanılmış olan immünitede azalma olmaktadır. Bu çalışmada Ankara'da bir aile hekimliği biriminde kayıtlı olan 65 yaş üzeri nüfusa konjüge pnomokok aşısı (KPA) ve influenza aşısı uygulamasının etkileri araştırılmak istenmiştir.

Yöntem: Toplam nüfusu 3700 olan bir aile hekimliği birimine kayıtlı Ocak 2018 tarihinde 65 yaş ve üzeri toplam 205(111 kadın, 94 erkek) birey bulunmaktaydı. Hemen hepsinin diyabet, hipertansiyon, kalp yetmezliği, hiperlipidemi, böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, kanser gibi en az 1 kronik hastalığı vardı (Tablo1). Ocak 2018 ile Eylül 2023 tarihleri arasında aile hekiminin önerisi ve reçete etmesi ile yapılan KPA ve influenza aşılaması ve bu süre içinde bireylerin solunum yolu enfeksiyonu geçirme oranları incelenmiştir.

Tablo 1: 65 yaş üzeri bireylerin konmuş kronik hastalık tanıları tablosu

Kronik hastalıklar	65 yaş üzeri bireylerde görülme sıklığı
Esansiyel hipertansiyon	159
Hiperlipidemi	77
Astım	31
Diyabet	25
Kronik obstriktif akciğer hastalığı	20
Serebrovasküler olay	19
Demans, parkinson	14
Kalp yetmezliği	12
Kronik böbrek yetmezliği	5
Kanser	5

Bulgular: 65 yaş üzeri bireylerin aşılanma oranları incelendiğinde 159'unun KPA aşısı olduğu, 132 hastanın influenza aşısı olduğu, 77 hastanın influenza aşısını her yıl düzenli olduğu, diğerlerinin 2-3 yılda bir influenza aşısı oldukları görülmüştür (Tablo 2) 65 yaş üzeri bireylerin bu süre içinde aile hekimliği başvuruları incelenmiş 23 hastanın akut alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı aldığı ve bu tanıların hastalar KPA aşısı olmadan önce konulduğu tespit edilmiştir. Diğer solunum yolu enfeksiyonu tanıları incelendiğinde 65 yaş üzeri bireylerin akut üst solunum yolu enfeksiyonu (%44), akut farenjit (%26) , akut nazofarenjit (%30) tanısı aldığı tespit edilmiştir. Bu sayılar hekimliği biriminin tüm nüfusu ile karşılaştırınca benzer oranlarda çıkmaktadır. (Tablo3, Tablo 4). Alt solunum yolu enfeksiyonu görülme oranı tüm nüfusta aynı dönemde %3,5 iken 65 yaş üzerinde %11 olarak tespit edilmiştir. Bu da 65 yaş üzerini pnömoninin de içinde yer aldığı bu enfeksiyonlardan korumanın önemini ortaya çıkarmaktadır. Çalışmanın kısıtlı yönleri: Bu çalışmada sadece aile hekimliğinde aşı yapılan bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. 2018-2023 yılları arasında diğer merkezlerde yapılan aşılar tespit edilemediği için dahil edilmemiştir. Ayrıca aşı

tedarikinde yaşanan sorunlar, özellikle KPA aşısında sık sık yaşanan stok yetersizliği, influenza aşısının eczanelerde bulunamaması gibi nedenler de aşılamanın önündeki engellerden bazıları olmuştur. Covid 19 pandemisi sırasında, köyüne giden ve uzun süre şehre dönmeyen yaşlıların influenza aşısını her yıl yaptırmadıkları tespit edilmiştir. Çalışmanın güçlü yönleri: Aynı aile hekimine başvuran hastalar arasında yapılmış olması, hastaların %77 sinin KPA aşısı, % 64,5 influenza aşı olması, bu verilerin kayıtlardan tespit edilebilmesidir.

Tablo2: 65 yaş üzeri 205 bireyin Ocak 2018-Eylül 2023 yılları arası KPA ve influenza aşılanma oranları

Aşılama	Kişi sayısı	Oran
Konjuge Pnomokok aşısı olan	159	%77
İnfluenza aşısı olan	132	%64

Tablo 3: 65 yaş üzeri 205 bireyin Ocak 2018- Eylül 2023 tarihleri arası solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma oranlarını gösteren tablo

Tanılar	Ocak 2018- Eylül 2023 arası tanı alan 65 yaş üzeri hasta sayısı	65 yaş üzeri nüfusun hastalık tanısı alma oranı
Akut alt solunum yolu enfeksiyonu	23	%11
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu	90	%43,9
Akut farenjit	54	%26
Akut nazofarenjit	62	%30

Tablo 4: Aile hekimliğine kayıtlı 3700 bireyin Ocak 2018- Eylül 2023 tarihleri arası solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma oranlarını gösteren tablo

Tanılar	Ocak 2018- Eylül 2023 arası tanı alan hasta sayısı	Tüm nüfusun tanı alma oranı
Akut alt solunum yolu enfeksiyonu	132	%3,5
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu	1677	%45
Akut farenjit	903	%24,4
Akut nazofarenjit	911	%24,6

Sonuçlar: Sonuç: 65 yaş üzeri bireylerin solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma oranı genel toplum ile benzerdir. KPA aşısı 2018 yılında aile hekimliklerinde yetişkinlere ücretsiz olarak uygulanmaya başlanmıştır. Bu araştırmada her birinin en az bir kronik hastalığı olan 65 yaş üzeri bireylerin geçirdiği alt solunum yolu enfeksiyonlarının bu bireylerin KPA aşısı yapılmadan önce olduğu tespit edilmiş ve KPA aşı sonrası alt solunum yolu enfeksiyonu görülmediği tespit edilmiştir. Diğer solunum yolu enfeksiyonlarına yakalanma sonrasında tüm 65 yaş üzeri hastalar iyileşmiş ve hastaneye yatma ve daha ciddi bir komplikasyonla karşılaşılmamıştır. Bağışıklama enfeksiyon hastalıklarından korunmada en etkili ve en ucuz yollardan biridir. TÜİK verilerine göre yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2022 yılında %9,9'dur, nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfusun 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3 olacağı öngörülmektedir. Toplam nüfus içinde sayısı her geçen yıl artan yaşlı nüfusun daha sağlıklı olması yaşa uygun bağışıklama ile mümkündür. Bu durumda da en büyük görev 1. Basamak ve aile hekimlerine düşmektedir.

Anahtar Kelimeler : aşılama, yaşlılık

SS-09

Ailesel Hiperlipidemide Resveratrol Kullanımı: Olgu Sunumu

Sema Demir Genç[1] , Hilal Özkaya[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Giriş: Ailesel hiperkolesterolemi, plazma düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL) düzeylerinde ciddi yükselmeye neden olan ve hayatın erken dönemlerinde kardiyovasküler hastalık (KVH) riskini artıran, otozomal dominant geçişli genetik bir bozukluktur. Özellikle çocukluk yaş grubunda olmak üzere sıklıkla tanısı gözden kaçabilen ve yeterince tedavi edilmeyen bir hastalıktır. Ailesel hiperkolesterolemide erken başlangıçlı KVH riski normal popülasyona göre 20 kat yüksektir. Erken teşhis ve tedavi KVH'ya bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltır. Tanıda aile öyküsü, klinik bulgular (ksantom) ve yüksek kolesterol düzeyinden yararlanılır. Resveratrol; antioksidatif, antienflamatuvar, antitümör, antiviral, antidiyabet, kardiyoprotektif, yaşam uzatıcı özellikleri nedeniyle tıbbi değeri olan, yaygın olarak incelenen fitokimyasallardandır. Çalışmalarda iyi absorbe edildiği ve hızla metabolize olduğu bildirilmiştir. Ayrıca resveratrolün iyi tolere edildiği ve belirgin bir toksik etkisinin olmadığı rapor edilmiştir. Doza bağımlı olarak serum trigliserit, çok düşük dansiteli lipoprotein ile düşük dansiteli lipoprotein, kolesterol seviyelerini baskıladığı gözlenmiştir. Hipokolesterolemik etki, kısmen nötral sterollerin ve safra asitlerinin dışkıya boşalmasını azaltmasına bağlanmıştır. Resveratrolün, total kolesterol ve LDL düşürmede kısmen sorumlu olduğu ve ateroskleroz gelişim mekanizmasından sorumlu tutulan LDL oksidasyonunu (antioksidan özelliği sayesinde) engellediği konusunda pek çok çalışma vardır.

Yöntem: Olgu Sunumu: 35 yaş erkek hasta aile hekimliğinde yapılan tahlil sonuçlarında total kolesterol düzeyi 411 mg/dl, LDL: 318mg/dl, trigliserid:225mg/dl ve HDL düzeyi ise: 48 mg/dl olarak tespit edildi. Anamnezde anne, abla ve akrabalarında hiperlipidemi tanısı olduğu öğrenildi. Hastaya öncelikle yaşam tarzı değişikliği uygulandı ancak değerlerinde düşüş saptanmaması ve aile öyküsü nedeniyle ailesel hiperlipidemi düşünülerek kardiyoloji polikliniğine sevki yapıldı. Kardiyolojik muayenesinde EKG, EKO, Efor testi normal düzeyde, Kardiyak BT'de sol anterior desanding arter (LAD) en dar yerde %30-35 darlığa neden olan plaklar ve circumflex arter (CX) en dar yerde %45 darlığa neden olan plaklar izlenmiş olup total kalsiyum skoru:69.8 hafif koroner arter riski çıkmış ve aile öyküsü nedeniyle hastaya kesin tanı için anjiyo yapılıp, LAD Diagonal 1. dalında %99 darlık, CX Obstuse Margin 1. dalında %90 darlık izlenmesi üzerine stent implante edilerek tam açılma sağlandı. Hiperlipidemisi için 40mg rosuvastatin ve 20 mg ezetimib başlandı. 1 yıl sonunda rosuvastatin yan etki profili nedeniyle 20 mg'a düşürüldü. 4 yıl aynı dozda devam eden, yaşam tarzı değişikliğine uyan hastanın, LDL düzeyi KVH risk açısından istenilen düzeye (70mg/dl altı) düşmedi. Bunun üzerine hiperlipidemide etkisi bilinen ve literatürde yeri olan resveratrol (polygonum cuspidatum) 200 mg günde 1x1 olarak başlandı. 2 ay sonra LDL düzeyinin 56 mg/dl'ye düştüğü saptandı.

Bulgular: Sonuç: Ailesel hiperlipidemi, aile hekimliğinde hem tarama hem de tedavi açısından göz önünde tutulması gereken bir hastalıktır. Bu hastada yaşam tarzı değişiklikleri ve uzun süre düzenli kullandığı halde yanıt alınamayan ezetimibin kesilmesi planlandı. Bütüncül değerlendirdiğimizde antioksidan, kardiyoprotektif, ateroprotektif ve hipokolesterolemik etkili resveratrol eklenen hastanın medikal tedavi yükü azaltılmış oldu.

Sonuçlar: Tartışma: Fitoterapotikler bilimsel olarak tıbbi olduğu kanıtlanmış bitkilerin ekstreleriyle hazırlanmış ilaçlardır. Rasyonel, kanıta dayalı, allopatik bir tedavi yöntemidir. Alternatif tedavi şekli değildir. Hekim kontrolünde kanıta dayalı kullanıldığında destekleyici ya da tamamlayıcı tedavide yeri vardır. Bu olguda, medikal tedaviye yanıt vermeyen ailesel hiperlipidemi hastasında başlanan resveratrol etken maddesinin tedavide olumlu yanıt verdiği görülmektedir. Bu tarz hastalarda tercih edilebileceği düşünülmektedir. Bu olgu sunumunun herhangi bir kurum, kuruluş, kişi ile mali çıkar çatışması yoktur.

Anahtar Kelimeler: ailesel hiperlipidemi, fitoterapotikler, resveratrol

SS-10

Toplumun Elektronik Sigara Hakkındaki Görüşleri

İrem Ece Çalışkan[1] , Saliha Büşra Aksu[1] , Güzin Zeren Öztürk[1]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre sigara ve tütün kullanımı 20. yüzyılda tütün epidemisi dünya çapında yüz milyon insanı öldürmüştür. 2003 yılında Çinli bir farmakolog tarafından üretilen, sağlık üzerine olumsuz etkileri olan elektronik sigaralar, günümüzde başta sigara bırakma amacıyla kullanılmak üzere piyasa sürülmüştür. Bu çalışmada, son yıllarda kullanımı artan elektronik sigaranın meslek gruplarına, yaşa, cinsiyete göre kullanım durumlarını, bu konu ile ilgili bilgi düzeylerini, normal sigaraya göre farklarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olup online anket yöntemiyle 18-65 yaş arası kişilere 20 soruluk veri formu uygulanmıştır. Kişilerin yaş, cinsiyet, meslek, tütün ürünleri kullanımı ve elektronik sigara ile ilgili görüşleri sorgulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmış, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 137 kişi dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 28,36 ± 5,65 (min:18, max:55) iken 91 kişi (%66,4) ile kadınlar çoğunluğu oluşturuyordu. Katılımcılar arasında sigara içen 55 kişi (%40,1), daha önce içip bırakmış olan 7 kişi (%5,1) mevcuttu. Katılımcılar arasında elektronik sigara kullanan 25 kişi (%18,2), daha önce elektronik sigara kullandığını belirten 54 kişi (%39,4) ve çevresinde elektronik sigara kullanan kişilerin olduğunu belirten 111 kişi (%81) mevcuttu. Katılımcılar elektronik sigaranın bağımlılık yapıp yapmadığı sorulduğunda 7 kişi (%5,1) 'hayır', 16 kişi (%11,7) 'kararsızım' cevabını vermişti. Elektronik sigaranın sigarayı bırakmayı kolaylaştıracağını düşünen 21 kişi (%15,3), bu konuda kararsız olduğunu belirten 27 kişi (%19,7) mevcuttu. Katılımcılar arasında 25 kişi (%18,2) elektronik sigaranın normal sigaradan daha az zararlı olduğunu düşünüyordu. Katılımcılar arasında daha önce elektronik sigarayı denemiş olan ve şu an elektronik sigara kullanan kişilerin yaş ortalaması denemeyen kişilere göre daha düşük olsa da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu (sırasıyla; p:0,103, p:0,656). Katılımcıların elektronik sigara ile ilgili önermelere verdikleri yanıtlar Tablo 1'de belirtilmiştir. Katılımcılar sigara içen bireylerin çoğunluğu istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha önce elektronik sigarayı denemişti (p:0,000). Katılımcılar arasında sigara içen bireyler elektronik sigaranın normal sigaradan daha az zararlı olmadığını düşünse de bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi ancak elektronik sigaranın sigara bırakmayı kolaylaştırmadığını istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha fazla düşünüyorlardı (sırasıyla; p:0,067, p:0,014). Diğer yandan, sigara içicisi olan bireyler elektronik sigarayı bırakmanın normal sigarayı bırakmaktan daha kolay olacağını istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla düşünüyorlardı (p:0,000). Elektronik sigara kullanan bireyler ise elektronik sigaranın bağımlılık yaptığını daha fazla düşünse de bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi (p:0,373). Elektronik sigara kullanan bireylerin çoğunluğu istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla elektronik sigaranın pasif içiciliğe neden olmadığını ve sigara bırakmayı kolaylaştıracağını düşünüyorlardı (sırasıyla; p:0,000, p:0,003).

Sonuçlar: Son yıllarda ortaya çıkan elektronik sigaranın kullanımı ülkemizde de hızla yayılmıştır. Elektronik sigarayla ilgili bireylerin çoğunlukla yeterli bilgiye sahip olduğu görülse de kişilerin çevresinde elektronik sigara kullanıcılarının yoğunluğu dikkat çekmektedir. Toplumda kullanımı daha da fazla yayılmadan elektronik sigaranın satışı ve kullanımı konusunda sıkı önlemler alınmalı ve toplum elektronik sigaranın zararları konusunda bilinçlendirilmelidir

Anahtar Kelimeler: bağımlılık, elektronik sigara, elektronik sigaranın zararları

SS-11

Ülkemizde Sağlık Turizmi Alanında Eğitim Vermekte Olan Üniversitelerin Güncel Veriler Işığında İncelenmesi

Sıdıka Ece Yokuş[1] , Hüseyin Can[1]

[1]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Amaç: Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık turizmi giderek önem kazanmaktadır. Maliyet, turizm olanakları, sağlık tesisinin kalite düzeyi, sağlık personeli ve doktorların kalitesi, kültürel özellikler ülkemizin son dönemde sağlık turizmi destinasyonu olarak seçilmesini etkileyen faktörlerdir. Dolayısıyla bu faaliyetlerin alanında nitelikli sağlık profesyonelleri ve sağlık turizmi ekibi tarafından yürütülmesi önem taşımaktadır. Çalışmamızda ülkemizin sağlık turizmi alanındaki ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik sağlık turizmi alanında eğitim almakta olan nitelikli personel yeterliliğinin araştırılması hedeflenmiştir.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlanan çalışmanın verileri, 2023-2024 eğitim öğretim dönemlerinde toplanacaktır. Yükseköğretim Kurulu (YÖK) ve Öğrenci Seçme Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) bünyesinde sağlık turizmi işletmeciliği eğitimi veren meslek yüksek okulları ile üniversitelerin ön lisans, lisans, yüksek lisans ve doktora programları web sayfaları taranarak bölümler, taban puanlar ve 2018-2023 yılları arasındaki mezun olan öğrenci sayısı incelenecektir. Elde edilen veriler ile Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ), Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TÜRSAB) tarafından yayınlanan sağlık turizmine dair veriler karşılaştırılacaktır.

Bulgular: Türkiye'de Sağlık Turizmi İşletmeciliği ön lisansı vermekte olan 9 üniversitenin verileri Tablo 1'de gösterilmektedir. 12 üniversitede de yüksek lisans programı açıldığı tespit edilmiştir. Fakat ülkemizde henüz bu bölümde eğitim veren herhangi bir lisans programı bulunmamaktadır.

Tablo 1. Türkiye'de Üniversitelerin Sağlık Turizm İşletmeciliği Programları (Ön Lisans)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Afyon Kocatepe Üniversitesi Sandıklı MYO						
Taban Puan				178,3	236,4	242,4
Yerleşen Öğrenci Sayısı				8	31	31
Mezun Öğrenci Sayısı						
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					49	
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Erdek MYO						
Taban Puan			190,4	169,73	246,6	251,4
Yerleşen Öğrenci Sayısı			41	28	52	51
Mezun Öğrenci Sayısı					14	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					123	
Harran Üniversitesi Şanlıurfa Sağlık Hizmetleri MYO						
Taban Puan	218,3	212,3	213,2	203,6	257,2	278,1
Yerleşen Öğrenci Sayısı	36	41	41	41	41	40
Mezun Öğrenci Sayısı				16	14	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					142	
Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Simav MYO						
Taban Puan	174,8	172,8	188,4	176,4	229,9	237,03
Yerleşen Öğrenci Sayısı	20	21	14	8	31	31
Mezun Öğrenci Sayısı				10	5	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					70	
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Kozaklı MYO						
Taban Puan	184,7	187,2	191,3	177,2	232,4	238,7
Yerleşen Öğrenci Sayısı	39	41	47	29	47	47
Mezun Öğrenci Sayısı				17	23	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					132	

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Afyon Kocatepe Üniversitesi Sandıklı MYO						
Taban Puan				178,3	236,4	242,4
Yerleşen Öğrenci Sayısı				8	31	31
Mezun Öğrenci Sayısı						
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					49	
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Erdek MYO						
Taban Puan			190,4	169,73	246,6	251,4
Yerleşen Öğrenci Sayısı			41	28	52	51
Mezun Öğrenci Sayısı					14	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					123	
Harran Üniversitesi Şanlıurfa Sağlık Hizmetleri MYO						
Taban Puan	218,3	212,3	213,2	203,6	257,2	278,1
Yerleşen Öğrenci Sayısı	36	41	41	41	41	40
Mezun Öğrenci Sayısı				16	14	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					142	
Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Simav MYO						
Taban Puan	174,8	172,8	188,4	176,4	229,9	237,03
Yerleşen Öğrenci Sayısı	20	21	14	8	31	31
Mezun Öğrenci Sayısı				10	5	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					70	
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Kozaklı MYO						
Taban Puan	184,7	187,2	191,3	177,2	232,4	238,7
Yerleşen Öğrenci Sayısı	39	41	47	29	47	47
Mezun Öğrenci Sayısı				17	23	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı					132	

Sakarya Uygulamalı Bilimler Üni. Akyazı Sağlık Hizmetleri MYO						
Taban Puan			200,252	187,437	241,352	249,652
Yerleşen Öğrenci Sayısı					24	
Mezun Öğrenci Sayısı					130	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı						
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Cumhuriyet Sosyal Bilimler MYO						
Taban Puan	188,262	196,462	200,262	170,657	236,362	240,462
Yerleşen Öğrenci Sayısı				24	32	
Mezun Öğrenci Sayısı					221	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı						
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Reşadiye MYO						
Taban Puan			183,710	-0	233,421	230,121
Yerleşen Öğrenci Sayısı					6	
Mezun Öğrenci Sayısı					32	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı						
Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Hizmetleri **MYO (Burslu)**						
Taban Puan			226,29	248,84	330,44	335,93
Yerleşen Öğrenci Sayısı					5	
Mezun Öğrenci Sayısı					12	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı						
Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO (%50 İndirimli)						
Taban Puan			202,43	193,34	241,421	248,825
Yerleşen Öğrenci Sayısı					3	
Mezun Öğrenci Sayısı					32	
Kayıtlı Öğrenci Sayısı						

* Puan Türü TYT MYO: Meslek Yüksek Okulu

Sonuçlar: 2022 yılında Sağlık Turizmi İşletmeciliği tercihi %8,1 ile ön lisans tercihleri arasında en yüksek dilime sahip olup, 2018-2023 yılları arasındaki veriler incelendiğinde üniversitelerde açılan program ve kontenjan sayısının giderek artmakta olduğu görülmüştür. Ancak henüz istenen düzeyde değildir. Ülkemiz açısından giderek önem kazanmakta olan sağlık turizmi açısından nitelikli personel yetiştirilmesi son derece önem arz etmektedir. Araştırmamız devam etmekte olup, sonuçlar makale haline getirilerek bilim camiası ile paylaşılacaktır.

Anahtar Kelimeler: eğitim, sağlık turizmi, üniversite

SS-12

Toplumun Evde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Bilgi ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Abdulsamet Bahadır[1] , Seda Özmen Sever[1] , Beray Gelmez Taş[1]

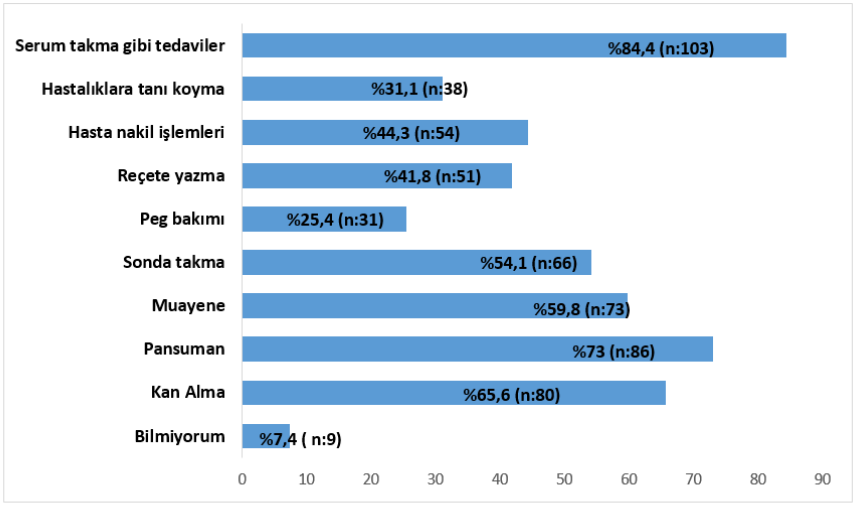
[1]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Ülkemizde yaşlanan nüfusun artması, gelişen sağlık imkanları ve evde sağlık hizmetlerinin geleneksel yataklı tedavi hizmetlerine nazaran düşük maliyetli bir alternatif olması gibi sebeplerle evde sağlık hizmetleri giderek yaygınlaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2021 yılı verilerine göre, evde sağlık hizmetleri bünyesinde 1618 ekip ve 5271 personel toplamda 376.849 takipli hastaya hizmet vermektedir. Çalışmada, gün geçtikçe yaygınlaşan evde sağlık hizmetleri konusunda toplumun bilgi ve farkındalığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Çalışmamıza Temmuz 2023 içerisinde Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı polikliniklere herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üzeri bireyler dahil edilmiştir. Katılımcılara 12 soruluk veri formu yüz yüze uygulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmış olup $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 122 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 36,54 ± 12,72 (min:18, max:65) idi. Katılımcıların çoğunluğunu 95 kişi (%77,9) ile kadınlar oluşturuyordu. Lise ve üstü eğitim düzeyine sahip katılımcılar 107 kişi (%87,7) idi. Katılımcılar arasında 107 kişi (%87,7) daha önce evde sağlık hizmetlerini duyduğunu belirtmişti ve en sık bilgi kaynakları sosyal çevreydi (n:53, %43,4). Katılımcıların %38,5'i (n:47) daha önce yakınları için evde sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunu ve %35,2'si (n:43) çevresinde bakım ihtiyacı olan bir hasta olduğunu belirtmişti. Evde sağlık hizmetleri hangi uygulamaları yapar sorusuna verilen yanıtların dağılımı Grafik 1'de belirtilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu evde sağlık hizmetlerinin aile sağlığı merkezleri tarafından sağlandığını belirtmişti (n:77, %63,1). Katılımcılar evde sağlık ekibinde kimler bulunmalıdır sorusuna doktor ve hemşire dışında en sık verdikleri üç cevap sırasıyla; yara bakım ekibi (n:73, %59,8), fizyoterapist (n:72, %59) ve psikolog (n:46, %37,7) idi. Katılımcıların evde sağlık ile ilgili önermelere verdikleri yanıtlar Tablo 1'de belirtilmiştir. Daha önce evde sağlık hizmetlerini duyma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla kadınlar ve evli bireyler daha fazla duyduklarını belirtmişti (sırasıyla; p:0,023, p:0,048). Yaş ilerledikçe evde sağlık hizmetlerinin bilinirliği anlamlı olarak artmaktaydı (p:0,023). Çevresinde bakım ihtiyacı olan bireyler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla evde sağlık hizmetlerini daha fazla duymuşlardı (p:0,006).

Grafik 1



Grafik 1. Katılımcıların evde sağlık hizmetlerinde yapılan uygulamalar verdikleri yanıtlar

Tablo 1. Evde Sağlık Hizmetleri ile İlgili Önermelere Verilen Yanıtlar

	Katılıyorum (n/%)	Katılmıyorum (n/%)	Fikrim Yok (n/%)
Evde sağlık hizmetlerinden yalnızca yaşlı hastalar faydalanabilir.	14 (%11,5)	102 (%83,6)	6 (%4,9)
Evde sağlık hizmetlerinden faydalanmak için ücret ödemek gereklidir.	11 (%9)	93 (%76,2)	18 (%14,8)
Evde sağlık hizmetleri yatağa bağımlı, cihaza bağımlı, eve bağımlı kişiler için verilen bir hizmettir.	94 (%77)	20 (%16,4)	8 (%6,6)
Evde sağlık hizmetlerine ulaşmak için 444 38 33 numaralı bir telefon hattı vardır.	35 (%28,7)	1 (%0,8)	86 (%70,5)
Evde sağlık birimlerince ağız ve diş sağlığı hizmeti sağlanabilir.	26 (%21,3)	44 (%36,1)	52 (%42,6)
Evde sağlık hizmetleri acil durumlar için de hizmet sağlar.	57 (%46,7)	32 (%26,2)	33 (%27)
Evde sağlık hizmetleri hastaların hastaneden taburculuğu gibi durumlarda transferini sağlayabilir.	64 (%52,5)	22 (%18)	36 (%29,5)
Evde sağlık hizmetleri yalnızca belirli il ve ilçelerde bulunur	15 (%12,3)	58 (%47,5)	49 (%40,2)

Sonuçlar: Çalışmamızda, katılımcıların büyük kısmı evde sağlık hizmetleri duyduğunu belirtse de evde sağlık hizmetlerinin sağladığı hizmetler konusunda eksik ve yanlış bilgiye sahip olan katılımcılar mevcuttu. Çevresinde bakım ihtiyacı olan bireylerin olması kişilerin farkındalığını arttırsa da evde sağlık hizmetleri konusunda kamunun daha net bilgilendirilmesi ve birinci basamak hekimlerin ihtiyacı olan hastalarına gerekli yönlendirmeyi yapmaları bu konuya önemli destek sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Evde Sağlık, Toplum bilgi düzeyi

SS-13

Çölyak Hastalarının İş Yerinde Yalnızlık Durumlarını ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Sinem Aslan[1] , Feyzanur Erdem[1] , Nilay Çom Aybal[1] , Seçil Arıca[1]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Bu çalışma, özel beslenme gerektiren çölyak hastalığının iş hayatında olan erişkin bireylerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini ve iş yaşamında yalnız kalma durumlarını araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Kesitsel ve gözlemsel bir tasarım ile planlanan bu çalışma, hastanemize bağlı olan eğitim aile sağlığı merkezlerinde kayıtlı çölyak hastalarını kapsamaktadır. Katılımcılar ile telefon veya e-posta yoluyla iletişime geçilerek, çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda araştırmacılar tarafından tasarlanmış olan anket uygulanmıştır. Araştırma anketi, sosyodemografik ve çölyak hastalığı ile ilgili 11 soru, çölyak hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği ve iş yaşamında yalnızlık ölçeğini içermektedir. Toplanan veriler SPSS 25.0 istatistik programı kullanılarak analiz edilmiş ve $p<0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 164 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 32.44±9.01 yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %89'u kadın ve %50'si evlidir. Aile içinde çölyak hastalığı öyküsü bulunma oranı %19.5 iken, gece mesaisi yapma oranı %31.7 olarak tespit edilmiştir. İş yerlerinde çölyak hastalarına uygun yemek verilme durumu sorulduğunda, uygun yemek temin edilenlerin oranı %10.7, yemek temin edilmeyip ödeme yapılanların oranı %15.9 iken; geri kalan %73.8'inin uygun yemek temini veya yemek ücreti temini olmadığı görülmüştür. Katılımcıların çölyak hastalığıyla ilgili yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanı 104.84 iken, iş yaşamında yalnızlık ölçeği toplam puanı 40.7 olarak hesaplanmıştır. Çölyak hastalarının yaşam kalitesi ölçeği puanları ile gelir durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Geliri giderinden fazla olan bireylerin yaşam kalitesi, geliri giderine eşit veya giderinden az olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, iş yerine yakın konumda uygun yemek temini olan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Meslek grupları ile iş yaşamında yaşanan yalnızlık puanları arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan post-hoc analizlerde doktorların, öğretmenler hariç diğer tüm gruplara göre iş yaşamında yaşanan yalnızlık puanlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Sonuçlar: Çalışmanın sonuçları, çölyak hastalarının yaşam kalitesinin gelir durumuyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Uygun yemeği temin edilen bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, çölyak, gluten enteropatisi, yaşam kalitesi

SS-14

Sigara Bıraktırma Polikliniğine Başvuran 15-19 Yaş Arası Bireylerin Sigara Bırakma Durumlarının Değerlendirilmesi

Güzin Zeren Öztürk[1] , **Saliha Büşra Aksu**[1] , Beray Gelmez Taş[1]

[1]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Çalışmamızda, sigara bırakma polikliniğine başvuran 15-19 yaş arasındaki bireylerin birinci ay sonunda sigarayı bırakma durumlarını ve bırakmayı etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamız tek merkezli, retrospektif ve tanımlayıcı özelliktedir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine bağlı Sigara Bırakma Polikliniğine Ocak 2019-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran katılımcıların dosyaları taransı. Ulaşılan 9424 dosya içerisinde 260 dosya 15-19 yaş arasındaki bireylere aitti. Eksik verilerin olduğu dosyaların çıkarılması ile çalışmaya 229 kişi dahil edildi. Sigara bırakma polikliniklerinde hastaların sosyo-demografik özellikleri ve sigara içme öyküleri alındıktan sonra Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ile sigara bağımlılıkları değerlendirilmektedir. Uygun tedavi yöntemleri seçildikten sonra hastalar takip eden birinci hafta, birinci ay ve altıncı ayda kontrol muayenesine davet edilmektedir. İstatistiksel değerlendirme için SPSS 25.0 paket programı kullanılmış ve $p<0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamız 229 kişinin verilerini içermektedir. İlk ayda tüm grubun bırakma oranı (n=18) %7,9'dur. 18 yaş ve altı grupta ilaçla bırakma başarı oranı %50 iken, 18 yaş ve üstü grupta bu oran %68,8'e yükselmiştir. Tüm grupta sigarayı bırakan ve bırakmayanların verileri arasındaki tek anlamlı ilişki, bırakan grupta daha düşük olan günlük sigara içme miktarıydı (p=0,011). FNBT'den 6'nın altında puan alan sigara içicilerinin sigarayı bırakma oranı anlamlı olarak daha yüksekti (p=0.039).

Sonuçlar: 15-19 yaş arası bireylerin sigara bırakma oranları yetişkinlere göre daha düşüktür ve çoğunlukla günlük sigara içme miktarı ve FNBT skorları ile ilişkilidir. Sigaraya başlama yaşının ilkokula kadar düştüğü bilinen bir gerçekken, çocukların sigara içme durumlarının doğru yorumlanması, erken tanı ve tedaviye olanak sağlanması ve ileriki yaşamda oluşabilecek sağlık harcamalarının önüne geçilmesi halk sağlığı politikaları açısından değerlidir.

Anahtar Kelimeler: adolesan, sigara, sigarayı bırakma, tütün kullanımı

SS-15

Erişkinlerde Aktif ve Pasif Sigara İçiciliğinin Covıd-19 Hastalığında Klinik Duruma Etkisi

Hatice Rumeysa Selvi[1] , Seçil Arıca[1] , Mücahit Göktaş[1]

[1]İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Amaç: Tütün kullanımı birçok solunum yolu hastalığına neden olarak akciğer sağlığı üzerine olumsuz etki etmektedir. Aktif ve pasif sigara içiciliği bakteriyel ve viral pnömomiler ile influenza gibi enfeksiyon hastalıklarının riskini artırmaktadır. COVID-19 ise temel olarak solunum sisteminin bir hastalığıdır ve bazı çalışmalar sigara içiciliğinin COVID-19 hastalık sıklığına, klinik durumuna, hastalığın ciddiyeti ve semptomlarına olumsuz etkileri olduğunu saptamıştır. Bu çalışmadaki amaç; Covıd-19 geçirmiş hastaların demografik verilerini, ek hastalıklarını, aktif ve pasif olarak sigara maruziyet durumlarını inceleyerek, hastaların ayaktan , serviste veya yoğun bakımda kalma gibi klinik durumları ve Covıd-19 hastalık semptom süreleri ile sigara maruziyet durumu arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Çalışma kesitsel, tanımlayıcı ve analitik niteliktedir. Çalışmaya İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18 yaş üstü Covıd-19 hastalığı geçirmiş 126 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların sosyodemografik bilgileri, sigara kullanım durumları, sigara dumanına maruziyet durumları, Covıd-19 hastalığı semptom süreleri ve tedavi şekillerine yönelik veriler toplam 25 sorudan oluşan anket ile yüz yüze anket uygulama yöntemi uygulanarak toplanmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 15.0 for Windows programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 48,6 idi ve %68.6 sı kadın cinsiyetteydi. % 52,6 sının ise kronik hastalığı mevcuttu. Hastaların %33,6'sı aktif sigara içicisi, %26,7 sı pasif içicisi ve %39,7 si hiç sigara içmeyen ve maruziyeti olmayan olgulardı. Katılımcıların %50.9 u Covıd-19 hastalığını ayaktan tedavi alarak, %24,1 i serviste yatarak tedavi alarak,%21,6 sı ise ayaktan tedavi almadan , % 3.4 ü ise yoğun bakımda geçirmişti. Aktif sigara içicilerinde Covid-19 hastalığını hastanede serviste tedavi alarak geçirme oranı pasif sigara içiciler ve hiç sigara içmeyen + maruziyeti olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti, ayaktan tedavi almadan geçiren hasta yoktu ($p<0,001$, $p<0,001$). Covıd-19 hastalığında ortalama iyileşme süresi, aktif sigara içicilerinde 12,6±4,9 gün; pasif sigara içicilerinde 9,5±3,4 gün ve hiç sigara içmeyen + maruziyeti olmayanların 7,7±3,3 gündü. Aktif sigara içicilerinde iyileşme süresi pasif sigara içiciler ve hiç sigara içmeyen + maruziyeti olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek ve pasif sigara içicilerinde hiç sigara içmeyen + maruziyeti olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p=0,008$ $p<0,001$ $p=0,003$). Sigara içme durumlarında boğaz ağrısı, göğüs ağrısı, üşüme titreme semptomları dışında diğer semptom günlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Aktif sigara içicilerinde öksürük, ateş, nefes darlığı, balgam, iştahsızlık, baş ağrısı semptomlarının günü pasif sigara içiciler ve hiç sigara içmeyen + maruziyeti olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. Aktif sigara içicilerinde Covid-19 sonrası şikayetlerden nefes darlığı, yorgunluk, yaygın eklem ağrısı oranları pasif sigara içiciler ve hiç sigara içmeyen + maruziyeti olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (sırası ile $p<0,001$ $p<0,001$ $p=0,001$ $p<0,001$ $p=0,035$ $p=0,005$ $p=0,030$ $p=0,007$).

Tablo1. Hastaların sosyodemografik özellikleri, kronik hastalıkları, hastalığı geçirme şekli ve hastalık sonrası şikayet durumları

	Toplam	Aktif sigara içicisi	Pasif sigara içicisi	Hiç sigara içmeyen + maruziyeti olmayan	
Semptom Günün	**Median (IQR)**	**Median (IQR)**	**Median (IQR)**	**Median (IQR)**	p*
Öksürük	10 (0-20)	20 (10-30)	7 (0-15)	3 (0-10)	**<0,001**
Ateş	2 (0-3)	3 (3-5)	0 (0-2)	1 (0-3)	**<0,001**
Nefes darlığı	0 (0-20)	20 (10-30)	0 (0-0)	0 (0-3)	**<0,001**
Balgam	0 (0-2,25)	10 (0-10)	0 (0-0)	0 (0-0)	**<0,001**
Koku alamama	0 (0-7)	0 (0-0)	0 (0-10)	3 (0-7,75)	**0,042**
Tat alamama	0 (0-7)	0 (0-0)	0 (0-10)	3 (0-7,75)	**0,042**
İştahsızlık	5 (3-7)	7 (5-10)	5 (4-7)	3 (3-5)	**<0,001**
Halsizlik	5 (3-10)	10 (4-10)	7 (5-7)	5 (3-5,5)	**0,001**
Boğaz ağrısı	5 (0,5-5)	5 (3-7)	3 (0-5)	5 (0-5)	0,184
Kas eklem ağrısı	3 (0-7)	7 (0-10)	3 (0-7)	1,5 (0-5)	**0,002**
Göğüs ağrısı	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,096
Baş ağrısı	0 (0-2,75)	0 (0-0)	0 (0-3)	0 (0-3)	**0,002**
Bulantı	0 (0-2)	0 (0-0)	1 (0-3)	0 (0-2)	**0,042**
Kusma	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-2)	0 (0-0)	**0,026**
İshal	0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-3)	0 (0-0)	**0,039**
Üşüme titreme	0 (0-0)	0 (0-2)	0 (0-2)	0 (0-0)	0,097

*Kruskal Wallis testi

Sonuçlar: Bu çalışmada; aktif ve pasif sigara içiciliğinin semptom ve hastalık iyileşme süresine , hastalığın tedavi şekline ve hastalık sonrası şikayetlerin devamı durumuna negatif yönde etki ederek Covıd-19 kliniğine anlamlı bir etkisi olabileceği saptanmıştır. Sonuç olarak; Covıd-19 gibi akciğer ve üst solunum yolu enfeksiyonları ile mücadelede sigarayı bıraktırmanın ve %100 dumansız hava alanı sağlayarak pasif içiciliği önlemenin büyük önem taşıdığı görülmüştür. Halk tütün ve tütün ürünlerinin olumsz etkileri hakkında bilinçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, hastalık ciddiyeti, sigara içiciliği

SS-16

Hekimler Afete Ne Kadar Hazır?

Ecem Güneş[1] , Seda Özmen Sever[1] , Güzin Zeren Öztürk[1]

[1]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Türkiye jeolojik, jeomorfolojik yapısı ve hidrometeorolojik özellikleri nedeniyle doğal afetlere karşı sürekli bir tehlike içindedir. Bu nedenle ülkemizin bulunduğu coğrafya afet ve acil durumlara hazırlıklı olmayı gerektirmektedir. Olası bir afet durumunda mücadelenin en önünde bulunacak olan hekimlerimizin afete hazır bulunuşluğu önem teşkil etmektedir. Bu çalışmada hekimlerin afete ne kadar hazır olduğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan hekimler dahil edilmiş olup katılımcılara 20 soruluk veri formu online anket yöntemi ile uygulanmıştır. Anket formunda katılımcıların geçmiş doğal afet tecrübeleri ve eğitimleri ile doğal afetlere karşı aldıkları önlemler sorgulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS 25.0 programı kullanılarak uygun analizler yapılmış, p≤0,05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 94 kişi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 31,95 (min:22, max:59) idi ve %51,1 (n:48) ile kadınları çoğunluğu oluşturmaktaydı. Katılımcılar arasında çocuğu olan 25 kişi (%26,6) mevcuttu ve evde yaşadıkları kişi sayıları ortalama 2,69 (min:1, max:10) idi. 22 kişi daha öce herhangi bir afet yaşamadığını belirtirken afet yaşadığını belirten 72 kişinin tamamı deprem,4'ü (%4,3) sel, 3'ü (%3,2) yangın yaşamıştı. Daha önce afetlere yönelik eğitim aldığını belirten 38 kişi (%40,4), herhangi bir afet sonrası afet bölgesinde çalışan 31 kişi (%33) mevcuttu. Katılımcılar arasında evinde afetlere karşı yeterince önlem aldığını düşünen 10 kişi (%10,6), evinde daha önce doğal afet tatbikatı yapan 9 kişi (%9,6) ve evinde deprem çantası bulunduran 26 kişi (%27,7) mevcuttu. Olası bir afet durumunda kendini hazır hisseden 6 kişi (%6,4) varken, 86 kişi (%91,5) olası bir afet durumunda çevre şartlarının hazır olmadığını düşünüyordu. 62 kişinin (%66) çalıştığı yerdeki afet planı hakkında herhangi bir bilgisi yoktu ve 42 kişi (%44,7) ev/iş yeri çevresindeki doğal afet toplanma yerlerini biliyordu. Daha önce herhangi bir afet yaşama durumu ile afete karşı evinin sigortalı olması, evinde deprem çantası bulundurma ve evde afetlere karşı yeterince önlem alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla p=0,156, p=0,555, p=0,236). Ancak daha önce herhangi bir afet yaşayan kişiler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla iş yerlerinin eylem planı hakkında bilgi sahibiydi (p=0,003). Katılımcılar arasında çocuğu olan kişilerin evi istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha fazla sigortalıydı (p=0,029). Ancak çocuğu olma durumu ile daha önce evde doğal afet tatbikatı yapma, evde deprem çantası bulundurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (sırasıyla p=0,436, p=0,633).

Sonuçlar: Hekimlerin daha önce afet geçirmiş olmasına ve herhangi bir afet durumunda kendini hazır hissetmemesine rağmen afete hazır olmadığı gözlenmektedir. İş yerlerinin afet eylem planları hakkında daha fazla bilgili olsalar da evleri için yeterince önlem almadıkları saptanmıştır. Toplumu bilinçlendirmek ve olası can kayıplarını önleyebilmek adına hekimlerin de doğal afetler konusunda eğitimi desteklenebilir.

Anahtar Kelimeler: bilgi düzeyi, deprem, Doğal afet, hekim

SS-17

Covid-19 Pandemisi Sırasında Doğum Yapan Gebelerin Postpartum Depresyon Risklerinin Değerlendirilmesi

Seda Özmen Sever[1] , İlknur Demir[1]

[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı pandemi döneminde doğum yapan gebelerin postpartum depresyon (PPD) risk durumlarını ve bunu etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya 10 Mart-15 Mayıs 2020 tarihleri arasında 36. haftadan sonra doğum yapan anneler dahil edilmiştir. Tüm annelerin sosyodemografik verilerini, doğum bilgilerini ve Edinburgh postpartum depresyon ölçeğini (EPDS) sorgulayan bir bilgi formu telefon görüşmesi yoluyla uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 642 katılımcı dahil edilmiş olup, EPDS puan ortalaması 5.97 ± 4.55 idi. Katılımcıların 93'ü (%14,5) depresyona yatkın bulunmuştu. Depresyon açısından riskli ve riskli olmayan olarak iki gruba ayırdığımızda; EPDS grupları arasında eğitim, çalışma durumu, gelir durumu ve aile tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştı (sırasıyla p = 0.002, p = 0.002, p = 0.022, p = 0.044). Kısa süreli psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar, sezaryenle doğum yapanlar, erken doğum yapanlar ve bebeğin bakımı için kendini yetersiz hissedenler istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla daha yüksek depresyon riskine sahipti (sırasıyla p = 0,004, p = 0,002, p=0,004, p=0,020, p =0,000).

Sonuçlar: Pandeminin PPD riskini artırdığını düşünüyoruz. Bu nedenle pandemi süresince birinci basamak sağlık takiplerinin aksatılmaması ve yüksek riskli bireylerle telefon/online görüntülü görüşme yoluyla iletişime geçilerek EPDS uygulanması ya da psikolojik veya psikiyatrik destek sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, postpartum depresyon, pregnancy

SS-18

Erişkin Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Begüm Yıldırım Erence[1] , Rümeysa Nur Çetinkaya[1] , Nilay Çom Aybal[1] , Feyzanur Erdem[1] , Seçil Arıca[1]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Günümüzde önemi giderek artan sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı kavramları birbirleriyle yakından ilişkili olup birbirlerinin gelişimini etkilemektedirler. Çalışmamızda bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri ile bunların sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Şişli Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş üzeri 290 bireye yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır. Anketimiz katılımcıların 12 soruluk sosyodemografik bilgileri, 25 soruluk Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve 21 soruluk Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinden oluşan toplam 58 sorudan oluşmaktadır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinden alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi artmaktadır. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği için 35 puan ve üzeri alanların akılcı ilaç kullanımı düzeyi yeterli olarak değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 25 programı kullanılarak analiz edilmiş ve $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 290 kişi katılmış olup yaş ortalaması 43,86±14,46 yıl idi. Katılımcıların %51,38'i (n=149) 18-45 yaş aralığında idi. Katılımcıların %63,79'u (n=185) kadın, %69,31'i (n=201) evli, %43,45'i (n=126) üniversite mezunu idi. Katılımcıların %27,93'ü (n=81) ev hanımı, %19,66'sı (n=57) memur olarak çalışmaktaydı ve %48,97'sinin (n=142) geliri giderine eşitti. Kronik hastalığa sahip olanlar tüm katılımcıların %51,03'ünü (n=148) oluşturmaktaydı. Katılımcıların %52,41'i (n=152) sürekli bir ilaç kullanmaktaydı. Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinden alınan puanların yaş arttıkça azaldığı görüldü. Çalışmamızda eğitim seviyesi ve gelir durumu yüksek olanların, bekarların, öğrenci veya memur olanların, kronik hastalığa sahip olmayan ve sürekli kullanılan ilacı bulunmayanların Sağlık Okuryazarlık Ölçeği ve Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Cinsiyetin ise her iki ölçek puanı ile istatistiksel anlamlı ilişkisi bulunmamıştır.

Sonuçlar: Çalışmamız sonucunda katılımcılardan üniversite mezunu olanların, kronik hastalığa sahip olmayanların, gençlerin ve gelir düzeyi yüksek olanların sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeyleri daha yüksek saptandı.

Anahtar Kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık okuryazarlığı

SS-19

Covid-19 Pandemisi Öncesi ve Sonrasında Aile Hekimliği Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Ayşe Okuducu[1] , Memet Taşkın Egici[1] , Özge Börklü Doğan[1] , Akın Dayan[1] , Işık Gönenç[1] , Emine Zeynep Tuzcular Vural[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune EAH

Amaç: Ülkemizdeki ilk Covid-19 vakası Mart 2020'de görülmüş, ilk kısmi kapanma başlamış, Temmuz 2021'de ise yasaklar kalkmıştır. (1,2) Pandemi toplumları çok yönlü etkileyen önemli bir durumdur. Aile hekimliğinde, kişiye sağlıkta ve hastalıkta sürekli hizmet sunan, tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı koordine edici bir hizmet verilir. (3) Pandemi döneminde başvuru sayıları, muayene sayıları ve dağılımlarında çeşitli değişikliklerin olduğu görülmüştür. (4) Çalışmamızda;Covid-19 pandemisinin, aile hekimliği kliniği bünyesinde hizmet veren aile hekimliği, sigara bırakma ve aşı polikliniğine başvurulara etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Retrospektif tanımlayıcı tipteki çalışmanın verileri,2018Ocak-2023Temmuz tarihleri arasında SBÜ Haydarpaşa Numune EAH Aile hekimliği polikliniği, Sigara Bırakma Polikliniği başvuru kayıtları ve Aşı Takip Sistemi taranarak elde edilmiştir.2018Ocak-2020Şubat tarihleri arası Pandemi Öncesi Dönem;2020Mart-2021Haziran tarihleri arası Pandemi Dönemi;2021Temmuz-2023Temmuz tarihleri arası Pandemi Sonrası Dönem olarak belirlenmiştir. Her dönem için aylık ortalama değerler hesaplanmıştır. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 programı kullanılmıştır. One-Way ANOVA testine ve Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine de başvurulmuştur. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Pandemi öncesinde aile hekimliğine ortalama başvuru sayısı 4407.50±641.76,pandemi dönemi aile hekimliğine ortalama başvuru sayısı 1258.69±505.74,pandemi sonrası dönemde aile hekimliğine ortalama başvuru sayısı 1972.04±471.89'dir(Şekil-1).Gruplar arasında aile hekimliğine başvuru sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir($F=200.674$,$p<0.001$)(Tablo-1).Aile hekimliğine başvuru sayıları pandemi dönemi ve pandemi sonrası dönemde pandemi öncesi döneme göre oldukça düşüktür($p<0.001$)(Tablo-2).Pandemi öncesinde sigara bırakma polikliniğine ortalama başvuru sayısı 230.45±121.16,pandemi dönemi sigara bırakma polikliniğine ortalama başvuru sayısı 127.00±80.21,pandemi sonrası sigara bırakma polikliniğine ortalama başvuru sayısı 193.48±59.01'dir.Gruplar arasında sigara bırakma polikliniğine başvuru sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir($x^2=9.492$, $p=0.009$)(Tablo-3).Sigara bırakma polikliniğine başvuru sayıları bakımından grupların ikili karşılaştırmalarında pandemi öncesi dönemde sigara bırakma polikliniği başvuru sayıları pandemi dönemine göre yüksektir ($p=0.007$)(Tablo-4).Sigara bırakma polikliniğine başvurular pandemi başlangıcından önceki son üç ayda en yüksek seviyelere çıkmış, pandemiyle birlikte (kapanma olduğu dönemlerde 3 ay başvuru olmamıştır)azalmış, pandemi sonrası dönemde tekrar artış olmuştur. KPA-13 aşılaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($x^2=1.025$,$p=0.599$)(Tablo-5).Pandemi döneminde aşı başvuru sayıları dalgalanmalı seyretmiş olup, tam kapanma döneminde hiç aşı başvurusu olmadığı halde covid-19 aşılaması başlamadan önceki dönemde önemli bir artış göstermiştir.

Tablo-1. Gruplara göre Aile Hekimliğine Başvuru Sayılarının Karşılaştırılması

	Pandemi Öncesi	Pandemi Dönemi	Pandemi Sonrası	Test İstatistiği	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	p
	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)		
Aile Hekimliğine Başvuru Sayısı	4407.50±641.76	1258.69±505.74	1972.04±471.89	F=200.674	<0.001
	4497.5 (2960-5459)	1162.5 (419-2538)	2030.0 (1065-2805)		

F:One-Way ANOVA Test İstatistiği

Tablo-2. Gruplar arası Aile Hekimliğine Başvuru Sayıları İkili Karşılaştırmaları

Aile Hekimliğine Başvuru Sayısı	p
Pandemi öncesi—Pandemi dönemi	<0.001
Pandemi öncesi—Pandemi sonrası	<0.001
Pandemi dönemi—Pandemi sonrası	<0.001

Tablo-3. Gruplara göre Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru Sayılarının Karşılaştırılması

	Pandemi Öncesi	Pandemi Dönemi	Pandemi Sonrası	Test İstatistiği	
	Ort±SS Medyan (Min-Maks)	Ort±SS Medyan (Min-Maks)	Ort±SS Medyan (Min-Maks)	χ^2	p
Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru Sayısı	230.45±121.16 240.0 (37-467)	127.00±80.21 150.0 (0-225)	193.48±59.01 186.0 (94-352)	χ^2=9.492	0.009

χ^2=Kruskal Wallis Test İstatistiği

Tablo-4. Gruplar arası Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru Sayıları İkili Karşılaştırmaları

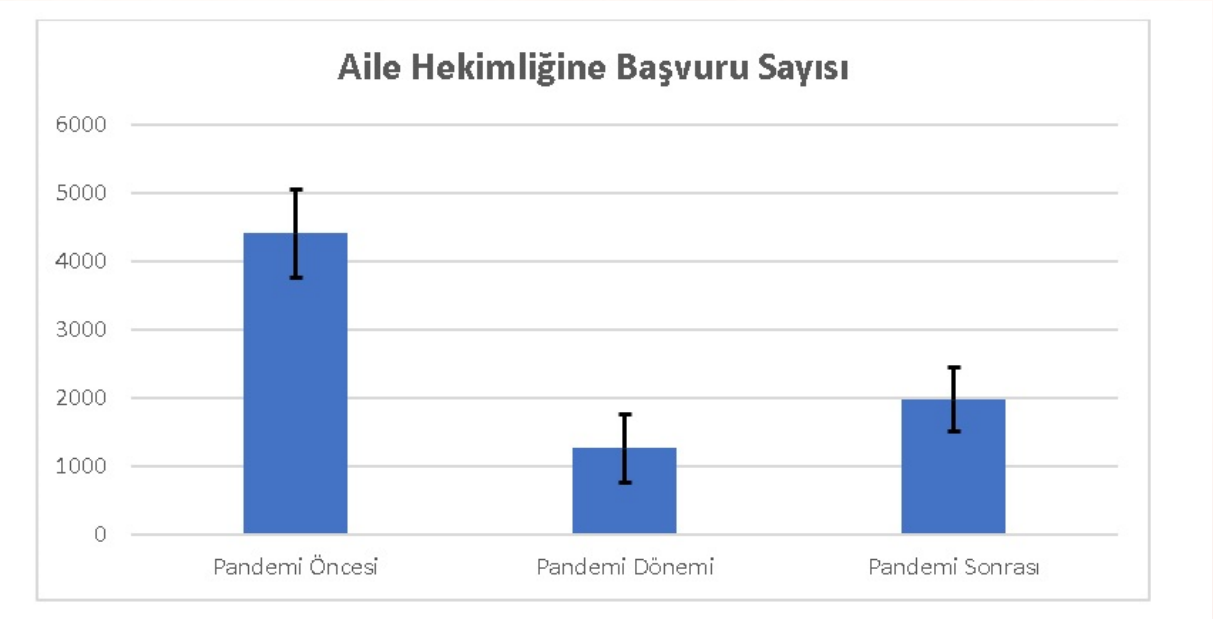
Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuru Sayısı	p
Pandemi öncesi—Pandemi dönemi	0.007
Pandemi öncesi—Pandemi sonrası	0.886
Pandemi dönemi—Pandemi sonrası	0.089

Tablo-5. Gruplara göre KPA-13 Aşılama Sayılarının Karşılaştırılması

	Pandemi Öncesi	Pandemi Dönemi	Pandemi Sonrası	Test İstatistiği	
	Ort±SS Medyan (Min-Maks)	Ort±SS Medyan (Min-Maks)	Ort±SS Medyan (Min-Maks)	χ^2	p
KPA-13 Aşı Sayısı	23.15±16.75 19.0 (6-87)	58.88±86.75 18.0 (0-328)	22.56±19.99 16.0 (6-91)	χ^2=1.025	0.599

χ^2=Kruskal Wallis Test İstatistiği

Şekil-1. Aile Hekimliğine Ortalama Aylık Başvuru Sayılarının Gruplara Göre Dağılımı



Sonuçlar: Kişilere bütüncül ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan, farklı sağlık hizmet talepleriyle karşı karşıya olan aile hekimliği polikliniğinde, başvurular pandemi sonrasında pandemi dönemine göre artmış olsa da pandemi öncesi döneme ulaşmamıştır.KPA-13 aşı başvurularında dönemler arası anlamlı fark tespit edilmese de pandemi döneminde covid-19 aşısı bulunmadan önceki aylarda başvuru artmıştır. Erişkin bağışıklama kapsamında özellikle salgın dönemlerinde ve mutlaka salgın dışında da hastalara risk değerlendirmesi yapılarak bağışıklama zinciri devam ettirilmelidir. Kapsamlı bakımın aksamaması adına hastalara gerekli bilgilendirmelerin ve yönlendirmelerin yapılması gerekmektedir. Sigara bırakma davranışının arttırılması için özellikle salgın dönemlerinde psiko-sosyal müdahale destek sistemlerinin geliştirilmesi önerilmektedir. Daha kapsamlı araştırmalar hizmet planlaması açısından yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Aşılama, Covid-19 pandemisi, Hasta başvurusu, Sigara bırakma polikliniği

SS-20

Türkiye'de Aile Hekimliği Pratiğinde Kanıta Dayalı Tıp: Bilgi, Tutum ve Uygulamalar

Elif Gülsüm Parlak[1] , Nilay Çom Aybal[1] , Anıl Kanmaz[1] , Begüm Yıldırım Erence[1] , Feyzanur Erdem[1] , Seçil Arıca[1]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Türkiye'de görev yapmakta olan aile hekimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutum düzeyini araştırmak, bilgi arama davranışlarını incelemek ve önündeki engelleri araştırmaktır.

Yöntem: Araştırmamız kesitsel gözlemsel bir araştırma olup, araştırma evreni Türkiye'de görev yapmakta olan aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık öğrencileridir. Örneklem seçiminde kolaylaştırılmış örneklem metodu uygulanmış olup, toplamda 165 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan 20 soruluk bir anket ve kanıta dayalı uygulama tutum ölçeği, gönüllü onam formu alındıktan sonra uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 25 programıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan hekimlerin yaş ortalaması 33.26 yıldı ve %53.9,'u kadındı. Katılımcıların yaklaşık yarısı 1. basamak sağlık kuruluşunda çalışmaktaydı (%55.2). Katılımcıların en sık kullandığı veri tabanı sorgulandığında, %48.1 oranında PUBMED, 2.sırada %37.7 oranında UPTODATE kullanılmaktaydı. Katılımcıların günlük pratikte baktıkları ortalama sayısı 53 iken, hastanın klinik durumuyla ilgili net karar verememe durumunda başvurduğunuz kaynaklar nelerdir diye sorulduğunda; katılımcıların %83.1'i meslektaşına danıştığını, %57.1'i arama motorlarına danıştığını, %38.9'u tıp kitaplarından faydalandığını, %42.2'si ise tıbbi kılavuzlardan faydalandığını belirtmişlerdir. Katılımcıların reçeteleme yaparken uyarıları okuma sıklığı sorgulandığında en sık verilen cevap "bazen okurum" oldu (%55.8). HYP uygulamasında çıkan otomatik uyarıları okuma sıklığı %51.9'du.Kanıta dayalı tıp tutum ölçeği ortalama puanı 37.37 iken; gereksinimler alt boyut puanı 5.74, ilgisini çekme alt boyut puanı 10.57, yeniliğe açıklık 9.32, ayrışma alt boyutu ortalama puanı 11.72 olarak saptandı. Cinsiyet, çalışılan bölge, unvan, en sık kullanılan veri tabanı, HYP uygulaması yaparken otomatik çıkan uyarıları okuma ve en sık başvurulan veri kaynağı ile alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).Tez dışı makalesi olma durumu ile yeniliğe açıklık alt ölçek puanı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0.002$). Reçeteleme yaparken çıkan otomatik uyarıları okuma sıklığı ile yeniliğe açıklık alt boyut puanı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0.005$). Gruplar arası anlamlılık için Games-Howell ile post-hoc analiz yapıldı. Her reçetelemede okurum diyen hekimlerin yeniliğe açıklık alt boyut puanları (10.68±3.79) , bazen okurum (8.86±3.41) ve hiç okumam (8.05±2.64) diyen hekimlerin yeniliğe açıklık alt boyut puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı ($p=0.019$, $p=0.005$). Katılımcılara sizce kanıta dayalı tıp uygulamalarının önündeki engeller nelerdir diye sorulduğunda; hekimlerin %67.5'i zaman yetersizliği, %56.4'ü Türkçe kaynak yetersizliği, %56.4'ü kaynaklara nasıl erişileceğini bilemediğini, %50.6'sı ise kanıta dayalı tıp eğitiminin eksikliği olduğunu söylemiştir.

Sonuçlar: Çalışmamız sonucunda en sık kullanılan kanıta dayalı tıp veri tabanı PUBMED olarak bulunmuş olup, tez dışı bilimsel araştırması olan kişilerde yeniliğe açık olma durumu daha çok görülmüştür. Cinsiyet, çalışılan bölge, unvan, en sık kullanılan veri tabanı, HYP uygulaması yaparken otomatik çıkan uyarıları okuma ve en sık başvurulan veri kaynağı ile kanıta dayalı tıp uygulamaları tutumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, kanıta dayalı tıp

SS-21

Aile Hekimleri Açısından İş Yeri Hekimliği ve Periyodik Muayene

Uğur ALFATLI[2] , **Tuğba BODUR**[1] , Hüseyin CAN[3]

[1]Siirt Şirvan İlçe Devlet Hastanesi
[2]Özel Muayenehane, İşyeri Hekimi, İzmir
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Manisa

Amaç: 2012 yılında mevzuata giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu sonrası ülkemizde iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin köklü değişimler yapılmıştır. Kanunun 6 ve 7 inci maddeleri ile işyerlerine işyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı ve diğer sağlık personeli çalıştırma yükümlülüğü getirilmiştir. Söz konusu bu yasal hükümler ile ciddi bir işyeri hekimi talebi ortaya çıkmıştır. Bu ihtiyaca binayen, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve yöneticilik görevi bulunmayan tabipler ile aile hekimlerinin çalışma saatleri dışında ve kurumlarının izniyle aylık otuz (30) saati geçmemek üzere işyeri hekimliği yapabilmesine imkân verilmiştir. Bu şekilde çalışacak olan tabiplerde, işyeri hekimliği eğitimi alma ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca verilmiş bir işyeri hekimliği belgesine sahip olma şartları aranmaktadır. Çalışmamızda İş Yeri Hekimliği yapacak olan Aile Hekimliği Uzmanlarına yol göstermek ve dikkat etmesi gereken konularda bilgi edinilmesi adına çıkarımlarda bulunulacaktır.

Yöntem: Retrospektif olarak planlanan çalışmanın verileri, 31 Temmuz 2023- 3 Ağustos 2023 tarihlerinde toplanmıştır. İlgili kişilerin dosyalarında kişilerin odyometri, göz muayenesi, solunum fonksiyon testi ve akciğer filmi değerlendirmesi gibi taramalara bağlı özellikler kaydedilmiştir.

Bulgular: 61 kişiden elde edilen verilere göre 6 kişide sağ veya sol ya da her iki kulakta işitme kaybı teşhis edilmiş olup sevki düzenlenmiştir. Göz muayenesinde 4 kişide miyop, 1 kişide hem miyop hem astigmat, 8 kişide astigmat ve presbiyopi, 2 kişide hem presbiyopi hem astigmat bulunmuştur. 5 kişinin solunum fonksiyon testi uygun üfleme tekniğine adapte olamadığı için değerlendirilememiştir. 2 kişinin akciğer filminde bulguları olup çalışmasına engel değildir şeklinde yorumlanmıştır.

Sonuçlar: İş yeri hekimleri çalıştıkları kurumda rehberlik, ilgili birimlerle iş birliği, bilgilendirme, sağlık gözetimi ve risk değerlendirmesi yapmak durumundadır. İşe giriş sırasında ve çalışma süresi boyunca çalışanlar için yapılacak sağlık taramaları hem çalışanın sağlık durumunun takibini etkin biçimde yapmak hem de iş verimliliğini arttırmak açısından çok önemlidir. Az tehlikeli sınıftaki işyerlerinde en geç beş yılda bir, tehlikeli sınıftaki işyerlerinde en geç üç yılda bir, çok tehlikeli sınıftaki işyerlerinde en geç yılda bir defa olmak üzere periyodik muayene tekrarlanır. Bu muayeneler sonucu kişilerde meslek hastalığı oluşup oluşmadığı ya da riskin var olup olmadığına dair bilgiler edinilebilir. Bulgular çalışma ön verileri olup, etik kurul alındıktan sonra veri toplanmaya devam edilecektir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, iş sağlığı, iş yeri hekimliği, periyodik muayene

SS-22

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Siberkondri Düzeyinin Hekim Algısı ve E-sağlık Okuryazarlığı ile ilişkisinin İncelenmesi

Çağla İlbay[1] , Sebahat Gücük[1]

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Sağlık anksiyetesine bağlı olarak internette olumsuz sağlık araştırmalarını açıklamak için kullanılan siberkondri terimi, internet kullanımının artmasıyla önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Resmi olmayan sitelerden yapılan aramalar kişilerin sağlıklarıyla ilgili yanlış yönlenmelerine sebep olmakta ve bu noktada e-sağlık okur yazarlığı önem taşımaktadır. Ayrıca hasta sorularına hekim tarafından tatmin edici yanıtlar bulamazsa internete yönelebilmektedir. Bu düşüncelerden yola çıkarak e-sağlık okuryazarlığı ve hastalardaki hekim algısının siberkondri üzerindeki etkisini ve bu değişkenlerin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

siberkondri



Yöntem: Bu araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte olup, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine 10.05.2023-10.08.2023 tarihleri arasında başvurmuş 218 hasta üzerinde yapılmıştır. Sosyodemografik bilgiler, siberkondri ciddiyet ölçeği kısa formu (css-12), Heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama ölçeği ve e-sağlık okur yazarlığı ölçeği kullanılarak hazırlanmış anket formu yüz yüze uygulanmıştır. Verilerin analizi SPSS 24.0 ile yapılmış, sonuçlar %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %27,1'i 25 yaş ve altında, %56,9'u lisans mezunuydu. Günlük internette geçirilen süre %39,4'ünde 2 saatin altındaydı. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ortalama puanı 28,22±8,55(min:12-max:53) ,E-sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ortalama puanı 24,73±9,33 (min:8-max:40) olarak saptandı. Siberkondri ciddiyet ölçeği alt boyutu olan Aşırılık, 25 yaş ve altında en yüksek ortalamaya (10,27) sahipti. E-sağlık okuryazarlığı, 25 yaş ve altında en yüksek ortalamaya (27,12) sahipti. E-Sağlık Okuryazarlığı kadınlarda en yüksek ortalamaya (26,79) sahipti. Siberkondri Ciddiyet düzeyi evlilerde en yüksek ortalamaya (29,32) sahipti.E-sağlık okuryazarlığı lisans mezunlarında en yüksek ortalamaya(26,23) ,Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği puanları ilkokul ve lise mezunlarında en yüksek ortalamaya(2,01) sahipti. İnternette geçirilen süre arttıkça siberkondri ciddiyet

ölçeği ve e-sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı da artmaktaydı, Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği puanları ise azalmaktaydı. E-Sağlık okuryazarlığının siberkondri ciddiyet düzeyi üzerinde pozitif yönde etkili olduğu(p=0,000), Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama değişkeninin Siberkondri Ciddiyet düzeyi üzerinde anlamlı etkisi olmadığı saptandı(p>0,05).

Eğitim durumu ile e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki

Eğitim Durumu		n	X	ss F	Anova P	
E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	İlkokul ya da Lise	48	21,13	10,18	**5,430**	**0,005***
	Ön lisans	46	24,43	8,15		
	Lisans	124	26,23	9,07		

e-sağlık okuryazarlığının siberkondri üzerindeki etkisi

Bağımlı	Bağımsız	Beta	t	p	R2	F	
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	E-Sağlık okuryazarlığı ölçeği	0,334	5,238	**0,000**	0,112	27,438	

Heybet-hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama düzeyinin siberkondri ciddiyet düzeyi üzerine etkisi

Bağımlı	Bağımsız	Beta	t	p	R2	F	
Siberkondri Ciddiyet Ölçeği	Heybet-Hekim İlişkili Sağlık Hizmeti Algılama Ölçeği	-0,064	-0,937	**0,350**	0,004	0,878	

Sonuçlar: Çalışmamızda siberkondri düzeyinin yaş, medeni durum, internet kullanım süresi, e-sağlık okur yazarlığı düzeyi gibi faktörlerden etkilendiği sonucuna varılmıştır. E-Sağlık okuryazarlığının siberkondri ciddiyet düzeyi üzerinde pozitif yöndeki etkisi, e-sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde internet kullanımının fazla olmasıyla açıklanmıştır. Bu durum siberkondrinin dikkatle incelenmesi ve özellikle hekimler tarafından bilgi sahibi olunması gereken bir konu olduğunu göstermektedir. Aile hekimleri; sıklıkla siberkondriyak bireylerin ilk başvuru basamağı olmaktadır. Bu durumda hasta ile iş birliği içinde olmak, internet üzerinden yanlış bilgilere ulaşabileceğini hatırlatarak güven vermek faydalı olacaktır. Böylece hastanın gereksiz sağlık kuruluşu başvurularının önüne geçerek gereksiz sağlık harcamaları azaltılabilecektir. Günümüzde; hastaların da kendi hastalıklarıyla ilgili sorumlulukları alması, tedavi süreçlerine etkin bir şekilde katılması ancak güçlü bir e-sağlık okuryazarlığı düzeyiyle mümkündür. Eğitim düzeyi yüksek bireylerde e-sağlık okuryazarlığı seviyesinin yüksek olması, halkın eğitim düzeyini arttıracak politikalara önem vermemiz gerektiğini de göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, e-sağlık okuryazarlığı, hastalarda hekim algısı, siberkondri

SS-23

Boğaz ve Yanak Ağrısı Şikâyeti ile Başvuran Hastada Akut İnferior Miyokard İnfarktüsü-Olgu Sunumu

Merve Deniz[1] , İrem Yaren Baş[1] , Öykü Sağıroğlu[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Amaç: Giriş: Günümüzde üst solunum yolu semptomlarından olan boğaz ağrısı erişkin ve çocuk polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biridir. Boğaz ve yanak ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda ilk aklımıza gelen tanılar Tonsillit, farenjit ve nazofarenjit, parotit, tanıları olmaktadır. (1,2)Akut miyokard enfarktüsü tanısını koymak tipik belirti ve bulgular mevcut değil ise zor olabilir. Özgül kliniği olmayan 40 yaşın üzerindeki tüm hipertansif hastalarda EKG, akut koroner sendrom tanısının atlanmamasına yardımcı olacaktır. (3) Hipertansiyon, dislipidemiler. Aile hikayesi, sigara kullanımı, diyabet, yaş ve hormonal anomaliler gibi risk faktörleri tanı için çok yardımcıdır.(4,5)

Yöntem: Olgu sunumu

Bulgular: 67 yaş erkek hasta sabah saat 05.00'ten beri olan yaklaşık 10 saat süren yanak ve boğaz ağrısı şikâyeti ile acil servis yeşil alan polikliniğine başvurdu. Şikâyeti üç doz analjeziğe rağmen gerilememiş olup ateş, öksürük, nefes darlığı, çarpıntı veya başka bir şikayeti olmadığını belirtti. Yakın zamanlı enfeksiyon öyküsü bulunmadığını dile getiren hastaya göğüs ağrısı sorulduğunda sabah biraz ağrısı olduğunu 15-20 dakika sürdüğünü asıl şikayetinin yanak ve boğazındaki şiddetli ağrı olduğunu ifade etmiştir. Hastanın özgeçmişinde sadece hipotiroidi olup levotiron kullanmaktadır. Sigara kullanımı mevcut olan hastanın muayenesinde tansiyon:125/82, nabız:80 saptandı. Genel durumu iyi olup ayaktan başvuran hastada sıkıntı hissi mevcut idi. Fizik muayenesi olağan saptanan hasta için EKG planlandı. Çekilen EKG'de D2, D3, ve AVF derivasyonlarında 2-3 mm ST elevasyonu mevcut idi. İnferior miyokard infarktüsü tanısıyla hasta acil serviste monitörize gözlem birimine çekilerek 300 mg aspirin tedavisi ile birlikte koroner anjiyografisi planlandı.

Sonuçlar: Tartışma: Boyun bölgesindeki ağrılar servikal omurga ve çevreleyen kas ve nörovasküler yapılardan köken alabileceği gibi diğer organların boyuna yansıyan ağrıları da söz konusu olabilir. Boyun bölgesinde ağrı ile prezente olan birtakım hastalıklara acil müdahale gereklidir: Miyokard enfarktüsü ve aort diseksiyonu gibi durumlarda ağrı boynun anteriorunda, boğaz ve dilde ortaya çıkar ve boyun hareketleri kısıtlanmamıştır, enfeksiyon ya da subaraknoid kanama gibi hallerde ise meninks iritasyonu sonucu ense sertliği mevcuttur (3,4). Aile hekimine sık başvuru nedenlerinden biri olan boğaz ağrısı şikâyeti bize en sık üst solunum yolu enfeksiyonlarını düşündürür. Oysa bu hastamızda olduğu gibi anamnezi derinleştirdiğimizde göğüs ağrısı sorgulanması ve hastada sıkıntı hissi bulunması akut koroner sendromlar açısından uyarıcı olabilir. 40 yaş üzeri hastalarda kronik hastalığı olanlarda ön planda olmak üzere EKG çekilmesi akut miyokard infarktüsü gibi hastalıkların tanısını koymada gereklidir. Bu gruptaki hastalardaki artmış mortalite ve morbidite genellikle tanıdaki gecikmeden kaynaklanır.(6)

Anahtar Kelimeler: boğaz ağrısı, miyokard infarktüsü, yanak ağrısı

SS-24

Haydarpaşa Numune EAH Polikliniğine Başvuran 18-65 Yaş Arası Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Düzeyi ile Etki Eden Faktörler

İrem Kahveci[1] , Emine Zeynep Tuzcular[1] , Işık Gönenç[1] , Memet Taşkın Egici[1]

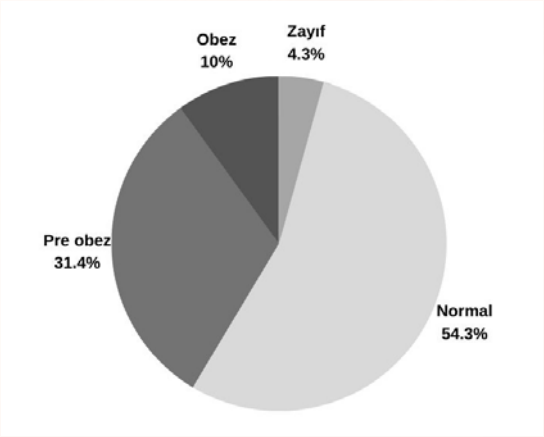
[1]SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Amaç: Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. Beslenme okuryazarlığı (BOY) bireylerin uygun beslenme kararlarını verebilmek için gerekli beslenme bilgi ve becerilerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada beslenme okuryazarlığına etki edebilecek sosyodemografik özellikler ve beden kitle indeksi (BKİ) gibi faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma kesitsel, prospektif nitelikte olup çalışmanın verileri Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi aile hekimliğine bir aylık süreçte başvuran 18-65 yaş arası gönüllü yetişkinden yüzyüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Katılımcılara birinci kısımda sosyodemografik özellerine yönelik, ikinci kısımda ise 35 sorudan oluşan 'Yetişkinlerde Beslenme Okuryazarlığı Değerlendirme Aracı'ndan (YBOYDA) sorular sorulmuştur. Elde edilen veriler SPSS versiyon 21 yazılımı ile analiz edilmiştir. İstatiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan toplam 70 bireylerin %57,1'i (n=40) 18-34 yaş grubunda, %20'si (n=14) 35-54 yaş grubunda, %22,9'u (n=16) 55-65 yaş grubundadır. Bireylerin %50'si (n=35) kadın, %50'si (n=35) erkektir. Katılımcıların %70'i (n=49) bekar, %30'u (n=21) evlidir. Eğitim durumuna baktığımızda bireylerin %17,1'i (n=12) ilk/ortaöğretim, %28,6'sı (n=20) lise, %48,6'sı (n=34) lisans, %5,7'si (n=4) lisansüstü mezunu olup, %55,7'si (n=39) çalışmakta, %21,4'ü (n=15) öğrenci, %22,9'u (n=16) çalışmamaktadır. Gelir durumları dağılımında bireylerin %35,7'sinin (n=25) asgari ücret altı, %18,6'sının (n=13) asgari ücret, %45,7'sinin (n=32) asgari ücret üstü geliri olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan 30 birey (%42,9), sigara kullanan 35 birey (%50), alkol kullanan 26(%37,11) birey, beslenme eğitimi alan 17 birey (%24,3) bulunmaktadır. Bireylerin BKİ ortalamasının 24,62±4,15 kg/m2 olduğu belirlenmiştir. BKİ sınıflamasına göre bireylerin %4,3'ü (n=3) zayıf, %54,3'ü (n=38) normal, %31,4'ü (n=22) pre- obez, %10'u (n=7) obezdir. Beslenme okuryazarlık puanı ortalaması 27,24±3,84 olup beslenme okuryazarlık sınıflamasına göre bireylerin %31,4'ünün (n=22) sınırda, %68,6'sının (n=48) yeterli düzeyde beslenme okuryazarlığı olduğu saptanmıştır. Beslenme okuryazarlık sınıflamasına göre sınırda olan bireylerin BKİ ortalamasının 26,10±4,79 kg/m2, yeterli düzeyde olan bireylerin ortalamasının 23,95±3,68 kg/m2 olduğu belirlenmiş ve beslenme okuryazarlık sınıflaması ile BKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,043$). Beslenme okuryazarlık sınıflamasına göre yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, kronik hastalık durumu, sigara kullanımı, alkol kullanımı, beslenme eğitimi alma durumu, BKİ sınıflaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$)

Şekil 1. BKİ Sınıflaması



Tablo 1. Beslenme Okuryazarlık Sınıflamasına Göre BKİ Karşılaştırılması

BMI (kg/m²)				
Ort±SS	26.10±4.79	23.95±3.68	t=2.063	**0.043**
Medyan (Min-Max)	25.6 (16.8-36.3)	24.3 (17.2-33.9)		
BMI Sınıflaması				
Zayıf	1 (4.5)	2 (4.1)	$\chi 2$=4.888	0.180
Normal	8 (36.4)	30 (62.5)		
Pre obez	9 (40.9)	13 (27.1)		
Obez	4 (18.2)	3 (6.3)		

t:Bağımsız Örneklem t Test İstatistiği, χ^2:Ki kare Testi

Sonuçlar: Çalışmamızda artan BKİ'nin düşük beslenme okuryazarlığına etki eden bir faktör olduğu saptanmıştır. BKİ kilolu/obez olma ve vücut ağırlığının değişimini gözlemlemede kullanılan basit bir ölçüt olup birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişiyi kolayca değerlendirmemize olanak sağlar. Ancak BKİ her iki cinsiyet ve her yaştaki yetişkinler için aynı olduğu ve yağ oranını doğru yansıtmayabileceği için kabaca fikir veren bir kılavuz olarak düşünülmelidir. Yüksek BKİ kardiyovasküler sistem hastalıkları, diyabet, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve bazı kanserler için önemli bir risk faktörüdür. Birinci basamakta verilebilecek sağlık eğitimi gibi beslenme okuryazarlığını arttırmaya yönelik girişimler obezite ve ilişkili kronik hastalıkların önlenmesinde fayda sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, Beden kitle indeksi, Beslenme değerlendirmeleri, Demografik etkenler

SS-25

Vücut Kompozisyonlarının Diyabet İle İlişkisi: Obez Bireyler Üzerinde Bir İnceleme

Nural Koca Kandemir[1] , Nilay Çom Aybal[1] , Feyzanur Erdem[1] , Begüm Yıldırım Erence[1] , Seçil Arıca[1]

[1]Prof. Dr.Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Obez bireylerde diyabet varlığının ve diyabet kontrolünün vücut yağ oranı ve kas oranı ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Araştırmamız kesitsel retrospektif olarak planlandı. Prof Dr Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi obezite polikliniğine 2022 Haziran-Aralık tarihleri arasında başvuran 66 diyabetik ve 143 diyabet tanısı olmayan obez hasta çalışmaya dahil edildi. Örneklem sayısı kurulan hipotezin anlamlılık seviyesi ve etki büyüklüğü dikkate alınarak G-Power 3.1.9.4 programı ile hesaplanarak toplam 185 kişi olarak hesaplandı. Diyabet dışında hiperlipidemi, hipotiroidi, hipertiroidi, cushing hastalığı gibi herhangi bir endokrinolojik hastalığı olan ve ilaç kullanan kişiler, laboratuvar sonuçlarında veya hasta dosyalarında eksik verileri olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hasta dosyalarından kişilerin sosyodemografik verileri, tanıları, kullandığı ilaçları, alışkanlıkları, başvurduğu gündeki açlık kan şekeri, HbA1c değerleri, lipid profilleri ve vücut kompozisyonlarıyla ilgili bilgiler kaydedildi. Hastaların vücut ağırlıkları, vücut yağ vekas oranları, biyoelektrik impedans analizi ile değerlendirilmiş olup biyoelektrik impedans analizi için InBody120 cihazı kullanıldı. İstatistiksel analiz için IBM SPSS statistics 25programı kullanıldı.

Bulgular: Hastaların %78.7 (163)'si kadın, yaş ortalaması 45.73±14.03, vücut kitle indeksi ortalaması40.54±10.50ydi. Hastaların %31.9 (66)'u diyabet tanısına sahipti ve diyabetik bireyler içinde HbA1c'si 8 ve üzerinde olanların oranı %21.2 (14)idi . Diyabetik hastaların %66.6 (44)'sı sadece oral antidiyabetik, %27 (18) 'si oral antidiyabetik ve insülin, %0.06 (4)'sı sadece insülin kullanmaktaydı. Diyabetik hastaların %22.7 (15)'si ise sigara kullanıyordu ve %31.4'ü haftada en az 3 gün 40 dakika ve üzeri egzersiz yapıyordu. Diyabetik obez bireylerin vücut yağ oranı ve bel kalça oranları diyabet tanısı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı (p=0.001, p<0.001). Diyabet tanısına sahip olmayan obez hastaların diyabet tanısı olanlara göre vücut kas oranları daha yüksek saptandı (p=0.01). Kontrollü diyabete sahip olanların kontrolsüz diyabete sahip olanlara göre vücut yağ oranları daha yüksek saptandı (p=0.04). Diyabet tanılı obez hastaların egzersiz yoğunluğu ile vücut yağ oranı arasında negatif yönlü vücut kas oranı arasında pozitif yönlü korelasyon saptandı (p=0.04, p=0.038). Obez diyabetik hastaların vücut yağ oranları ile LDL, HDL, trigliserit, total kolesterol düzeyleri arasında korelasyon saptanmadı (p=0.435, p=0.089, p=0.282, p=0.435). Ancak obez diyabetik hastaların vücut kas oranları ile HDL düzeyleri arasında negatif yönlü korelasyon saptandı (p=0.02).

Sonuçlar: Obez bireylerde diyabet varlığı vücut kompozisyonları üzerinde etkilidir. Diyabet kontrolü ve egzersiz obezite yönetiminde önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: diyabet, obezite, vücut kas oranı, vücut yağ oranı

POSTER BİLDİRİLER

PS-01

Primer Biliyer Kolanjite Bağlı Siroz Tanılı Bir Hastaya Bütüncül Palyatif Bakım Yaklaşımı

Havva Çelik[1] , Burak Kanoğlu[1] , Sibel Baktır Altuntaş[1] , Hilal Özkaya[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

Amaç: Primer biliyer kolanjit (PBK) etiyolojisi bilinmeyen, çoğunlukla orta yaş kadınların etkilendiği, küçük safra kanallarında hasarın eşlik ettiği, yavaş ilerleyen, kronik kolestatik granülomatöz bir karaciğer hastalığıdır.40 yaşından sonra sıklığı artmaktadır. Hastalarda en fazla halsizlik ve kaşıntı şikâyetlerine neden olmaktadır. Bazı hastalarda bahsedilen bulgulardan hiçbiri görülmemekte ve hastalık yıllar içerisinde sessizce ilerleyerek karaciğer yetmezliği ve siroz bulguları ile kendini gösterebilmektedir. Bu olgu sunumunda PBK'ye bağlı siroz tanılı bir hastaya bütüncül ve multidisipliner palyatif bakım yaklaşımından bahsedilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Nütrisyon desteği ve ağrı palyasyonu endikasyonuyla palyatif servise yatışı yapılan hastanın mevcut hastalıkları da göz önünde bulundurularak tetkikleri yapılıp tedavileri düzenlenmiştir.

Bulgular: 85 yaşında bilinen hipertansiyon ve PBK tanıları mevcut olan kadın hasta palyatif bakım servisine nütrisyon ve ağrı palyasyonu endikasyonuyla kabul edildi. Hastanın yatışından yaklaşık 8 ay önce başlayan karında şişlik ve ağrı şikayetleri nedeniyle sık acil servis başvuruları olduğu ve 1 haftadır oral alımda azalma olduğu öğrenildi. Acil servise başvurularında yaklaşık ayda bir batından boşaltıcı ve örnekleyici parasentez işlemleri yapıldığı tespit edildi. Hastanın yatışından 3 gün önce de acil servise aynı şikayetlerden başvurusu bulunmaktaydı. Hastanın ilk muayenesinde genel durumu orta, oryante ve koopereydi. Batın distandüydü ve yaygın asit mevcuttu. Her iki alt ekstremite distalinde grade 1 bası yarası mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Yapılan tetkiklerde prealbumin 0,12 mg/dl,CRP 22 mg/L,üre 138 mg/dl, kreatinin 1,27 mg/dl, potasyum 5.8 mEq/L olarak tespit edildi. Hastanın son acil servise başvurusunda çekilen abdomen usg de safra kesesi lümeninde safra çamuru ile uyumlu görünüm ve perisplenik, perihepatik, batın içinde en derin 17 cm ye ulaşan serbest sıvı izlenmekteydi. Girişimsel radyoloji ile irtibata geçilerek hastaya kalıcı peritoneal drenaj katateri açıldı. Yatışı boyunca her gün 800 cc kadar asit mayii geleni kontrollü olarak boşaltıldı. Hiperpotasemik olması ve mevcut asit yükü nedeniyle furosemid tablet başlandı. Hepatik ensefalopatiden korumak için günde 3x2 ölçek lactuloz başlandı ve hastaya gerekli hallerde lavman yapıldı. İleri değerlendirme ve tedavi planlanması açısından gastroenteroloji birimine danışılan hastaya yapılan endoskopide özofajiyal varise rastlanmamakla birlikte candida özafajiti ve eroziv antral gastrit görüldü. Flukanazol ve proton pompa inhibitörü tedavisi düzenlendi. Yaygın vücut ve karın ağrısı şikâyeti mevcut olan hastaya komorbiditeleri de göz önünde bulundurularak 12.5 mcg fentanil ağrı bantıyla ağrı palyasyonu sağlandı. Bası yaralarının tedavisi tamamlandı. Hastanın yatak içi mobilizasyonu fizyoterapist tarafından sağlanarak bakım verenlere gerekli eğitimler verildi.Oral alımında da azalma olan hasta diyetisyen eşliğinde değerlendirilerek kalori ihtiyacı hesaplandı. Proteinden zengin mama tercih edildi. Mamayı tolere edemeyen hastaya santral venöz kateter (CVP) açılarak eksik kalan oral alımına total parenteral nütrisyon (TPN) ile destek verildi. Taburculuk sonrası da aynı şekilde beslenmesi kararlaştırıldı. Aileye evde CVP bakımı ve TPN kullanımı konusunda eğitim verildi. Yatış boyunca psikosoyal destek ekibi tarafından hasta ve bakım veren aile üyelerine profesyonel destek verildi.

Sonuçlar: Olgumuzda görüldüğü gibi birçok hasta, kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklarla ilgili şikayetler nedeniyle sık sık acil servise başvurmaktadır ve bu başvurular, hastanın klinik durumu kötüleştikçe artma eğilimindedir. Temel palyatif bakım, hastalık komplikasyonlarının aktif yönetimi ile birlikte hastalık seyri ve ileri bakım planlaması hakkında multidisipliner değerlendirme imkânı oluşturmakta hastalık seyrinin erken aşamasında uygun tedavi ve takip stratejilerini oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu olguda da multidispliner yaklaşımla hastanın hayat kalitesinin artırıldığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: bütüncül yaklaşım, palyatif bakım, primer biliyer kolanjit

PS-02

Ataşehir Aile Sağlığı Merkezi'nde Son 10 yılda 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Tercihlerinin İncelenmesi

Yağmur Gökseven Arda[1] , Güzin Zeren Öztürk[2]

[1]Ataşehir Aile Sağlığı Merkezi
[2]Seyrantepe Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Aile planlaması (AP), bireylerin çocuk sahibi olma ve üreme süreçlerini bilinçli bir şekilde yönetmelerini sağlayan stratejilerin ve yöntemlerin kullanılması anlamına gelir. AP, istenilen sayıda çocuğa sahip olma, gebelikleri ertelemek veya tamamen önlemek gibi hedeflere ulaşmayı amaçlar. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre 15-49 yaş evli kadınların 2013 yılında %73.5 olan herhangi bir yöntem kullanım oranının 2018 yılında %70'e düştüğü gösterilmiştir. 2013 ve 2018 yılı modern yöntem kullanım oranı sırasıyla %47.4 ve %49'dur. En sık kullanılan modern yöntem RİA'dır (%16.8). Çalışmanın amacı Ataşehir bölgesinde yaşayan 15-49 yaş evli kadınların, AP yöntemi kullanma durumlarının 2013-2022 yılları arasındaki değişiminin incelenmesidir.

Yöntem: Çalışma 15.07.2023-15.08.2023 tarihleri arasında Ataşehir ilçesinin İçerenköy bölgesinde bulunan Ataşehir aile sağlığı merkezine bağlı aile hekimliği biriminde, 2013-2022 yılları arasında sistemde kayıtlı veriler geriye dönük incelenerek yapılmıştır. Altı ayda bir yapılan 15-49 yaş izlemleri kapsamında evli kadınların AP yöntemi kullanma durumları, varsa kullandıkları yöntem, yoksa kullanmama nedenleri istatistik programına kaydedilmiştir. SPSS 21 programı kullanılarak frekans değerler hesaplanmıştır.

Bulgular: Bölgede 2013 yılında 1221 olan 15-49 yaş evli kadın izlem sayısı Covid-19 pandemisi nedeniyle 2019 yılında itibaren gerileyerek 2022 yılında 289'a gerilemiştir. (Tablo 1) Herhangi bir yöntem kullanma oranı 2013 yılında %81,9 (n=1000) iken 2022 yılında bu oran %67,8'e (n=196) gerilemiştir. Modern yöntem kullanım oranı 2013 yılında %61,9 (756) ile en yüksek oranda saptanmış olup kondom en sık kullanılan modern yöntem olarak saptanmıştır (n=428, %35). Bunu Ria kullanımı takip etmiştir (n=198, %16,2). Geleneksel yöntem kullanım oranı 2022 yılında %31,8 (n=92) ile en fazla oranda saptanmış olup geri çekme en sık kullanılan yöntem olarak saptanmıştır (n=90, %31,1). Son 10 yılın izlemlerinde her yıl en sık kullanılan modern yöntemin kondom; en sık kullanılan geleneksel yöntemin ise geri çekme olduğu saptanmıştır. 2020 yılında yöntem kullanmayanların oranı %20,3 (n=53) ile en yüksek saptanmıştır. En sık neden emzirmedir (n=52, %20,3). Yöntem kullanmasına gerek olmayanların oranı yıllar içinde artış göstermiş olup 2021 yılında en yüksek oranda saptanmıştır (n=59 ,%28,3). Her yıl için en yüksek neden gebeliğin devam etmesi olarak saptanmış olup ikinci en sık neden gebe kalma isteğinin olmasıdır. (Tablo 2)

15-49 yaş kadın ve izlem sayılarının yıllara göre değişimi

Yıllar	15-49 yaş kadın sayısı	15-49 yaş evli kadın sayısı	15-49 yaş total izlem sayısı	15-49 yaş evli kadın izlem sayısı
2013	899	618	1967	1221
2014	898	607	2027	1242
2015	904	598	1750	1065
2016	907	590	1728	1079
2017	910	579	1614	1014
2018	913	567	1756	1204
2019	914	556	695	508
2020	915	536	331	260
2021	919	522	263	208
2022	908	504	448	289

15-49 yaş evli kadınların yıllara göre kullandıkları aile planlaması yöntemleri n(%)

	Yıllar									
Yöntem kullanma durumu	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**
Yöntem kullananlar	**1000 (81,9)**	**961 (77,3)**	**794 (74,5)**	**823 (76,2)**	**790 (77,9)**	**827 (68,6)**	**352 (69,2)**	**139 (53,4)**	**121 (58,1)**	**196 (67,8)**
Modern Yöntemler	**756 (61,9)**	**722 (58,1)**	**588 (55,2)**	**573 (53,1)**	**521 (51,3)**	**482 (40)**	**193 (37,9)**	**60 (23)**	**58 (27,8)**	**104 (35,9)**
Hap	56 (4,5)	61 (4,9)	54 (5)	62 (5,7)	55 (5,4)	57 (4,7)	24 (4,7)	6 (2,3)	5 (2,4)	3 (1)
Kondom	428 (35)	402 (32,3)	330 (30,9)	341 (31,6)	307 (30,2)	278 (23)	105 (20,6)	39 (18,9)	29 (13,9)	66 (22,8)
Ria	198 (16,2)	175 (14)	127 (11,9)	98 (9)	94 (9,2)	78 (6,4)	32 (6,2)	12 (4,6)	17 (8,1)	20 (6,9)
Enjeksiyon 1 aylık	1 (0,0)	1 (0,0)	7 (0,6)	3 (0,2)	10 (0,9)	19 (1,5)	9 (1,7)	0	1 (0,4)	0
Enjeksiyon 3 aylık	0	0	0	2 (0,1)	0	0	0	0	0	1 (0,3)
Deri altı implant	0	0	1 (0,0)	1 (0,0)	2 (0,1)	2 (0,1)	1 (0,1)	0	0	0
Tüp ligasyon	72 (5,8)	81 (6,5)	67 (6,2)	65 (6)	52 (5,1)	48 (3,9)	22 (4,3)	3 (1,1)	6 (2,8)	14 (4,8)
Vazektomi	1 (0,0)	2 (0,1)	2 (0,1)	1 (0,0)	1 (0,0)	0	0	0	0	0
Geleneksel yöntemler	**244 (19,9)**	**239 (19,2)**	**206 (19,3)**	**250 (23,1)**	**269 (26,5)**	**345 (28,6)**	**159 (31,2)**	**79 (30,8)**	**63 (30,2)**	**92 (31,8)**
Geri çekme	240 (19,6)	232 (18,6)	200 (18,7)	247 (22,8)	266 (26,2)	339 (28,1)	155 (30,5)	78 (30)	61 (29,3)	90 (31,1)
Takvim	2 (0,1)	2 (0,1)	1 (0,0)	0	0	0	0	0	0	0
Diğer geleneksel	2 (0,1)	5 (0,4)	5 (0,4)	3 (0,2)	3 (0,2)	6 (0,4)	4 (0,7)	1 (0,3)	2 (0,9)	2 (0,6)
Yöntem kullanmayanlar	**35 (2,8)**	**53 (4,2)**	**64 (6)**	**51 (4,7)**	**49 (4,8)**	**130 (10,7)**	**61 (12)**	**53 (20,3)**	**28 (13,4)**	**29 (10)**
Emzirme	35 (2,8)	48 (3,8)	62 (5,8)	51 (4,7)	46 (4,5)	125 (10,3)	57 (11,2)	52 (20)	26 (12,5)	21 (7,2)
Yöntem kullanmak istemiyor	0	5 (0,4)	2 (0,1)	0	3 (0,2)	5 (0,4)	4 (0,7)	1 (0,3)	2 (0,9)	8 (27,5)
Yöntem kullanmasına gerek olmayanlar	**186 (15,2)**	**228 (18,3)**	**207 (19,4)**	**205 (18,9)**	**175 (17,2)**	**247 (20,5)**	**95 (18,7)**	**68 (26,1)**	**59 (28,3)**	**64 (22,1)**
Gebeliği devam ediyor	64 (5,2)	85 (6,8)	77 (7,2)	79 (7,3)	64 (6,3)	143 (11,8)	67 (13,1)	59 (22,6)	47 (22,5)	38 (13,1)
Histerektomi	8 (0,6)	12 (0,9)	9 (0,8)	11 (1)	7 (0,6)	8 (0,6)	3 (0,5)	0	0	2 (0,6)
İnfertil	5 (0,4)	6 (0,4)	11 (1)	6 (0,5)	6 (0,5)	6 (0,4)	2 (0,3)	0	0	1 (0,3)
Menapoz dönemi	35 (2,8)	38 (3)	35 (3,2)	36 (3,3)	25 (2,4)	23 (1,9)	7 (1,3)	2 (0,7)	4 (1,9)	7 (2,4)

Eşi başka yerde	17 (1,3)	21 (1,6)	18 (1,6)	15 (1,3)	10 (0,9)	5 (0,4)	0	2 (0,7)	3 (1,4)	5 (1,7)
Eşi infertil	5 (0,4)	5 (0,4)	4 (0,3)	3 (0,2)	4 (0,3)	4 (0,3)	1 (0,1)	0	0	1 (0,3)
Gebe kalmak istiyor	52 (4,2)	61 (4,9)	53 (4,9)	55 (5)	59 (5,8)	58 (4,8)	15 (2,9)	5 (1,9)	5 (2,4)	10 (3,4)
Total	**1221 (100)**	**1242 (100)**	**1065 (100)**	**1079 (100)**	**1014 (100)**	**1204 (100)**	**508 (100)**	**260 (100)**	**208 (100)**	**289 (100)**

Sonuçlar: Bölgede son 10 yıl içinde herhangi bir AP yöntem kullanım oranlarının azaldığı görülmüştür. Modern yöntem kullanım oranları yıllar içinde azalmış olup geleneksel yöntem kullanım oranları artmıştır. Tespit edilen en sık modern yöntem kondom, en sık geleneksel yöntem geri çekmedir. Son 10 yılda yöntem kullanmayanların ve kullanmasına gerek olmayanların oranında artış olmuştur. En sık yöntem kullanmama nedeni emzirmedir. Aile planlaması yöntemlerinin kullanım durumları zaman içinde değişebilmektedir. Aile planlaması tercihindeki değişimlerin altında yatan nedenleri araştırmak için daha ileri araştırmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: 15-49 yaş kadın izlem, aile planlaması

PS-03

Türkiye'de 2005-2021 Yılları Arasında Meningokok Hastalığına Bağlı Hastaneye Yatışlarda Tanı ve Tedaviye Yaklaşım

Özlem Yörük[1] , Alp Doğu[1]

[1]sanofi Aşı

Amaç: Neisseria meningitidis ciddi ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Saatler içinde ölüme yol açabilir. Sadece az gelişmekte olan ülkelerde değil, tüm dünyada izlenir. Bu çalışmanın amacı, meningokok hastalığı tanısı almış ve hastanede yatan hastaları değerlendirmek ve Türkiye'deki çocuk ve yetişkin popülasyonunda tanı ve tedavi yaklaşımlarını araştırmaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, ICD-10 kodu A39 ve A39alt kırılımları tanısıyla hastaneye yatırılan hastalar kohortta yer almıştır. Türkiye'de 8 farklı şehirdeki 12 hastaneden 2005-2021 yılları arasında 270 yatan hastanın kayıtlarına ulaşılmıştır.

Bulgular: İlk tanı tarihi itibariyle yaş ortalaması 27±23.09'dur. Hastaların %51'i kadındır. Tanı ve izleme yaklaşımı için hastaların %16'sına lomber ponksiyon, %44'üne akciğer grafisi, %24'üne elektrokardiyogram yapıldı. Sık kullanılan antimikrobiyaller; seftriakson, sefazolin, siprofloksasin ve vankomisin'di. Destekleyici tedavi olarak sıvılar, elektrolitler ve kan ürünleri uygulandı. Hastaların %5'i yoğun bakım ünitesine ihtiyaç duymuştur.

Sonuçlar: Neisseria meningitidis, tanı prosedürleri ve tedavi yaklaşımları göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetleri ortamında önemli bir yüke yol açmaktadır. Aşılarla korunma, Dünya Sağlık Örgütü tarafından uzun süreli koruma için en etkili yöntem olarak tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Neisseria meningitidis hastaneye yatış

PS-04

COVID-19 Aşılaması Sürecinin Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılaması Üzerine Düşüncelerine Etkisi

Ozan Emre Eliaçık[1] , Tolga Günvar[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: COVID-19 pandemisi, aşı geliştirme ve uygulama süreci aşı tartışmalarını hem gündemde tutmuş hem de daha da alevlendirmiştir. COVID-19 aşılarına karşı tereddüte katkıda bulunan ortak faktörler arasında yan etki korkusu, aşı güvenliği ile ilgili endişeler ve bunların etkinliği yer alıyor. Aşıların geliştirilmesi, klinik denemeleri ve yetkilendirme süreci konusunda güvensizlik ve şüphe uyandıran bir neden de hızlandırılmış aşı geliştirme sürecidir. Ayrıca komplo teorileri ve devlete ya da sağlık çalışanlarına duyulan güvensizlik, aşılama konusunda daha fazla şüphe ve itiraz yaratan faktörlere katkıda bulunmaktadır. Pandemi sırasında gelişen bu aşı tereddütü ve aşılamayı reddetme durumu COVID-19 aşılarının ve düzenli çocukluk çağı aşılarının yapılmasını olumsuz etkileyebilir. Bizim bu çalışmadaki amacımız COVID-19 pandemisi sürecinde aşı ile ilgili meydana gelen tartışmaların, COVID-19 aşılaması sürecinden önceki dönemde çocukluk çağı aşılamalarını tamamlamış çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarının aşılanması ile ilgili tutumlarında bir değişiklik meydana getirip getirmediğini saptamaktır. Bu güncel durumun saptanması ileride yapılacak müdahale çalışmalarına, bireysel ve toplumsal olarak verilecek eğitimlere yol gösterici olabilir

Yöntem: Araştırma kesitsel analitik çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmada örneklem Dokuz Eylül Üniversitesi EASM'lere kayıtlı çocukluk çağı aşıları tamamlanmış 4-8 yaş arası çocuğu olan ebeveynler arasından 320 ebeveyn basit rastgele seçim yöntemiyle belirlenecek ve kayıtlı bilgilerinden kendilerine ulaşılmaya çalışılacaktır. Öncelikle ebeveynlerin onamları alınacaktır. Daha sonra ebeveynlere hasta veri formu doldurtulacaktır. Bu form ASM ortamında yüz yüze veya telefonla uygulanacaktır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, yüzde) kullanılacaktır. Kategorik değişkenler ki-kare testi ile , sayısal değişkenler korelasyon testleri ile karşılaştırılacaktır. Sayısal değişkenler ile kategorik değişkenler için ise t-testi kullanılacaktır.

Bulgular: Hasta veri formu; hastaların sosyodemografik özelliklerini, çocuklarına çocukluk çağı aşılarını yaptırma konusundaki tutumlarını etkileyebilecek olası faktörleri sorgulayan literatür taranarak oluşturulan soruları ve aşı kararsızlığı ölçeğini içermektedir. Çocuklarına çocukluk çağı aşılarını yaptırma konusundaki kararsızlığı ölçen aşı kararsızlığı ölçeği sonucunda yüksek puanlar kişinin daha fazla aşı kararsızlığı olduğunu göstermektedir.

Sonuçlar: Araştırma veri toplama aşamasındadır. Amacı COVID-19 aşılaması sürecinden önceki dönemde çocukluk çağı aşılamalarını tamamlamış çocuğu olan ebeveynlerin çocuklarının aşılanması ile ilgili tutumlarında bir değişiklik meydana getirip getirmediğini saptamak olan çalışmamızda bu güncel durumun saptanması ileride yapılacak müdahale çalışmalarına, bireysel ve toplumsal olarak verilecek eğitimlere yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı tereddütü, Aşılama, COVID-19

PS-05

Geçmeyen Boğaz Ağrısı Şikâyeti İle Başvuran Enfeksiyöz Mononükleoz Olgusu

Betül Kolcu[1] , Zeynep Tuzcular Vural[1] , Işık Gönenç[1] , Memet Taşkın Egici[1]

[1]SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Epstein Barr Virüsü (EBV), dünyadaki yetişkin nüfusun %98'inden fazlasını enfekte etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde EBV enfeksiyonu yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkmakta ve asemptomatik veya hafif semptomatik seyretmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise EBV enfeksiyonu yetişkinliğe kadar gecikebilmektedir. Enfeksiyöz Mononükleoz (EM), EBV'nin neden olduğu klinik bir tablodur. En sık rastlanan klinik bulgular ateş, tonsillit ve lenfoadenopatidir. Bunun dışında birçok başka semptom ve bulgu da eşlik edebilir. EM çoğunlukla sekelsiz iyileşir, ancak bazen çeşitli nörolojik, hematolojik, hepatik, solunumsal ve psikolojik komplikasyonlar da görülebilir. Olgu sunumumuzda geçmeyen boğaz ağrısı şikayeti ile dış merkezde uzun süre antibiyotik tedavisi alarak semptomlarının geçmemesi üzerine polikliniğimize başvuran bir EM olgusunu inceleyeceğiz.

Yöntem: SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine muayene için başvuran hastamızın aydınlatılmış onamı alınarak olgu sunumunda klinik bulgu ve takip süreçleri kullanıldı.

Bulgular: 25 yaşında kadın hasta 3 haftadır geçmeyen boğaz ağrısı ve halsizlik şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Aynı şikayetlerle farklı sağlık kuruluşu başvuruları olan hastanın 2 kez antibiyotik kullanım öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde bilinen kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olmayan hastanın soygeçmişinde ise özellik yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde orofarenks hiperemikti ve lenfoadenopati saptanmadı. Yapılan diğer sistem muayenelerinde patolojiye rastlanmadı. Ayırıcı tanıda tiroidit de düşünülen hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı, TSH değeri normal sınırda idi. Tiroid USG'sinde patolojiye rastlanmadı. CRP yüksek, EBV VCA IgM pozitif saptandı. EM tanısı konulan hastanın tedavisi destek tedavisi olarak bol sıvı alımı, istirahat ve düzenli beslenme, ateş takibi ve lüzum halinde antipiretik olarak düzenlendi.

Sonuçlar: Geçmeyen boğaz ağrısı şikayetinde EBV enfeksiyonu göz önünde bulundurulmalı, ayırıcı tanıda diğer bakteriyel, viral enfeksiyonların yanında tiroidit, malignite durumları değerlendirilmelidir. Aile hekimliği pratiğinde düşük prevalans hekimliğinin klinik bir örneği olan EM'un prognozu oldukça iyidir, ancak çeşitli akut komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu yüzden ayırıcı tanıda akılda tutulmalı, hasta bu açıdan değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyonlar, Enfeksiyöz Mononükleoz, Virüsler

PS-06

Akut Otitis Media ile Gelen Hastada Sinüs Ven Trombozu: Olgu Sunumu

Feride Akşehir Taşdemir[1] , Gizem Limnili[1] , Nezaket Sabır[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Amaç: Akut otitis media, özellikle çocuklarda görülen lokal ve sistemik bulguların aniden geliştiği orta kulağın inflamasyonudur. Otitis medianın komplikasyonları tedavi edilmezse hastada intrakraniyal apse, mastoidit, sinüs venöz trombozu ve menenjit gelişebilir. Amacımız birinci basamak hekimlerinin akut otitis media ve gelişebilecek komplikasyonlar açısından hastaları yakından izlemesi gerekliliğine dikkat çekmektir.

Yöntem: Otitis medianın nadir komplikasyonlarından olan sinüs ven trombozu gelişmiş bir olgu sunumunun yapılması planlandı.

Bulgular: 3 yaşında erkek hasta, annesiyle Dokuz Eylül Üniversitesi Gaziemir 10 no'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurdu. Hastanın 2 gündür olan boğaz ağrısı ve 39,1 derece ateş şikayetine ek olarak sol kulakta ağrısı mevcuttu. Yapılan orofarenks bakısında tonsiller hipertrofik, otoskopla muayenesinde solda daha belirgin olmak üzere timpanik membran eritemli ve bombeleşmiş şekildeydi. Bilinen ilaç alerjisi bulunmayan ve ilaç kullanımı olmayan hastanın tedavisi oral asetaminofen ve 90mg/kg/gün amoksisilin-klavunat olarak planlandı. Aileye 48-72 saat sonra şikâyetlerin devamı halinde tekrar tarafımıza başvurması gerektiği belirtildi. Hasta 3 gün sonra dirençli ateş nedeniyle tekrar başvurdu. Genel durumu kötü, bilinci letarjik, oral alımı olmayan ve ateşi 39,5 olarak ölçülen hasta Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Hastalıkları Acil Servisi'ne sevk edildi. Acil serviste yapılan kan tetkikleri sonucunda beyaz küresi 26.300u/L (yüksek), CRP (C-reaktif protein) 549,7 (yüksek) olarak saptanmıştır. Yapılan kontrastlı beyin bilgisayarlı tomografisinde sol mastoid hücrelerinde süpüratif enfeksiyon (mastoidit) ile uyumlu olup sol temporal bölgesinde epidural apse görüldü. Beyin sinir cerrahisi tarafından acil cerrahi işleme alınan hasta operasyon sonrası pediatri serviste izleme alındı. Servisteki izleminin 4. gününde görme bozukluğu gelişen hasta göz hastalıklarına danışılarak MR (manyetik rezonans) venografi çekilmesi planlandı. Görüntüleme sonucunda sol transfer sinüs lateralinde ve sigmoid sinüste akım izlenmemesi üzerine hastaya sinüs ven trombozu tanısı konuldu. Acil cerrahi işlem planlanmayan hastaya hematoloji hekiminin önerisiyle antikoagülan tedavi başlandı. Hastadan etiyolojiye yönelik trombofili paneli istendi. Kalıtsal olarak tromboza yatkınlığı saptanan hasta antikoagülan tedavi altında taburcu edildi.

Sonuçlar: Akut otitis media, birinci basamakta çocuklarda en sık görülen enfeksiyonlarından biridir. Yapılan araştırmalarda çocuklarda sinüs ven trombozunun akut otitis media sonrası geliştiği görülmüştür. Olgumuzda hastaya antibiyoterapi başlanmış ancak ikinci başvurusunda komplikasyon geliştiği düşünülerek sevk edilmiştir. Hastada genetik yatkınlık varlığı, mevcut olan enfektif durum nedeniyle sinüs ven trombozu gelişmiştir. Sonuç olarak bu olguda birinci basamak hekimlerinin akut otitis media ve gelişebilecek komplikasyonlar açısından hastaları yakından izlemesinin, bilgilendirmesinin ve üst basamaklara yönlendirmesinin hayat kurtarıcı nitelikte olduğu vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, mastoidit, otitis media, sinüs ven trombozu

PS-07

Aile Hekimliği Birimine Başvuran Kadınlarda Papsmear Testinin Farkındalığının Değerlendirilmesi

Pınar Tuna Tarlacı[1]

[1]açelya aile sağlığı merkezi

Amaç: Üreme çağındaki kadınların papsmear testi ile ilgili tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza İstanbul ili açelya asm ye 1haziran-30 Temmuz 2023 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 18-49 yaş arası kadınlar dahil edildi. Çalışmaya katılan tüm kadınlara sosyodemografik özellikler ve papsmear testi ile ilgili farkındalık durumları testi duyup duymadıkları yaptırmayanlara neden yaptırtmadıkları hangi hastalık için yapıldığı konusundaki bilgilerini değerlendirdik.

Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden199 kadından %46,3 ü papsmear testini duymuş %54,7 si hiç duymamış, %25' i medyadan %13 ü komşudan duymuştu. Testi yaptırma oranı %60 ile en çok sağlık kurumundan duyanlar olmakla birlikte medyadan duyanların yaptırma oranı %18,2 iken komşudan duyanların hiçbiri testi yaptırmamıştır. Eğitim düzeyi arttıkça papsmear testi yaptırma oranı da artmıştır.

Sonuçlar: aile hekimliği disiplininde koruyucu hekimliğin özel bir yeri vardır. Tarama testleri ile tanı konarak erken müdahale edilebilen az sayıda kanserden biride serviks kanseri olması açısından birinci basamakta kadınların farkındalık durumunu arttıracak her türlü yaklaşım dikkate değer ve teşvik edilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: erken tanı, farkındalık, papsmear testi

PS-08

{Palyatif Bakımda Biyopsikososyal Yaklaşım Yöntemleri ve Önemi}; Bir Olgu Sunumu

Berfin Mervenur Gürler Altunışık[1] , Hilal Özkaya[1] , Semra Aydın[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi,Palyatif Bakım Merkezi, İstanbul

Amaç: Bütüncül yaklaşımda bireyler sadece tıbbi hastalıklarıyla değil; psikolojik, sosyal ve ruhsal boyutlarda da değerlendirilmektedir. Palyatif bakım, artık iyileşme tedavilerine yanıt vermeyen tanıları olan hastalara yönelik bütünsel bir bakım olarak tanımlanmaktadır. Palyatif yaklaşım sadece bedensel şikayetleri değil, biyopsikososyal sorunları da hafifleterek hasta ve hasta yakınlarının yaşamlarını iyileştirmeye yardımcı olan hasta merkezli, kişiselleştirilmiş bir yaklaşım hedeflidir. Uluslararası literatür, palyatif bakım gerektiren bir hastaya bakım verenlerin yaşadığı olumsuz psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik etkiyi kabul eden verilere sahiptir. Yapılan bir meta-analizde palyatif servis yatışlarında yüksek depresyon ve anksiyete oranları bildirilmiştir. Bu olgu ile BPS (biyopsikososyal) modele göre hastanın aile ilişkilerinin, hasta yakının anksiyete ve depresyon düzeylerinin palyatif bakım etkinliğinin üzerindeki etkisinin ele alındığı bir olgu anlatılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Palyatif servise yatışı yapılan hastanın tetkik edilmesi ve tedavisinin düzenlenmesi sağlanmıştır.

Bulgular: 16.12.2021 tarihinde skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı almış, ek hastalık olarak diyabetes mellitus ve hipertansiyonu mevcut olan hasta, 10 kür kemoterapi,1 ay radyoterapi,3 ay immünomodülatör ilaç tedavisi sonrası tıbbi onkoloji birimi tarafından palyatif bakım servisine yönlendirilmişti. Oral alım azlığı gelişen hastanın ağrı ve beslenme palyasyonu amacı ile 04.07.2023 tarihinde palyatif bakım servisine yatışı yapıldı. Genel durumu orta, bilinci açık, oryante koopere olan hastanın yapılan fizik muayenesinde solunum seslerinin kaba olması ve batında yaygın hassasiyetinin bulunması dışında patolojik bulgu gözlenmedi. Hastanın laboratuvar bulgularında prealbumin değeri 0.05 g/L, CRP 204,9 mg/L, prokalsitonin. 0.12 ng/mL idi. Hastaya analjezik olarak parasetamol, tenoksikam, tramadol başlanarak ağrısı kontrol altına alındı. Oral alımı azalmış olan hastanın beslenmesine ek olarak kronik hastalıkları, boy ve kilosuna uygun nutrisyon desteği başlandı. BPS modeli kapsamında kişiselleştirilmiş palyatif bakıma göre ele alınan hastaya ve bakım verenine yatışında HAD (Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği) uygulandı. Bu ölçek ile hastanın ve bakım verenin depresyon ve anksiyete skoru değerlendirildi. Hastanın hikayesinde yoğun alkol kullanım öyküsü mevcutken, bakım verenin öyküsünde yaygın anksiyete bozukluğu tanısı ile 1 yıldır selektif serotonin geri alım inhibitörü kullanımı mevcuttu. Palyatif bakım bütünselliği ile ele alınan hasta ve hasta yakınına palyatif servisimizde görevli olan psikolog tarafından bilişsel davranış terapisi uygulandı ve var olan duygu, düşünce ve davranış ilişkileri üzerine çalışmalar yapıldı. Takiplerinde ikili ilişkilerinde değişiklik gözlenen, beslenmesi düzelen ve prealbumin değeri 0.06 g/L yükselen hastaya ve yakınına taburculuk öncesi tekrarlanan HAD ölçeğinde özellikle anksiyete skorlarında düşüş gözlendi. Hastanın beslenme parametresi yeterli düzeyde olmamasına rağmen bu tip terminal hastalarda optimal sonuçlar elde edilemese de, hastanın bireysel talep ve isteklerine uygun olan medikal yöntemler kullanılarak takip edilmektedir.

Sonuçlar: BPS modeline göre palyatif bakımın etkinliğinde hastanın ağrı ve nütrisyon başta olmak üzere semptomlarının düzeltilmesinin yanısıra, bakım verenin hastaya desteğinin zorunluluğunu göz önüne alındığında, bakım verenlere yeni yaşam koşullarıyla başa çıkması adına bilişsel davranışçı yaklaşımların uygulanabileceği desteği sunmak, sağlık çalışanlarının bu uygun tarama yöntemlerini kullanarak bakım verenlerin farmakolojik ve psikolojik destek hizmetlerine yönlendirilmesinin hasta ve bakım verenin palyatif bakımdan alacağı verimi artıracağı gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Biyopsikososyal, Palyatif bakım

PS-09

Suçiçeği Aşısı Sonrası Döküntü: Olgu Sunumu

Yeşim Uslu[1] , Güzin Zeren Öztürk[2]

[1]Erdek Neyyire Sıtkı Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Balıkesir
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Amaç: Giriş: Suçiçeği aşısı, Varicella-Zoster Virüsünün (VZV) Oka/Merck suşundan elde edilen canlı atenüe bir aşıdır. Ülkemizdeki aşı takvimine göre çocuklara 12. ayın sonunda rutin olarak uygulanmaktadır. Suçiçeği aşısının en sık görülen yan etkileri arasında aşı bölgesinde ağrı, hassasiyet, kızarıklık (%20-25) ve ateş (%10-15) yer almakta olup, aşı sonrası daha nadir de olsa enjeksiyon bölgesinde lokalize döküntü (%3) ve generalize döküntü (%3-5) gibi yan etkiler de görülebilmektedir.

Yöntem: Olgu: 1 yaşında kız hasta sağ bacakta yeni başlayan kaşıntılı kabarıklık şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Muayenesinde sağ uyluk üst lateral bölgede hiperemik zeminde 4 adet vezikül gözlemlendi (Resim 1). Hastanın kaşıntı, kızarıklık ve döküntü dışında başka aktif şikâyeti bulunmamaktaydı. Hastanın özgeçmişi sorgulandığında 10 gün önce lezyon bölgesine suçiçeği aşısı uygulandığı öğrenildi. Hastanın anamnezi ve muayenesi doğrultusunda mevcut lezyonlar suçiçeği aşısı yan etkisi olarak değerlendirildi, aile aşı yan etkileri konusunda bilgilendirildi. Hastaya semptomatik tedavi önerildi. Hastanın takip edilmesi, şikayetlerde artış ya da ek şikâyet olması halinde kontrol muayenesi önerildi. Ayrıca aşı sonrası oluşan döküntüler aracılığıyla suçiçeği bulaşı mümkün olabileceğinden dolayı temas önlemleri açısından hastanın yakın çevresinde suçiçeğine duyarlı (daha önce suçiçeği geçirmemiş ve suçiçeği aşısı olmamış) herhangi bir immünsüprese kişi, yenidoğan ya da gebe olup olmadığı sorgulandı, suçiçeği açısından riskli herhangi bir kişi olmadığı öğrenildi. Sonrasında kontrol muayenesine gelmeyen hasta bir sonraki rutin muayenesinde aşı yan etkisinin prognozu açısından tekrar sorgulandı ve döküntülerin 3 gün içinde kendiliğinden gerileyerek kaybolduğu öğrenildi.

Resim 1: Suçiçeği aşısı enjeksiyon bölgesinde veziküler lezyonlar



Bulgular: Tartışma: Çocuklarda suçiçeği aşısı sonrası görülen döküntüler genelde 5-26. günler arasında ve 2-5 adet lezyon şeklinde ortaya çıkmaktadır. Döküntülerden yapılan PCR çalışmalarına göre ilk 2 hafta içinde görülen döküntüler genellikle VZV'nin vahşi tip suşlarından kaynaklanırken, 15-42. günler arasındaki döküntüler ise Oka/Merck suşu ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca literatürde suçiçeği aşısı sonrası oluşan döküntülerden VZV bulaşının mümkün olduğunu gösteren vakalar mevcuttur. Bu nedenle kişinin, suçiçeği aşısı sonrası oluşan döküntüler geri-leyene kadar suçiçeğine karşı duyarlı olan immünsüprese kişi, gebe ve yenidoğanlarla teması önlenmelidir.

Sonuçlar: Sonuç: Aşılar aile hekimliği pratiğinin önemli bileşenlerinden biri olup enjeksiyon bölgesi reaksiyonları ve ateş başta olmak üzere aşılara bağlı yan etkiler de sıklıkla gözlemlenmektedir. Polikliniğe başvuran hastaların anemnezlerinde mutlaka aşı öyküleri de sorgulanmalı ve aşı yan etkileri bakımından da değerlendirilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: döküntü, suçiçeği aşısı, yan etki

PS-10

Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerde Uyku Kalitesi İle Depresyon İlişkisi

Rümeysa Yılmaz[1] , Nuray Derin Peköz[1] , Ozan Emre Eliaçık[1] , Nilgün Özçakar[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Amaç: Amaç: Günümüzde uyku kalitesi, klinik uygulamalarda ve uyku ile ilgili araştırmalarda üzerinde önemle durulan bir kavramdır. Bunun nedenleri; uyku ile ilgili yakınmaların oldukça yaygın olması, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın bir belirtisi olabileceği ve uyku sağlığı ile fiziksel ve psikolojik iyilik arasında güçlü ilişki bulunması olarak sıralanmaktadır. Yapılan araştırmalarda uyku kalitesi ile psikolojik sağlık arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin artan rekabet ortamından ne ölçüde etkilendiğini bu durumun depresyon düzeylerine ve uyku kalitelerine nasıl bir etki yarattığını aralarında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymayı amaçladık. Bu doğrultuda Dokuz Eylül Tıp Fakültesi'ne bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalar üzerinde kesitsel anket çalışması yapmayı planladık.

Yöntem: Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı anket çalışması şeklinde planlanmıştır. Çalışmanın katılımcıları, Dokuz Eylül Tıp Fakültesi'ne bağlı Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran üniversite sınavına hazırlananlar olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmak için gönüllü olan bireylere Sosyodemografik Veri Anketi ve Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-42) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) anket şeklinde verilecektir. Katılımcılardan onam alınacaktır. Toplanan veriler kullanılan ölçek skorları üzerinden değerlendirilecektir. Veri analizi SPSS programı ile yapılacaktır.

Bulgular: Bulgular: Bağımlı değişken Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ortalama puanıdır. Bağımsız değişkenler ise Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS-42) puanı ve sosyodemografik veri anketinde bulunan yaş, cinsiyet gibi değişkenler şeklindedir. Araştırmamız tasarım aşamasındadır.

Sonuçlar: Sonuç: Uyku kalitesi ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki korelasyonların değerlendirilmesi ve bu süreçteki üniversite sınavına hazırlanan öğrencilerin genel sağlık durumlarının etkileneceği birçok hastalık için riskli grupta yer alabileceklerinin önemine vurgu yapılabilir. Sonuçlar bu aşamadaki öğrencilerin durumuna farkındalık oluşturacaktır.

Anahtar Kelimeler: depresyon, uyku kalitesi, üniversite sınavı

PS-11

Erken Yaşta (Çocukluk Çağı) Sigaraya Başlayan Hastada Sigara Bıraktırma Tedavisi: Olgu Sunumu

Nezaket Sabır[1] , Merve Deniz[1] , Makbule Neslişah Tan[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Sigara dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde Küresel Yetişkin Tütün Araştırma (Global Adult Tobacco Study-GATS) 2016 verilerine göre tütün kullanım oranı %31,6 (19,2 milyon kişi) olarak bildirilmiştir. Sigara kullananlar arasında 18 yaşından önce başlama oranı %57,5, 15 yaşından önce başlama oranı %15 ve ortalama başlama yaşı 17 olarak bildirilmiştir. Sigara bir geçiş maddesi olarak değerlendirilmekte, sigara ile başlayan yol alkol ve madde kullanımına doğru ilerlemektedir.

Yöntem: Bu olgu sunumunda Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran ve ortalama sigara başlama yaşından çok daha erken bir yaşta sigaraya başlayan bir hastanın sigara bıraktırma tedavisi ve takibini anlatmayı amaçladık.

Bulgular: OLGU: 32 yaşında erkek hasta sigara bırakma polikliniğine başvurdu. 5-6 yaşlarında dayısının zorlamasıyla sigara maruziyeti başlayan hastanın, 39 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Hastanın aynı zamanda çocukluğundan beri olan birçok yasa dışı madde kullanım öyküsü mevcuttu. 1,5 yıl önce geçirdiği miyokard enfarktüsü nedeniyle yapılan anjiyo sonrası ölüm korkusu yaşadığını ve hayatını değiştirmek istediğini, bu sebeple de AMATEM (Alkol – Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi) başvurusuyla birlikte 1 yıldır herhangi bir yasa dışı madde kullanmadığını belirtti. Daha önce sigara bırakma girişimleri olmuş fakat profesyonel destek almamıştı. Hastanın vitalleri ve sistemik muayenesi olağandı. Yapılan kan tetkikleri ve elektrokardiyografisinde herhangi bir patoloji izlenmedi. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanı:7 (yüksek nikotin bağımlılığı), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; depresyon skoru: 8 ve anksiyete skoru: 14 olarak saptandı. Hastayla motivasyonel görüşme yapıldı. Sigara bırakma danışmanlığı verildi. Tedavisi 8 hafta boyunca 15 mg/gün nikotin bandı, 4X2mg nikotin sakızı olarak planlandı. Hastaya nasıl kullanacağı ve yan etkileri detaylı olarak anlatıldı. Hastanın takipleri planlandı fakat hasta devamlılık göstermedi.

Sonuçlar: Literatürde birçok çalışmada sigara içmeye erken yaşta başlayanlarda daha yüksek nikotin bağımlılık düzeyi, görüşmelere daha düşük devamlılık, sigara içmeye yeniden başlamada daha yüksek oran bildirilmiştir. Olgumuzda da çocukluk çağının erken döneminde ve ortalama başlangıç yaşının çok öncesinde başlayan sigara ve madde kullanımı, görüşmelere devamlılık ve sigaraya tekrar başlama açısından risk faktörüydü. Nitekim hastamız görüşmelere devam etmedi ve sigara kullanımına devam etti. Bu hastaların görüşmelere devamlılığını sağlamada, sigarayı bırakmada ve sigaraya tekrar başlamalarını engellemede rutin sigara bıraktırma stratejilerinden daha farklı stratejiler geliştirilmesi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: erken yaş, madde kullanımı, sigara bırakma

PS-12

Soğuk Algınlığı İçin Reçete İsterken Kulağında Yabancı Cisim Saptanan Bir Olgu

Gizem Atik[1] , Pelin Arslan[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

Amaç: Dış kulak yolundaki yabancı cisimler hastanın hayat standardını düşüren can sıkıcı ve ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir durumdur. Dış kulak yolu yabancı cisimlerinin büyük çoğunluğu beş yaş altındaki çocuklarda görülmekte ve bu yaş grubundaki çocuklarda dış kulak yolunda yabancı cisim saptanma oranları %57 ile %80 arasında bildirilmektedir (1-2). Dış kulak yolu yabancı cisimleri erişkinlerde özellikle kulağı temizlemek için kullandıkları cisimlerin kulak yolunda kalması, çocuklarda ise gelişim evrelerinde deneysel öğrenmenin çok önemli bir yer tutması ve çoğu çocuğun el koordinasyonunu sağladıktan sonra buldukları yabancı cisimleri ağız, burun, kulaklarına sokma eğiliminde olması nedeniyle meydana gelmektedir (3). Çocuklar yabancı cismin özelliği çok önemli olmasa da ekmek, pamuk, kâğıt, boncuk, plastik maddeler, silgi parçacıkları, mısır parçacıkları, bitkiler ve canlı yabancı cisimleri kulaklarına sokabilirler (4). Böcekler daha çok 10 yaşından büyük çocuklar tarafından kulaklarına sokulurlar (5). Hastalar kulakta ağrı, tıkanıklık, çınlama, kanama, işitme kaybı gibi sebeplerle acil servislere ya da polikliniklere başvurdukları gibi bu cisimler rutin muayene sırasında da rastlantısal olarak saptanabilmektedirler (6-7). Tedavi genellikle poliklinik şartlarında yabancı cismin çıkartılması şeklinde olup nadiren lokalizasyonuna ve hasta uyumsuzluğuna bağlı olarak ameliyathane şartlarında anestezi altında yapılmaktadır.

Yöntem: Olgu sunumu

Bulgular: Dört yaşında kız hasta iki gün önce başlayan burun akıntısı ve öksürük şikayetleri ile aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Bu şikayetlere eşlik eden başka bir yakınması yoktu. Geliş vitallerinde TA:91/52 mmHg nabız: 97 atım/dk, ateş: 36.0 °C olarak saptandı. Yapılan solunum sistemi muayenesi olağan olarak bulundu. Oral bakıda tonsiller hiperemik olarak görüldü. Otoskopik muayenede ise sol dış kulak yolu ve timpanik membran olağan, sağ dış kulak yolunda yabancı cisim görüldü, timpanik membran izlenemedi. Diğer sistem muayeneleri olağan olarak bulundu. Bunun sonucunda anamnez derinleştirildiğinde hastanın üç gün öncesinde boncuklarla oynadığı ancak kulağıyla ilgili herhangi bir şikâyet belirtmediği söylendi. Hastanın dış kulak yolunun tamamen kapalı olması ve hasta uyumsuzluğu nedeniyle poliklinik şartlarında yabancı cisim çıkarılamayarak kulak burun boğaz hastalıkları da olan bir acil servise yönlendirildi.

Sonuçlar: Dış kulak yolunda yabancı cisim çocuklarda sık karşılaşılan bir durumdur. Kulakta ağrı, tıkanıklık, çınlama, kanama, işitme kaybı gibi semptomlarla başvurular olabildiği gibi olgumuzdaki gibi rastlantısal olarak da tespit edilebilmektedir. Bu nedenle özellikle çocukluk çağı döneminde herhangi bir semptom olmasa bile yabancı cisim olgularına karşı dikkatli olunmalı ve sadece semptoma yönelik sistem muayenesi yerine tüm sistemlere bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir. Kaynaklar: (1) Yaroko AA, Irfan M. An annual audit of the ear foreign bodies in Hospital UniversitiSains Malaysia. Malaysian Family Physician. 2012;7:2-5. (2) da Silva BSR, Souza LO, Camera MG, Tamiso AGB, Castanheira LVR. Foreign Bodies in Otorhinolaryngology:A Study of 128 Cases. Intl Arch Otorhinolaryngol. 2009;13:394-9. (3) Adedeji TO, Sogebi OA, Bande S. Clinical spectrum of ear, nose and throat foreign bodies in North Western Nigeria. Afr Health Sci. 2016;16:292-7. (4) Thompson SK, Wein RO, Dutcher PO. External auditory canal foreign body removal: management practices and outcomes. Laryngoscope. 2003;113:1912-5. (5) Olajuyin O, Olatunya OS. Aural foreign body extraction in children: a double-edged sword. Pan Afr Med J. 2015;20:186. (6) Thompson SK, Wein RO, Dutcher PO. External auditory canal foreign body removal: management practices and outcomes. Laryngoscope. 2003;113:1912-5 (7) Olajide TG, Olage FE, Arigbede OO. Management of foreign bodies in the ear: a retrospective review of 123 cases in Nigeria. Ear Nose Throat Journal. 2011;90:E16-9

Anahtar Kelimeler: dış kulak yolu, yabancı cisim

PS-13

Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Diz Ağrısı ile Başvuran Hastalarda Mezoterapinin Ağrıya Etkisi

Seyde Seda Kasapoğlu[1] , Büşra Bilik Sezer[1] , Gizem Limnili[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Mezoterapi cildin dermis tabakasına ilaç enjeksiyonu yöntemidir. Amaca uygun olarak seçilen ilaç karışımları bölgesel, küçük dozlarda, özel iğneler ve özel tekniklerle verilir. Mezoterapi uygulamasında dermiste mikro ilaç birikimi oluşur ve altta yatan dokulara yavaşça difüze olur. Böylece ilacın lokal etkisinin uzamasına, sistemik yola göre düşük doz ilaç kullanımına ve diğer farmakolojik ve non-farmakolojik tekniklerle sinerjiye izin vermektedir. Bu çalışma ile diz ağrısı ile aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalarda mezoterapinin ağrı üzerine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Randomize, plasebo-kontrollü, tek-kör planlanan çalışma DEU Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine diz ağrısı ile başvuran hastalar arasından dahil edilme kriterlerine uygunluk doğrultusunda seçilecektir. Haftada 1 olmak üzere 4 seans mezoterapi enjeksiyonu planlanmıştır. Ağrı değerlendirmede Vizüel Analog Skalası (VAS) kullanılacaktır.

Bulgular: Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran hastalardan seçilecek olan örnekleme sosyo-demografik veri anketi ile Vizuel Analog Skalası uygulanacaktır. Hastalar 1.ay VAS ağrı skorları ile değerlendirilecektir. Çalışma henüz tasarım aşamasındadır.

Sonuçlar: Mezoterapinin diz ağrısı ile başvuran hastalarda ağrıyı azaltmada güvenli ve etkin bir alternatif tedavi seçeneği olabileceği düşünülmektedir. Çalışma henüz sonuçlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: diz ağrısı, eğitim aile sağlığı merkezi, mezoterapi

PS-14

İleri Yaştaki Tip 2 Diabetes Mellitus Hastasında Tedavi Uyumunun Değerlendirilmesi: Olgu sunumu

İrem Yaren Baş[1] , Feride Akşehir Taşdemir[1] , Öykü Sağıroğlu[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Amaç: Kronik hastalıklar sürekli tıbbi kontrol, tedavi ve bakım zorunluluğu gerektiren sağlık sorunlarıdır. İleri yaş ile birlikte çoklu ilaç alımını zorunlu kılan kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Kronik hastalıkların tedavisi çoğunlukla uzun süreli ilaç kullanımını gerektirir. Özellikle uzun süren ilaç tedavi rejimlerinde, tedavinin başarısını belirleyen en önemli etmenlerden birisi de tedaviye uyumdur. Tedaviye uyum kişinin yaşam tarzı, davranışları, tedaviye olan inancı ve tedavinin devamlılığını kapsayan algı, tutum ve davranışların bir bütünü olarak algılanır ve hastanın bilgi, istek ve motivasyonundan büyük ölçüde etkilenir. Bu bağlamda tedaviye uyumsuzluk, endikasyon kapsamında doktorun alması için önerdiği tedaviyi hastanın uygulamasındaki gönülsüzlüğü veya yeteneksizliği anlamına gelmektedir. Yaşlanmayla tedaviye uyum azalmakta, bu durum yaşlılarda bilişsel fonksiyon ve bellekte zayıflama, görme ve işitme kaybı gibi fiziksel yetersizliklerin oluşması ile ilişkilendirilmektedir. Bu olgu sunumunda tedaviye uyum yeteneği zayıf hastaların kronik hastalık yönetiminde, tedavi başarısında ve iyilik halinin sağlanmasında aile hekiminin rolünü anlatmayı amaçladık.

Yöntem: Olgu sunumu

Bulgular: 68 yaş erkek hasta yaklaşık iki haftadır olan mide bulantısı, sık acıkma ve çok yeme şikayetleriyle aile hekimliği polikliniğimize başvurdu. Bilinen tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon ve benign prostat hiperplazisi hastalıkları mevcut. Hasta öyküsünde yaklaşık bir ay önce kontrol amaçlı başvurduğu dahiliye polikliniğinde yeni bir ilaç başlandığını, bu şikayetlerinin ilacın yan etkisi olduğunu düşündüğünü ve bu konuyu bize danışmak için başvurduğunu söylüyor. Tip 2 diabetes mellitus için öncesinde metformin 2gr/gün kullanmakta olan hastadan yeni başlanan ilacı göstermesi isteniyor. 50mg vildagliptin, 1g metformin içeren ilacın kullanım şekli sorgulanıyor. Hasta eski ilacına ek olarak yeni ilacını da 2x1 şeklinde aldığını belirtiyor. İlaçların doğru kullanım şeklinin hasta tarafından yanlış anlaşıldığından şüpheleniliyor ve sistemden dahiliye poliklinik başvurusuna ait notlar ve reçetesi kontrol edildikten sonra hastanın eski ilacını bırakıp yeni ilaç ile devam etmek yerine her ikisini birden almaya devam ettiği anlaşılıyor. Fizik muayenede; kan basıncı:135/82 mmHg, nabız:86/dk, boy:178 cm, vücut ağırlığı:84.9 kg, parmak ucu tokluk kan şekeri:102mg/dl, sistem muayeneleri olağan. Hastaya muayene esnasındaki parmak ucu kan şekeri normal olsa da arada hipoglisemi atakları yaşıyor olabileceği ve şikayetlerinin ilaçları yanlış kullanmasından kaynaklı olabileceği anlatıldı. Doğru ilaç kullanımı hakkında bilgi verildi ve anladığından emin olundu. Düzenli parmak ucu kan şekeri ölçümü yapmayan hastadan ölçüm yapması istendi ve iki hafta sonrası için randevu oluşturuldu. İki hafta sonraki başvurusunda kan şekerlerinin normal sınırlar içinde seyrettiği ve hastanın şikayetlerinde gerileme olduğu gözlendi.

Sonuçlar: Aile hekimliği bireyleri doğum öncesinden başlayıp ölüm anına kadar takip eden bir branştır. Kronik hastalıkların yaşamın önemli bir bölümünü etkilemesi ve uzun süreli ilaç kullanımına yol açması nedeniyle takip ve izlemi hastaların en kolay ulaşabileceği aile hekimleri için önem arz etmektedir. Aile hekimlerinin ilaçları kendileri başlamasa da ilgili branş hekim kontrollerinin belirli aralıklarda olması sebebi ile hastalarını sık kontrollere çağırmaları, ilaçların etkileri ve tedaviye uyum konusunu açıklamaları gereklidir. Özellikle ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalık ve polifarmasi oranlarının artması aile hekimlerinin bu yaş gruplarına özel yaklaşımını gerektirmektedir. Aile hekimleri hem hasta hem de sağlıklı bireyler ile en sık karşılaşan hekimlerdir. Karşılıklı iletişim kurulması ve güven ortamının oluşması, kronik hastalıklar ve çoklu ilaç kullanımıyla mücadele etmekte olan hastaların yaşam kalitesinde artış sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: ileri yaş, kronik hastalık, tedavi uyumu

PS-15

PFAPA Sendromu- Olgu Sunumu

Pelin Arslan[1] , Gizem Atik[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Amaç: PFAPA (Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Adenitis) sendromu periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenitin eşlik ettiği tekrarlayıcı, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen ve kalıtsal olmayan bir sendromdur. (1) Periyodik ateş sendromları, herhangi bir mikroorganizma uyarısı olmadan ortaya çıkan, spontan otoinflamasyonun olduğu bir grup hastalıktır. Tekrarlama eğiliminde olan bu otoinflamasyon atakları serozal ve sinoviyal yüzeylerde, deride lokalize inflamasyonlara neden olurlar. (2) PFAPA sendromu genellikle 6 ay ile 5 yaş arası çocuklarda görülür. Yirmi bir-yirmi sekiz günde bir tekrarlayan ve üç-altı gün 39 C'nin üzerinde devam eden yüksek ateş tespit edilmektedir. Bu sendromun tanısı diğer olası sebepleri ekarte ederek klinik olarak konmaktadır. (3) Hastalığın bulguları çocukluk çağında sık görülen ve tekrarlayan bakteriyel tonsillit, viral üst solunum yolu enfeksiyonu ile örtüşmektedir. Tanısal süreçte de PFAPA sendromu hastalarının tekrarlayan bakteriyel ve viral tonsillitlerden ayrılması, bu hastaların gereksiz antibiyotik kullanmasını önlemek açısından da önemlidir. (4)

Yöntem: Olgu Sunumu

Bulgular: Dört yaş hasta üç gündür devam eden yüksek ateş, boğaz ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hasta ateş yüksekliğinin ilk gününde dış merkeze başvurmuş ve boğaz kültürü alınıp amoksisilin başlanmış. Üç gündür amoksisilin kullanan hastanın şikayetlerinde bir gerileme olmamış. Fizik muayenesinde vücut ısısı 39,1°C. Bilateral submandibular bölgede 1x1 cm ağrılı, mobil lenfadenopati ve tonsillerde beyaz renkli membranlar saptandı. Ağız içinde aftöz ülserleri mevcuttu. Fizik, motor ve mental gelişimi yaşa göre normal olan hastanın diğer sistem bulguları normal saptandı. Hastanın laboratuvar bulgularında beyaz küre: 16,500/mm3 (%76 segment, %18 lenfosit, %6 stab), hemoglobin: 12 g/dl, hematokrit: %36,2 trombosit: 342.000 /mm3, eritrosit çökme hızı: 65 mm/saat, C-reaktif protein: 21 mg/dl. Diğer biyokimyasal parametreler normal olarak saptandı. EBV ve CMV serolojisinde akut enfeksiyonu gösteren pozitiflik saptanmadı. Dış merkez boğaz kültür sonucunda normal flora üyeleri üremiş olarak saptandı. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde son altı ay içerisinde dört kez benzer klinik tablonun tekrarladığı, antibiyotik ve ateş düşürücü kullanılmasına karşın ateşin 5-6 gün sürdükten sonra normale döndüğü öğrenildi. Benzer klinikle dış merkeze son başvurusunda tetkikleri yapılmış olup PFAPA ön tanısı almış olduğu hastanın kayıtlı anamnez geçmişinde görüldü. Hastaya mevcut ön tanı ile tek doz oral prednizon (1mg/kg) verildi. Sonraki gün kontrol başvurusuna gelen hastanın oral prednizon sonrası sekiz saat içinde ateşinin düştüğü ve tekrar yükselmediği belirtildi.

Sonuçlar: Çocuklarda tekrarlayan ateşlerin en sık nedenleri tonsillit, faranjit, otit, sinuzit ve üriner sistem enfeksiyonlarıdır. Ritmik olarak tekrarlayan ve ateşin uzun süre dirençli bir şekilde yüksek seyrettiği vakalarda periyodik ateş sendromları düşünülmelidir. PFAPA sendromunun tanısı diğer olası hastalıkları ekarte ettikten sonra klinik olarak konmaktadır. Tanıda iki temel bulgudan biri 39 C'yi aşan ve üç-altı gün süren, üç-sekiz haftada bir görülen yüksek ateş olmasıdır. Diğer temel özellik ise ataklar arasında hastanın tamamen sağlıklı olmasıdır. Hastalığa özgü belirli laboratuar parametreleri bulunmamaktadır. Atak sırasında hafif artmış lökosit sayısı ve ESH mevcut iken, ataklar arasında normale dönmektedirler. (5) Tekrarlayan ateş atakları yıllarca sürebilir, ancak çocuk büyüdükçe bu atakların arası açılmaktadır. Bu hastalar yaşları ile uyumlu büyüme ve gelişme eğrilerini takip etmektedirler. PFAPA'lı çocukların tedavisinde atak başında tek doz oral prednizon (1-2mg/kg) verilmesi semptomları hızlı ve belirgin olarak geçirebildiği, ancak bazı vakalarda atak sıklığını artırdığı bildirilmektedir. Prednizon tedavisi ile kontrol edilemeyen vakalara tonsilektomi uygulanabilmektedir. (6)

PFAPA Tanı Kriterleri

Hastalığın erken çocukluk döneminde başlaması
Düzenli olarak tekrarlayan ateş atakları
Alevlenmeler sırasında bu ilişkili özelliklerden en az birinin varlığı: aftöz stomatit, farenjit ve/veya servikal adenit
Büyüme ve gelişimi normal olan çocukta alevlenmeler arasındaki asemptomatik aralıklar
Alevlenmeler sırasında solunum yolu enfeksiyonu belirtilerinin olmaması ve siklik nötropeni, bilinen diğer periyodik ateş sendromları, immün yetmezlik veya otoimmün hastalıkların dışlanması

PFAPA için evrensel olarak kabul edilen hiçbir kriter geliştirilmemiştir. 1989'da yayınlanan PFAPA'nın orijinal kriterleri tablodaki özellikleri içeriyordu.

Anahtar Kelimeler: periyodik ateş, pfapa, tekrarlayan ateş sendromları

PS-16

Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Reçetelerine Ek Kalem Takviyeler Yazılması ve Hasta-Hekim Yönelimi Arasındaki İlişki

Nuray Derin Peköz[1] , Ozan Emre Eliaçık[1] , Rümeysa Yılmaz[1] , Nilgün Özçakar[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Günümüzde yaşam koşullarının değişmesi, sağlık arama ve sağlığı sürdürme davranışlarında da birtakım değişiklikler oluşturmaktadır. Bilgiye ulaşmak daha kolay olduğu kadar doğru bilgiye ulaşmak da bir o kadar zorlaşmıştır. İnsanlar sağlığa ulaşmak veya sağlığı sürdürmek amacıyla ulaştıkları bilgi kaynakları doğrultusunda çeşitli gıda takviyeleri kullanmaya başvurmaktadır. Uygun takviyelerin kullanımı sonucunda da pek çok araştırmalar göstermiştir ki sağlığa ulaşma veya sağlığı sürdürme konusunda olumlu veriler elde edilmiştir. Bizler, uygun takviyelerin hastanın şikayetleri doğrultusunda aile hekimlerince reçete edilmesi ile hasta-hekim yönelimi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymayı amaçladık. Bu doğrultuda Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı eğitim aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar üzerinde kesitsel anket çalışması yapmayı planladık.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı anket çalışması şeklinde planlanmıştır. Çalışmanın evreni, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı eğitim aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü hastalar şeklindedir. Çalışmaya katılmak için gönüllü olan hastalara sosyodemografik veri anketi ve ölçek anketi verilecektir. Ölçek olarak orijinal ismi "The Patient–Practitioner Orientation Scale" olan Türkçeye "Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği" olarak uyarlanan ölçek anketi kullanılacaktır. Reçetesine ek kalem olarak takviye eklenen hastalar ve reçetesine ek kalem olarak takviye eklenmeyen hastaların anket cevapları sonucundaki ölçek skorları değerlendirilecektir. Katılımcılardan yazılı onam alınacaktır. Veri analizi SPSS programı ile yapılacaktır.

Bulgular: Bağımlı değişkenler Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği ortalama puanı ve alt başlık ortalama puanlarıdır. Bu alt başlıklar: Paylaşım Alt Ölçeği ve Bakım Alt Ölçeği şeklindedir. Bağımsız değişkenler ise sosyodemografik veri anketinde bulunan yaş, cinsiyet, öğrenim durumu şeklindedir. Araştırma tasarım aşamasındadır.

Sonuçlar: Bağımlı değişkenler ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyonlar ile beraber iki hasta grubu arasındaki istatistiksel analizlerin değerlendirilmesi, tedavide yalnızca medikal yaklaşım ve hekim merkezli yaklaşımdan ziyade diyet ve diğer ek destekler ile beraber tedavinin desteklenmesi ve hasta merkezli yaklaşımın önemine vurgu yapabilir.

Anahtar Kelimeler: hasta, hekim, reçete, takviye, tedavi

PS-17

Oftalmik Bölgede Unilateral Ağrı Yakınması ile Gelen Bir Herpes Zoster Oftalmikus Vakası

Büşra Babaç Ergin[1] , Büşra Nur Gürdağ[1] , Başak Korkmazer[1] , Hilal Özkaya[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

Amaç: Varicella-zoster virüsüne bağlı gelişen herpes zoster enfeksiyonunun klinik tablolarından biri olan herpes zoster oftalmikus, 5. kranial sinirin oftalmik dalının tutulumuna bağlı oluşur. Tüm herpes zoster vakalarının yaklaşık dörtte birini temsil eder. Herpes zoster oftalmikusu olan çoğu hasta, etkilenen dermatoma göre dağılan periorbital veziküler döküntü ile başvurur. Az sayıda hastada ayrıca konjonktivit, keratit, üveit ve oküler kraniyal sinir felçleri gelişebilir.

Yöntem: Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine yüzün sol yarısında yanma, sol gözde ağrı yakınması ile başvuran hastanın muayene sonrası göz hekimine yönlendirilmesi neticesinde tetkik edilmesi ve tanı alıp tedavisinin başlanması sağlanmıştır.

Bulgular: Yirmi beş yaşında kadın hasta, ani gelişen ve giderek artan, yüzün sol yarısında yanma, sol gözde ağrı yakınması ile aile hekimliği polikliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen hipotiroidizm tanısı dışında herhangi bir kronik hastalık hikayesi yoktu. Çocukluk çağında varicella zoster enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde sol göz ve çevresinde mandibulaya kadar uzanan hiperemi gözlendi. Diğer sistemik muayeneleri ve nörolojik muayenesi olağandı. Hastaya herpes zoster oftalmikus ön tanısı ile analjezik ve asiklovir tablet 800 mg, günde beş kez, beş gün süreyle başlandı. Oküler tutulumun değerlendirilmesi için göz hastalıklarına sevk edildi. Tedaviyi tamamlamanın ardından kontrole çağırılan hastanın şikayetlerinin tamamen gerilediği gözlendi.

Sonuçlar: V.zoster virüsü genellikle pediatrik grupta enfeksiyona neden olur. Spinal dorsal kök ganglionların nöronlarında latent olarak saklanır.Yaşlılık, yetersiz beslenme, immün süpresyon, fiziksel, duygusal stres ve yorgunluk gibi tetikleyici faktörler eşliğinde merkezi sinir sisteminden reaktive olabilir. Oftalmik zoster enfeksiyonunun kalıcı sekeli, kronik oküler inflamasyon, görme kaybına sebep olabilir. Asiklovir, valasiklovir ve famsiklovir gibi antiviral ilaçlar, döküntünün başlamasından sonraki 72 saat içinde başlandığında oküler tutulumu önlemede en etkilidir. Aile hekimleri içi sıvı dolu veziküler, ağrılı ve tipik döküntü ile prezente olan bu durumu tanıyıp muhtemel oftalmopati konusunda her zaman şüphe ile yaklaşmalı, tedaviye ivedilikle başlanmalı ve başta görme kaybı olmak üzere olası oküler komplikasyonların detaylı değerlendirilmesi için göz hekimine sevkini gerçekleştirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, herpes zoster, oftalmopati

PS-18

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı: Olgu Sunumu

MUHAMMET EMİN AYDIN[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Amaç: Akılcı olmayan ilaç kullanımı; hastaların tedaviye uyumunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, şikayetlerin geçmemesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, advers olay görülme sıklığının artmasına, gereksiz sağlık kurumu başvurusuna ve tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımını azaltmak için hastaların bilgi eksikliğinin giderilmesi, hasta doktor güveninin sağlanması ve hastalardan detaylı anemnez almak gerekmektedir.

Yöntem: 62 yaş kadın, ev hanımı, okuryazar değil, 5 yıl önce eşi vefat etmiş, iki çocuğu var, tek yaşıyor. Genel durumu iyi, mental durumu iyi, hekim oryantasyonu sorunlu, sosyoekonomik düzey düşük. Sigara, alkol tüketimi yok. Menopoza girme yaşı 52. Babası kalp hastası. Tarafımıza ilaç yazdırmak için gelen hasta şikâyetinin olmadığını söyledi. Sorular derinleştirilmek istendiğinde kısa cevaplar verdi, acelesinin olduğunu sadece ağrı kesici yazdırmak istediğini, başka sorunu olmadığını, diğer doktorların sıkıntı çıkartmadığını hemen gitmek istediğini belirtti. Kronik hastalık yok, analjezik dışında kullandığı ilaç yok. Sağlık kuruluşuna ilaç yazdırma dışında başvurusu yok, istediği ilaçları her seferinde yazdırmış, bizim kurumumuzda da 3 kez talebi yerine getirilmiş. Hangi ilaçları kullandığı, ne yazılması istendiği sorulduğunda; 3 NSAİİ, 2 parasetamol grubu ilacın birkaç kutu şeklinde yazılmasını istedi. Bu ilaçların bu şekilde yazılamayacağı, bunları kullanma sebebini söylemek zorunda olduğu belirtildi. Hasta istemeyerek uyku sorunları için kullandığını ve başka ilaçların işe yaramadığını, bu ilaçları her gün alması gerektiğini belirtti. İnsomnia ön tanısı uzun konuşma sonrası öğrenildikten sonra anemnez derinleştirildi. Hasta ne kadar iyiyim dese de eşinin vefatından sonra uyku sorunları başlamış ve benzer ilaçlar yıllar içinde uyumak için kullanılmaya başlanmış.

Bulgular: Klinik bulgular: FM'de göz altlarında hafif morluk dışında patoloji yok. NM doğal. Vitaller normal. Beck depresyon ölçeğine göre hafif depresif. Değerlendirme: İnsomnia için atipik benzodiazepin başlandı, diğer ilaçları kullanmaması söylendi. Uyku kalitesini artırmaya yönelik uyku hijyeni ile ilgili bilgiler önemle vurgulandı. Son 2 yıldır kan tetkiki yapılmamış, kan tetkiki planlandı. Zaman akışı:Kan sonuçlarında hafif kolestrol yüksekliği ve A1C:5,9 dışında patoloji yok. Hasta yıllardır olan uyku sorununun çözüldüğünü, bundan sonra kontrolü bize bıraktığını, hekimlere güvendiğini söyledi. Yürüyüş ve beslenme düzenlemesi yapıldı, uyku hijyeni tekrar vurgulandı. Uyku ilacına 1 ay devam etmesi son hafta yarım kullanarak azaltması söylendi. GGK istendi negatif geldi. Mamagrofi için yardımcı olabileceğimiz belirtildi, bunun için sonra geleceğinin sözü alındı. Endoskop ve kolonoskop kesinlikle istemedi.

Sonuçlar: Hastada lehçesel farklılık ve oryantasyon sorunu olduğu için ilk muayenede iletişimde zorluk yaşandı. Ön tanı olan depresyon, fibromiyalji ve diğer hastalıklar; anemnez, fizik muayene, test ve tetkiklerle dışlandı. Hastanın yaşı itibariyle olan taramaları yapılmaya çalışıldı. Farmakolojik tedavi başlandı ve uyku alışkanlıklarında değişiklik yapıldı. Zopiklon 7,5 mg ilk hafta yarım, iki hafta tam ve sonrasında bir hafta yarım şeklinde tedavi tamamlandı. Hastaya antihistaminik başlanmadı, çünkü daha öncesinde kullanmış ve işe yaramadığını düşünüyordu, ayrıca hastanın hekimlere olan güven sorunu konuya dahil edilmek istenmedi. Hastaya tedavi öncesi ve sonrası uyku ölçeği değerlendirmesi yapılabilirdi. Hastamızın tedaviye uyumu iyi seviyedeydi. Süreç boyunca ve sonrasında ilaçtan memnun kaldığını, hekimlere olan güveninin arttığını söyledi. Sonuç olarak hekimlerin her daim hasta anamnezini detaylı alması gerekiyor diyebiliriz ve akılcı ilaç kullanımının önemini tekrar vurgulayabiliriz.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, insomnia, uyku sorunları

PS-19

Anemnez Her Zaman Güvenilir mi? Halsizlik, Boğaz Ağrısı ve Ateş Yakınması Olan Hasta

Esra Yıldız[1] , Memet Taşkın Egici[1] , Özge Börklü Doğan[1] , Emine Zeynep Tuzcular Vural[1] , Akın Dayan[1] , Işık Gönenç[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Human immunodeficiency virüsü (HIV), kronik süreçte bağışıklık sisteminin tutulması ve baskılanmasına neden olur. Sonuçta fırsatçı enfeksiyonlar, maligniteler gelişerek AIDS (Acquried-immunodeficiency syndrome) yani edinsel immün yetmezlik sendromu olarak isimlendirilen klinik tabloya neden olur. Virüs CD+ T lenfosit sayısı ve fonksiyonlarında azalmaya neden olur, yarattığı inflamasyon nedeniyle immün yorulma ve tükenme sonucunda da AIDS gelişir. Günümüzde HIV bulaşmasının en yaygın nedeni korunmasız cinsel ilişkidir. HIV, korunmasız her türlü cinsel temas (oral, vajinal, anal), enjektör paylaşımı, HIV ile enfekte kan ve kan ürünleri transfüzyonu veya anneden bebeğe gebelik döneminde veya doğum sonrasında emzirmeyle bulaşabilmektedir. HIV ile enfekte bireylerin erken tanımlanması, antiretroviral tedaviye erken başlanması, bireylerin uzun ve kaliteli yaşamasını sağlarken diğer yanda toplum içinde bulaşların da azalmasına önemli ölçüde katkı sağlamaktadır. Aile hekimlerinin farkındalıklarının artması, bireylerin tanı almasındaki gecikmeyi engelleyecek olup, virüs bulaşının azalmasında da oldukça etkili olabilecektir. Bu olgu sunumunda bakteriyel ve viral diğer hastalıklarla benzerlik taşıyan bulgular ve şikayetler ile başvuran akut evre HIV hastasıyla karşılaşıldığında HIV enfeksiyonunun ayırıcı tanıda düşünülmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine muayene için başvuran hastanın onamı alınarak olgu sunumunda klinik bulgu ve takip süreçleri kullanıldı.

Bulgular: 20 yaşında erkek hasta bir aydır olan halsizlik, genel vücut ağrısı, iştahsızlık üç gün önce başlayan boğaz ağrısı, burun akıntısı, ateş yakınmaları ile Polikliniğimize başvurmuştur. Hastanın özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik bulunmamaktadır. Boy:190 cm Vücut ağırlığı:120 kg. Hastanın fizik muayenesinde orofarenks ve tonsillerinin hiperemik olduğu ve en büyüğü 2 cm olan yumuşak ağrılı servikal multipl lenfodenopati saptanmıştır. Hastaya şüpheli cinsel ilişki öyküsü sorgulandığında olmadığını beyan etmiştir. Hastanın kan tetkiklerine, onamı alınarak Anti-HIV testi eklenmiştir. Laboratuvar tetkiklerinde 25-OH vitamin D 17.9 µg/L, vitamin B12 189 ng/L, folat 2.0 µg/L, ferritin 425 µg/L,8, CRP 27,3 mg/L, LDH 386 U/L, Beyaz Küre 13.3x10*3/µL ve Anti-HIV testi pozitif gelmiştir. Hasta Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine yönlendirilmiştir. Yapılan HIV-RNA PCR testi sonucu 2922161 IU/ml gelen hasta HIV + olarak takibe alınmıştır. Hasta aile hekimliğine kontrole geldiğinde enfeksiyonun gerilediği görülmüş, hepatit A ve B aşısı, pnömokok aşıları yaptırılmış, bulaş yolları ve korunma yöntemleri anlatılmıştır.

Sonuçlar: Primer HIV enfeksiyonu sırasında, virüsün edinilmesini takiben ilk belirtilerin ortaya çıktığı akut HIV enfeksiyonu tablosu gelişir. Bu tablo etken vücuda alındıktan sonra ilk 1–6 hafta içerisinde ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde klinik bulgular, HIV enfeksiyonuna özgü olmayıp oldukça değişkendir. Akut HIV enfeksiyonunun belirti ve bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Anti-HIV taramalarda bakılan bir test olmakla birlikte virüs bulaşının ilk 10–14 gününde henüz antikor oluşumu meydana gelmediği için negatiflik saptanabilir, şüphe halinde 4–6. haftada ve 3. ayda tekrarlanabilir. HIV enfeksiyonunun varlığı doğrulama incelemesinin sonucunun pozitif olması halinde kanıtlanmış olur. Kesin teşhis konana kadar hastaya cinsel ilişkiye girmemesi, ortak enjektör kullanmaması ve kan ürünü bağışı yapamayacağı belirtilmelidir. Cinsel yolla HIV enfeksiyonu bulaşlarının neredeyse %50' sinde kaynağın primer dönemdeki olgular olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenlerle, akut HIV enfeksiyonu tanısının konması ve erken tedavinin başlanması birey ve toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Aile hekimliğine ayrışmamış ve farklılaşmamış hasta grupları başvurabilmektedir. Özellikle uzun süreli ateş halsizlik gibi şikayetleri olan hastalarda temas öyküsü belirtilmese bile HIV de mutlaka akla gelmeli, ileri incelemeleri koordine edilmelidir.

Akut HIV enfeksiyonunun belirti, bulguları ve sıklığı

Ateş(38-40°C) (%77)	Gece terlemesi (%22)
Döküntü (%56): *Sınırları belirgin, kırmızı makül ya da makülopapüler lezyonlara özellikle üst gövde, boyun ve yüzde rastlanır*	Ağrılı oral, vajinal veya penil ülserasyonlar (%7): *Akut retroviral sendromun en ayırt edici belirtisidir*
Baş ağrısı (%51)	İşstahsızlık, kilo kaybı (%24)
Halsizlik, yorgunluk (%66)	Artralji (%31), miyalji (%55)
Lenfadenopati (%39)	

Tablo 1.

Anahtar Kelimeler: edinsel immün yetmezlik sendromu, HIV

PS-20

Liken Planopilaris: Olgu Sunumu

Cem Doğan[1] , İlyas Enes Silay[2] , Akın Dayan[1] , Emine Zeynep Tuzcular Vural[1] , Memet Taşkın Egici[1] , Şirin Yaşar[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği

Amaç: Liken planopilaris(LPP) kıl folikülünün otoreaktif lenfositik hasarı ile karakterize, kronik, ilerleyici bir skatrisyel alopesi tipidir. Skatrisyel alopesilerin %25'ini oluştururken, tüm alopesilerin %1,25'ini oluşturan nadir bir hastalıktır. Klasik LPP, Graham-Little-Piccardi-Lassueur sendromu (GLPLS) ve frontal fibrozan alopesi(FFA) olmak üzere 3 klinik formu vardır. Klasik LPP skalpta dağınık şekilde ortaya çıkan, perifoliküler eritem, mor-kahverengi likenoid papüllerle spinöz foliküler hiperkeratozun eşlik ettiği kısmi saç kayıplarıyla karakterizedir. Lezyonlarda zamanla skar, atrofi ve depigmentasyon gelişir. GLPLS, LPP'nin nadir bir formudur. Skalpta yama tarzında skatrisyel alopesi, aksiller ve pubik bölgedeki kıllarda skatrisyel olmayan tipte kayıp; gövde, ekstremitelerde gruplaşmış foliküler papüllerle karakterizedir. FFA tipik olarak postmenopozal kadınlarda görülür. Çoğunlukla kaş dökülmesinin eşlik ettiği frontotemporal saç çizgisinde geri çekilme, yeni oluşan saç çizgisinde foliküler hiperkeratoz tipiktir (1). İnsanları ilerleyici ve kalıcı saç kaybına yol açabilmesi ile psikososyal açıdan olumsuz etkileyebilmektedir. Bu olgu sunumunda LPP'nin erken tanısı, uygun tedavisiyle hastaların semptomlarının azaltılabileceği ve hastalığın ilerlemesinin önlenebileceği vurgulanmak istendi.

Yöntem: Çalışma SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniğinde, Şubat 2023'te, deri ve zührevi hastalıklar polikliniğine başvuran ve hastaneye yatışı yapılan, aydınlatılmış onamı alınan hastanın klinik izlemini içeren olgu sunumu şeklinde yapıldı.

Bulgular: Elli dokuz yaşında kadın hasta saç dökülmesi şikayetiyle hastanemizin deri ve zührevi hastalıklar polikliniğine başvurdu. Hikayesinden 8 sene önce saçının dökülmeye başladığı ve dış merkezde yapılan punch biyopsi sonucunun liken planoplaris olarak raporlandığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde kronik hepatit B, astım, hipertansiyon ve diabetes mellitus tanıları mevcuttu. Hastanın soy geçmişinde ise özellik saptanmadı. Geçmişte intralezyonel ve topikal steroid tedavisi, sistemik hidroksiklorokin ve sistemik steroid tedavisi denenen hasta, bu tedavilere yanıtsız kalmıştı. Düzenli kullandığı ilaçlar: metformin 1000mg 2x1, amlodipin 10mg 1x1, desloratadin 10mg 1x1, asetilsalisilik asit 81mg 1x1, salmaterol ve flutikazon 25/250mcg 2x1 idi. Hastanın dermatolojik muayenesinde; kaş dökülmesi (Resim a), saçlı deride vertekste skatrisyel saç kaybı ve yer yer perifoliküler eritem ve skuamlı plaklar(Resim b) görüldü. Hastanın yapılan biyopsi incelemesindeyse perifoliküler müsin varlığı ve eşlik eden perifoliküler fibrozis ile seyrek lenfoid hücre varlığı ve immünfloresan incelemesinde C3 ile kıl folikülü epitelinde dermo-epidermal bileşkede lineer pozitif boyanma ve IgM ile globoid cisimlerde pozitif boyanma görüldü. Bu bulgular klasik LPP'yi destekler nitelikteydi. Laboratuar incelemesinde hemogramı normaldi. Biyokimya parametreleri, AST ve GGT yüksekliği haricinde normal saptandı. Hastanın tedavisi siklosporin 250 mg 1x1 olarak düzenlendi ve hasta takibe alındı.

Liken Planopilaris



Resim a: Kaş dökülmesi Resim b: Vertekste skatrisyel saç kaybı ve yer yer perifoliküler eritem ve skuamlı plaklar

Sonuçlar: LPP ilerleyici ve kalıcı saç kaybına yol açabilmesi ile insanları psikososyal açıdan olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Skalp dermatoskopi tanıda yardımcı olsa da kesin tanı histopatolojik incelemeyle konulur (2). Birinci basamak tedavide intralezyonel steroid ve lokal steroid gibi topikal tedaviler; direnç görülürse sistemik hidroksiklorokin tedavisi planlanabilir. Bu olgu gibi dirençli vakalarda ise siklosporin gibi immunosupresif tedavilerin kullanılabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (3). Siklosporin tedavisi başlanan hastalar, ilacın yan etki profili göz önünde bulundurularak takip edilmelidir. Erken tanı ve uygun tedaviyle hastaların çoğunluğunda semptomların azalması sağlanıp, hastalığın ilerlemesi önlenebilir. Aile hekimliği pratiğinde LPP gibi düşük prevalanslı hastalıklarla karşılaşılabileceği ve bu hastalıklara erken tanı konulup, uygun uzmanlık alanlarına uygun zamanda yönlendirmenin önemi unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Liken planopilaris, Skatrisyel alopesi

PS-21

Okul Öncesi Dönem Çocuklarında Yeme Davranışları ve Ebeveyn Algısının Değerlendirilmesi

Feyzanur Erdem[1] , Seçil Arıca[1]

[1]Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı okul öncesi dönem çocuklarında yeme davranışlarını ve ebeveynlerin çocuklarının kilo ve iştah durumu algısını incelemektir.

Yöntem: Çalışmamız gözlemsel, kesitsel olarak tasarlanmış çalışmadır. Çalışma öncesi etik kurul izni alınmış olup, çalışmamız Temmuz 2018-Eylül2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. SBÜ Haseki E-ASM'ye bağlı popülasyondaki 3-6 yaş arası çocukların ebeveynlerine kişisel bilgi formu ve çocuklarda yeme davranışı değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Anket öncesi gönüllü olur formu uygulanmış olup, elde edilen veriler SPSS programı ile değerlendirilmiştir

Bulgular: Çalışmamıza 206 kişi katıldı, çalışmaya dahil edilen çocukların yaş ortalaması 4,6±1,0 (3-6) yıl idi. Katılımcıların %51,2'si kız, %48,8'i erkekti. Katılımcıların %90,7'si Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı idi. Çocukların %64.7'si normal kilolu, %15.9'u obez, %11.5'i az kilolu ve %7.7'si fazla kiloluydu. Çalışmaya alınan annelerin %41.5'i, babaların %46.9'u ilköğretim mezunu idi. Annelerde obezite oranı %31.2, fazla kilolu olma oranı %36 oranındaydı. Annelerin çocuklarının iştah algısı ve kilosunu değerlendirme durumu değerlendirildiğinde annelerin %45.6'sı çocuğunun iştahsız olduğunu belirtmiş olup, %45.9'u çocuğunun kilosunu çok zayıf ve zayıf olarak belirtti. Çocuğun sergilediği olumlu yeme davranışları anne baba eğitim durumu, gelir düzeyi ile anlamlı olarak ilişkiliydi($p<0.005$). Çocuğun sergilediği olumsuz yeme davranışları anne baba eğitim durumu, gelir düzeyi ile negatif yönde anlamlı olarak ilişkiliydi($p<0.005$). Çocuk cinsiyeti erkek olanlarda çocuğun sergilediği olumsuz yeme davranışları, çocuğun yemek hazırlanmasına ilişkin davranışları erkek cinsiyette anlamlı olarak düşüktü($p<0.005$).

Sonuçlar: Çalışmamızda ebeveynlerin çocuklarının kilo durumu ve iştah düzeyini değerlendirmelerinin yeterli olmadığı, anne- baba eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin çocuklarda olumlu yeme davranışlarıyla ilişki olup, olumsuz yeme davranışlarıyla negatif yönde ilişkili olduğu, erkek çocuklarda kız çocuklara göre olumsuz yeme davranışının ve yemek hazırlama davranışlarının düşük olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: beslenme, çocuk, ebeveyn, tutum

PS-22

Delüzyonel Parazitoz Hastası: Olgu Sunumu

TUĞÇE SEVEN AYDIN[1]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Delüzyonel parazitoz tıbbi bir kanıt olmamasına rağmen kişinin parazit ya da yaşayan küçük yaratıklar tarafından enfekte olduğu yanlış ve ısrarlı inancı ile seyreden sanrısal bir bozukluktur. Yüzyıldan uzun zamandır Ekbom hastalığı, psikojenik parasitoz gibi çeşitli isimlerle adlandırılmıştır. Delüzyonel parazitoz birincil veya ikincil olarak gelişebilir. Delüzyonel parazitoz patofizyolojisini açıklamada kognitif ve duyusal yaklaşımlardan bahsedilmektedir. Kadınlar erkeklerden daha fazla etkilenmektedir. DP genellikle tek kişide görülmesine rağmen bazen birden fazla kişide (folie a deux, folie a trois) hatta ailenin tüm bireylerinde (folie a famille) görülebilmektedir. Özellikle gerçek parazitozlarla ayırıcı tanısının yapılması gereklidir. Delüzyonel parazitoz olgularının çoğunda semptom bir kez yerleştikten sonra genellikle tedaviye yanıt düşüktür. Uzun sürelerle tedavisiz kalan hastalarda sanrısal sistem yerleşmekte ve kronikleşmektedir. Tedavisinde antipsikotikler, antidepresanlar, elektrokonvulsif tedavi; cilt lezyonları varsa topikal dermatolojik ajanlar ve antihistaminikler kullanılmaktadır

Yöntem: 65 yaşında erkek hasta, A.S. polikliniğimize başvurdu. Hastanın geliş şikâyeti vücudunda dolaşan böcekler, saçlı deri ve tüm vücudunda kaşıntıların olmasıydı. Dermatoloji bölümüne daha önce başvurmuş ve bazı kremler kullanmış kremleri tekrar yazdırmak için başvurmuş. Alınan öyküde; ilk kez 2022 Ekim ayında vücudunda böceklerin gezinmeye başladığını, önce umursamadığını ancak iki–üç hafta sonra vücudunda böceklerin gezdiğini gördüğü öğrenildi. Misafirleri mümkün olduğunca eve kabul etmemeye başlamışlar. Çocuklarının evine en fazla ayda bir kez gidiyormuş ve eve geldiklerinde kendi kıyafetlerini çıkartıp, böcekler çıkmasın diye bir poşete bağlayıp, yeni kıyafetler giyerek mutfakta oturuyormuş. Günde 8-10 kez banyo yapıyor, birkaç saat boyunca saçlarını tarayarak başındaki böcekleri temizlemeye çalışıyor, gece uyanıp elbiselerini değiştiriyormuş. Evlerinde oturma odası ve salondaki eşyalar ilaçlanıp sarılmış ve hastaneye başvurdukları esnada evin sadece mutfağını kullanıyorlarmış. Polikliniğimize başvuruncaya kadar geçen süre içerisinde 2 kez tüm evi ilaçlatmış ve her iki ilaçlatma sonrasında gözkapaklarında, dudaklarda şişme, yüzde kızarma, solunum güçlüğü nedenleriyle 2-3" er gün hastanede yatırılarak tedavi altına alınmış. Başındaki böcekleri yok etmek amacıyla bir kez başına sinek ilacı sürdüğünü ancak herhangi bir faydasını ya da zararını görmediğini bildirdi.

Bulgular: Rutin biyokimya, kan sayımı, hormon incelemelerinde değerleri normaldi. Ruhsal durum muayenesinde; yaşında gösteren, öz bakımı iyi, erkek, uyumlu, konuşma hızı doğal, hastalığını kendi tarifinin dışında tarif edince öfkelendiği gözleniyordu. Özgeçmişinde 20 yıl önce stent takılmış olup 100 mg aspirin kullanıyor. 30 paket yılı sigara içimi öyküsü olup 15 yıldır sigara içmiyor. Fiziki muayene vücudunun çeşitli yerlerinde kaşınmaya bağlı oluşan dermatit vardı.

PRURİTUS



Sonuçlar: Delüzyonel parazitoz aslında psikotik bir hastalık olmasına rağmen genellikle ilk başvuruları dermatoloji, dahiliye veya plastik cerrahi bölümlerine olmaktadır. Psikiyatri dışı diğer branşlara başvuru çeşitliliği nedeni ile

prevalansını hesaplamak oldukça zordur; ancak prevalansının psikiyatri kliniğine başvuran her 1000 hastada 3'ten az olduğu tahmin edilmektedir. Olgumuzda ilaç yazdırmak için gelen hastanın anemnezinin detaylandırılması gerektiği gelen hastalara biyopsikososyol yaklaşım yapmanın önemli olduğu görülmüştür. Hastanın bu sorunluyla alakalı psikiyatriye gitmesi söylendi ve randevu alındı.

DELÜZYONEL PARAZİTOZ



Anahtar Kelimeler: DELÜZYONEL PARAZİTOZ, DERMATİT, PRURİTUS

PS-23

Asimetrik Ağlayan Yüzlü Bebek: Bir Olgu Sunumu

Süleyman AKGÜN[1] , Hilal ÖZKAYA[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

Amaç: Asimetrik ağlayan yüz, depresör anguli oris kasının konjenital, tek taraflı agenezi ya da hipoplazisi sonucu oluşan bir anomalidir. Hastalığın en önemli bulgusu, ağlama sırasında ağız köşesinin aşağı ve dışa hareketinin kısıtlı veya hiç olmamasıdır. Semptomlar doğumdan itibaren görülebilir. Tek başına izole anomali olabileceği gibi bazen diğer konjenital anomaliler ile birlikteliği olabilir. Literatürde en sık kardiyovasküler anomaliler ve kromozomal bozukluklarla birlikteliği bildirilmiştir. Hastalığın tanısı fizik muayene ile konur ve çok nadiren elektromyelografik inceleme gerekli olur. Bu yazıda, Eğitim Aile Sağlığı Merkezine rutin izlem için gelen ve sonrasında yapılan tetkikler neticesinde patent foramen ovale anomalisinin de eşlik ettiği, asimetrik ağlayan yüzlü 2 aylık erkek bebek sunuldu.

Yöntem: Eğitim ASM'ye izlem için gelen bebeğin ilk muayeneden itibaren farklı klinik branşlara sevk edilip tetkik edilmesi ve neticesinde tanı alıp tedavisinin başlanması sağlanmıştır.

NORMAL YÜZ GÖRÜNÜMÜ



NORMAL YÜZ GÖRÜNÜMÜ

Bulgular: Eğitim ASM'ye rutin izlem için gelen 2 aylık bebekte, ağlama esnasında yüzünde asimetri fark edildi. Öyküsünde, 34 yaşındaki annenin dördüncü gebeliğinden üçüncü yaşayan olarak sezeryan sonrası normal doğum ile 38 hafta 4 günlük, 3200 gr, erkek olarak doğdu. Doğum sırasında bir komplikasyon gelişmeyen annenin serviste müşahede altına alındıktan sonra eve taburcu edildiği öğrenildi. Gebelikte bebeğe yapılan detaylı ultrasonografide kadın doğum uzman doktoru tarafından kalbinde üfürüm olduğu söylendiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde, 5010 gr (1-10 p), boy;59 cm (10-25 p), baş çevresi; 39 cm (5-25 p), kalp sesleri doğal izlendi üfürüm duyulmadı. Yüzünde ağlarken asimetrik görünüm vardı. Sol dudak köşesi aşağı çekiliyor, diğer sistem ve nörolojik muayenesi tamamen doğal idi. Hastanın doğumunun ilk günlerindeki fotoğrafı resim 1'de, 2 aylık fotoğrafı ise resim 2'de gösterilmiştir. Laboratuvar tetkikleri, hemogram, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri normal olarak değerlendirildi. Asimetrik ağlayan yüz bulgusu ile hasta ek anomaliler açısından tetkik edilmek üzere çocuk nöroloji polikliniğine sevki yapıldı. Yapılan kranial-batın ultrasonografi normaldi ancak çocuk kardiyoloji tarafından yapılan ekokardiyografide patent foramen ovale tespit edildi ve 1 yıl sonra kontrole çağrıldı. Kulak burun boğaz ve göz kliniği tarafından yapılan muayeneler doğal izlendi. Plastik ve rekonstrüktif cerrahi hemifasiyal mikrozomi veya mobius hastalığı olabileceğini belirterek bebeğin gelişimi tamamlanana kadar operasyonu erteleme karar aldı. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon kliniği hastaya 10 seanslık egzersiz tedavisi planladı.

YENİDOĞAN DÖNEMİ ASİMETRİK YÜZ



YENİDOĞAN DÖNEMİ ASİMETRİK YÜZ

4 AYLIKKEN ASİMETRİK YÜZ



4 AYLIKKEN ASİMETRİK YÜZ

Sonuçlar: 2 aylık izlemine gelen asimetrik ağlama bulgusu olan hastamızda konjenital depresör anguli oris kasının tek taraflı hipoplazisi düşünüldü. Hastamızın diğer yapılan tetkiklerinde kalp anomalilerinden patent foramen ovale teşhisi konuldu ve takibe alındı. Asimetrik ağlayan yüzlü infantlar, sakin durumda yüzleri normal görünümde iken, ağlarken asimetrik şekilde görülürler. Asimetrik yüz, yenidoğan ve çocukluk döneminde en sık fasiyal paralizi ile karıştırılabilir. Literatürde düzeltici cerrahi operasyonlar tanımlanmasına rağmen asimetrinin yaş ile birlikte önemli ölçüde azalacağını bildirmişler ve hastalara gereksiz cerrahi girişimlerde bulunulmaması gerektiğini vurgulamışlardır. Sonuç olarak yenidoğan döneminde asimetrik ağlayan yüzü olan hastalarla karşılaşıldığında izole muskulus depresör anguli oris kasının hipoplazisi ya da agenezisi tanısı alır. Patogenezi bilinmemekle birlikte nadir de olsa hastalığa eşlik edebilecek diğer sistemlerle ilgili anomaliler olabileceği akılda tutulmalıdır. Muskulus depresör anguli oris kası hipoplazisinin tanısı öykü ve fizik muayene bulguları ile kolayca konulabilir. Aile sağlığı merkezine başvuran tüm bebekler yenidoğan döneminden itibaren dikkatlice muayene edilmelidir ve asimetrik ağlayan yüz görüldüğü takdirde ilişkili olabileceği anomaliler nedeniyle araştırılmak üzere mutlaka sevki yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: asimetrik ağlayan yüz, birincil sağlık hizmetleri, inspeksiyon, sevk zinciri

PS-24

Dekübit Ülserini Taklit Eden Piyoderma Gangrenozum Olgusu

Muhammet Emre Esen[1] , Güzin Zeren Öztürk[1] , Büşra Solak Esen[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği

Amaç: Piyoderma gangrenozum; nötrofilik dermatozlar içerisinde yer alan, hızla gelişen, ağrılı, kenarları eritemli-viyolose düzensiz sınırlı ülserlerle karakterize nadir görülen bir inflamatuar deri hastalığıdır. Nötrofil disfonksiyonu sonucu gelişen otoinflamatuar bir hastalık olarak düşünülmektedir. Travma en iyi bilinen tetikleyici faktörüdür ve dermatolojide paterji testi pozitifliği olan hastalıklar arasındadır. En sık yerleşim yeri alt ekstremiteler ve gövdedir. Piyoderma gangrenozum idiyopatik olarak oluşabileceği gibi sıklıkla sistemik hastalıklara eşlik eder. En sık eşlik eden sistemik hastalıklar inflamatuar bağırsak hastalıkları, hematolojik maligniteler ve romatolojik hastalıklardır. Burada, gluteal dekübit ülserini taklit eden piyoderma gangrenozum olgusu yerleşim yeri olarak nadir görülmesi, geç tanı alması ve tanının önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Yöntem: Bilinen ek hastalığı olmayan 17 yaş erkek hasta aile hekimliği polikliniğimize gluteal alanda 1 yıldır sık sık tekrar eden akıntılı ülsere yaralar şikâyeti ile başvurdu. Hastanın alınan anamnezinde 5-6 saate varan uzun saatler boyunca sandalyeden kalkmadan bilgisayar oyunu oynadığı öğrenildi. Bu ülserlerin daha çok bu dönemlerde meydana geldiği bilgisi alındı. Ülserlerin sadece gluteal alanda oluştuğu, vücudun başka yerlerinde buna benzer ülserlerin çıkmadığı, ailesinde benzer bir öykünün olmadığı öğrenildi.20 gündür kullanılan topikal epitelizanlara rağmen ülserlerin halen genişlemeye devam ettiği ifade edildi. Hastanın vital bulguları stabildi, genel durumu iyiydi ve ateş öyküsü yoktu. Yapılan muayenede gluteal alanda simetrik yerleşimli bir tanesinin üzerinde eskar dokusunun gözlendiği iki adet ülser görüldü (Resim 1,2,3). Aktif ülserlerin distalinde daha önce ülser gelişen alanlara denk atrofik skarlar mevcuttu (Resim 1). Hastanın ayrıca ara ara olan ishal şikâyeti mevcuttu.

Resim 1



Aktif ülserlerin distalinde görülen atrofik skarlar

Resim 2



Üzerinde eskar dokusu olan ülser

Resim 3



Üzerinde eskar dokusu olmayan ülser

Bulgular: Yapılan rutin tetkiklerinde minimal demir eksikliği anemisi saptanan hastada lezyonların piyoderma gangrenozum olabileceği düşünülerek dermatoloji polikliniğine konsülte edildi. Dermatoloji polikliniğinde ülserden alınan insizyonel biyopsi sonucu yüzeyel ve derin dermiste yoğun nötrofil infiltrasyonu gözlenmesi ile piyoderma gangrenozum tanısı desteklendi. Hasta eşlik edebilecek sistemik hastalıklar açısından pediatri bölümüne konsülte edildi. Gaitada gizli kan tetkiki pozitif gelen hasta için kolonoskopi randevusu alındığı öğrenildi. Topikal epitelizan

ajanlara rağmen genişleme gösteren ülserlerin intralezyon steroid enjeksiyonu sonrası tamamen gerilediği görüldü.

Sonuçlar: Piyoderma gangrenozum nadir olarak görülen dermatolojik bir hastalık olmasına rağmen altta yatan sistemik hastalıkların işaretçisi olabileceğinden vücutta ülserlerle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gereken bir hastalıktır. Ülserin travma ile tetiklenmesi, kenarlarının eritemli-viyolose renkte olması ve ülser kenarlarının altında boşluk bulunması, ülserlerin buruşuk kağıt görünümünde skarlarla iyileşmesi klinik olarak piyoderma gangrenozum açısından şüphe uyandıran bulgulardır. Hastamızda gluteal alanda bulunan ülserlerin uzun oturma saatleri sonrası ortaya çıkması, ülserlerin etrafının mor renkte olması, altta yatan bağırsak patolojisi bulguları ayırıcı tanıda piyoderma gangrenozum şüphesini uyandırmıştır. Deri biyopsisi ve intralezyon steroid ejeksiyonu sonrası ülserlerin gerilemesi ile tanı desteklenmiştir. Ayırıcı tanıda karışabilecek diğer bir durum olarak dekübit ülserleri düşünüldü ancak hastanın dekübit ülserlerine sebebiyet verebilecek nörolojik bir defisit bulgusu yoktu. Dermatolojik hastalıklar aile hekimliği polikliniğinde sık karşılaşılan hastalıklardır. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimler mutlaka temel dermatoloji bilgisine sahip olmalıdır. Dermatolojik hastalıklara eşlik edebilecek sistemik hastalıkların olabileceği akılda bulundurulmalı ve bu hastaların dermatoloji polikliniklerine doğru tanı almaları için yönlendirilmeleri önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: dekübit ülseri, inflamatuar bağırsak hastalığı, nötrofilik dermatoz, piyoderma gangrenozum

PS-25

Hiperürisemi Tedavisine Bağlı El Bileği Tutulumlu Gut Artit Atağı Olgusu

Işık Gönenç[1] , **Mahmut Hakan Şahin**[1] , Memet Taşkın Egici[1] , Emine Zeynep Tuzcular Vural[1]

[1]T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Amaç: Gut hastalığı, hiperürisemi sonucunda dokularda monosodyum ürat monohidrat kristallerinin birikimine bağlı olarak, çoğunlukla 40 yaş üzeri erkeklerde görülen, inflamatuar artrit şeklinde izlenen bir hastalıktır. Gut artrit atağı çoğunlukla alt ekstremitede tek eklemin tutulmasıyla görülmektedir. Artrit tablosunun ortaya çıkmasında travma, alkol kullanımı, dehidratasyon, obezite, hiperürisemi, hipertansiyon, diyabet ve tiazid grubu diüretikler, düşük doz salisilik asit ve siklosporin gibi ilaçların tetikleyici rol üstlenebileceği belirtilmektedir. Olgu sunumunuzda allopurinol tedavisi sonrası sadece sağ el bileğinde tek eklem tutulumu olarak gelişen nadir görülebilecek gut artriti akut atağı olgusunu paylaşarak literatür bilgilerimize katkı sağlamayı amaçladık.

Yöntem: Olgu çalışmamız, Aile Hekimliği Polikliniğimize sağ el bileğinde aniden gelişen hafif kızarıklık, şişlik, hareket kısıtlılığı ve şiddetli ağrı yakınmasıyla başvuran hastada ilaç tedavisi sonucu akut gut atağı geçirdiği düşünülen hastanın izni alınarak yapılmıştır.

Bulgular: Sağ el bileğinde ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvuran 86 yaşındaki kadın hastanın anamnezinde, hipertansiyon, atriyal fibrilasyon ve osteoporoz tanılarının mevcut olduğu, başvurusundan 20 gün önce geçirdiği şiddetli üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında gelişen dispne ortopne yakınmaları ile acil servisimize başvurduğu, hastada akut kalp yetmezliği düşünülerek furosemid yapıldığı ve evde diüretik tedavisi devam etmek üzere taburcu edildiği, daha sonra düzenli olarak gittiği kardiyoloji hekimince kullandığı metoprolol tedavisine devam edilip, diltiazem kesilerek yerine spirinolakton başlandığı öğrenildi. Tetkiklerindeki ürik asit yüksekliği nedeniyle allopurinol tedavisi de başlanan hastada allopurinol tedavisinin 3. gününde sağ el bileğinde hafif kızarıklık, şişlik, şiddetli ağrı, ciddi hareket kısıtlılığı geliştiği öğrenildi. Travma öyküsü olamayan ve daha önce artrit geçirmediğini belirten hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ el bileğinde hafif kızarıklık, hareket kısıtlılığı ve ileri düzeyde hassasiyet izlendi. Yapılan tetkiklerinde lökositoz ve C- Reaktif Protein yüksekliği tespit edildi. Direkt grafilerinde özellik tespit edilmedi. Hastanın öyküsü ve muayeneleri sonucunda akut gut artrit atağı geçirdiği düşünüldü. Hastaya başlanan peroral steroid tedavisiyle artrit tablosunda gerileme görüldü.

Sonuçlar: Bu olgu sunumunda, muhtemelen alloprurinol tedavisi ile tetiklenen akut gut atağı olgusu sunulmuştur. Gut artriti yaşlı hastalarda sık görülen bir inflamatuar artrit türü olup genellikle alt ekstremite eklemlerinde görülmesine karşın tek başına el bileği tutulumunun nadir olduğu belirtilmiştir. Hastamızda travma, alkol kullanımı ve diabetes mellitus öyküsü bulunmadığı ancak obezite, hiperürisemi, hipertansiyon gibi durumlarının bulunduğu tespit edilmiştir. Allopurinolün gut atağı gelişimini tetikleyebileceği belirtilmektedir. Hastamıza yeni başlanan allopurinolün hastamızda ilk kez gut artritini tetiklediği ve tek eklem şeklinde el bileği tutulumunun nadir bir olgu olması dikkat çekici olduğu düşünülmektedir. Hekimlerin hastalarının komorbiditelerini, kullandıkları ilaçları ve dozajlarını bilmeleri, yeni eklenen ilaçlarının farkında olmaları gereklidir. Gut artritinin sadece alt ekstremitelerde değil, herhangi bir eklemde de gelişebileceği, hiperürisemi tedavisinin veya ilaç dozlarındaki değişikliklerin ürat kristallerini küçülterek eklem içine yerleşmelerine ve bir gut artritine neden olabileceği unutulmamalıdır ve hastalar bu durumla ilgili bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Allopurinol, Artrit, Ekle, Gut, Hiperürisemi

PS-26

Staphylococcus Aureus'a Sekonder Gelişen Ektima Gangrenozum: Olgu Sunumu

Nesrin Kaplan Geçer[1] , Sena Yayla[1] , Hilal Özkaya[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Amaç: Ektima gangrenozum (EG), genellikle bağışıklığı baskılanmış bireylerde görülen, sistemik bir enfeksiyonun nadir görülen bir cilt bulgusudur. Bu olgu sunumunda palyatif bakım servisimizde takip ve tedavisi esnasında tanı alan bir hastadan yola çıkılarak nadir görülen bir cilt bulgusu olan EG'nin tanınması, genel yaklaşımı ve dikkat edilmesi gereken noktaların önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu olgu sunumunda seksen yaşında, bilinen 10 yıldır tip 2 diyabetes mellitus, 2 yıldır demans ve 15 yıldır koroner arter hastalığı tanıları olan, yara bakımı ve glukoz regülasyonu açısından palyatif bakım servisimize interne edilen hastanın takibinde gözlenen cilt bulguları araştırıldı.

Bulgular: Hastanın ilk değerlendirmesinde bilici açık, non oryante, non koopere idi. Hastanın hafif düzeyde demansı olan, ilaçlarını kullanmayı unutan hastanın hiperglisemik ataklar ile sık sık hastane başvurusu olduğu öğrenildi. Kaşıntı şikâyeti 1 senedir ataklar halinde mevcuttu. Yapılan fizik muayenesinde sakrumda grade 1 bası yarası ve gövdede, kafa derisinde, vücudunda yaygın ekskoriasyonları ve ekskoriasyonlara bağlı hemorajik krutları ve gövdesinde var olan ortası krutlu ülsere nodülar lezyonları mevcuttu. Yapılan kan tetkiklerinde c-reaktif protein yüksekliği ve lökositoz saptanması ve progresyon izlenmesi üzerine hasta enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Hastadan enfeksiyon hastalıkları önerisi ile kan kültürü gönderildi, metisilin rezistan staphylococcus aureus üremesi oldu. Antibiyogram değerlendirilerek tedavi piperasilin/tazobaktam 3x4,5 gr başlandı. Hastanın tüm vücudunda bulunan lezyonlar değerlendirildiğinde gövdede bulunan ülsere lezyonda pyoderma gangrenosum ve ektima gangrenozum ön tanılar olarak düşünüldü. Ülsere lezyondan, ektima gangrenozum ekartasyonu açısından doku biyopsisi ve kültürü alındı. Hastanın doku biyopsi raporu mikroskopisinde epidermiste nekroz bulguları, tüm dermiş boyunca yaygın hyalinizasyon arasında abseleşen iltihap, nükleer kırıntılar ve nekroz/nekrobiyoz, vasküler yapıların duvarlarında gram ve PASAB boyamada zayıf şüpheli bakteri benzeri kümeler izlendi. Olguda izlenen şüpheli zayıf bakteri benzeri birikim ve ülser/nekroz tablosu nedeniyle ön planda ektima gangrenozum düşünüldü.

Ektima Gangrenozum



Ektima Gangrenozum



Ektima Gangrenozum



Sonuçlar: Ecthyma gangrenosum (EG), bağışıklığı baskılanmış hastalarda, sistemik enfeksiyonun iyi tanımlanmış bir deri belirtisidir. EG lezyonları genellikle yuvarlak, sertleşmiş, merkezi gri-siyah bir eskar ve çevreleyen eritem ile ülsere papüllerdir. EG en sık Pseudomonas septisemisinde görülür; ancak nadiren Staphylococcus ve Streptococcus türleri gibi gram-pozitif organizmalardan kaynaklanabilir. Predispozan faktörler arasında nötropeni, malignite, yanıklar, yetersiz beslenme ve tüberküloz bulunur. Bizim hastamızda da demans ve diyabete bağlı malnutrisyon mevcuttu. EG, bakteriyemi ile birlikte olabileceği gibi steril kan kültürleri olan hastalarda da ortaya çıkabilir. Steril kan kültürleri ve EG'si olan hastalarda deri lezyonlarının deriye doğrudan patojen inokülasyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bizim hastamızda kan kültüründe staphylococcus üremesi mevcuttu, bu hematojen yayılıma işaret etmektedir. Ancak hastanın demans tanısı olması, ekskoriasyonların yaygın bulunması sebebi ile inokülasyonun da gerçekleşmiş olduğunu düşünmekteyiz. Hastamızdan alınan deri biyopsilerinin histopatolojik değerlendirmesi kan damarı invazyonu, vaskülit ve nekroz gibi tipik EG bulgularını ortaya çıkardı. Bununla birlikte, çoklu deri lezyonlarının tipik klinik görünümü ve genellikle derin impetigoda görülmeyen sistemik semptomlar göz önüne alındığında, hastamızdaki lezyonlar en çok ektima gangrenozum ile uyumluydu. S. aureus ile ilişkili EG nadir olmakla birlikte, P. aeruginosa dışındaki nedensel ajanların bilinmesi önemlidir. Uygun ampirik antimikrobiyallerin seçilmesi için doku kültürü gereklidir. Ek olarak, bakteriyemi ile birlikte MRSA'nın neden olduğu EG, özellikle immun sistemi baskılanmış olan hastalar için kritik olabilir.

Anahtar Kelimeler: Ektima Gangrenozum, Palyatif Bakım, Staphylococcus Aureus


ikon2023
www.ikon.org.tr


İSTAHED
İSTANBUL AİLE HEKİMLİĞİ DERNEĞİ
“ Birliğimiz En Büyük Gücümüzdür ”