3. HARRAN AİLE HEKİMLİĞİ GÜNLERİ KONGRESİ

29 Eylül - 01 Ekim 2022 ŞANLIURFA

www.hahk.turkiyekongre.com

BİLDİRİ KİTABI

Editör:
Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI

Editör Yardımcıları:
Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE

3. HARRAN AİLE HEKİMLİĞİ GÜNLERİ 29 EYLÜL - 01 EKİM 2022 ŞANLIURFA
www.hahk.turkiyekongre.com

3. HARRAN AİLE HEKİMLİĞİ GÜNLERİ KONGRESİ

BİLDİRİ KİTABI

Editör:
Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI

Editör Yardımcıları:
Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE

Tasarım:

Haldun ÖZBUDUN
HTMW A.Ş.
www.turkiyekongre.com

Harran Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Yayınları

ISBN No:

ISBN 978-975-7113-72-0

harranahk@gmail.com

Ekim 2022 - Şanlıurfa

İÇİNDEKİLER

Ön Söz	9
Kongre Onursal Başkanları	11
Kongre Başkanı	11
Kongre Genel Sekreterleri	11
Kongre Bilimsel Sekreteryası	11
Kongre Düzenleme Kurulu	12
Kongre Bilimsel Danışma Kurulu	13
Kongre Bildiri Değerlendirme Kurulu	18
Bildiri Ödülleri	20
Kongre Bilimsel Programı	22
DAVETLİ KONUŞMACILAR	
Açılış Konferansı / Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi / Prof. Dr. Esra SAATÇI	35
GEÇMİŞTEN GELECEĞE AİLE HEKİMLİĞİ	
Aile Hekimliğinin Tarihçesi / Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU	45
Türkiye'de Aile Hekimliğinin Akademik Gelişimi / M. Mümtaz MAZICIOĞLU, İlhami ÜNLÜOĞLU	50
Avrupa'da Aile Hekimleri Ne yapıyor? Geleceğe Yönelik Düşünceler / Prof. Dr. Mehmet UNGAN	52
DİJİTAL ÇAĞDA AİLE HEKİMLİĞİ	
Sağlık Hizmetlerinin Geleceği: Dijital Çağda Aile Hekimliği / Halil Volkan TEKAYAK, Ersin AKPINAR	65
ÇOCUK SAĞLIĞI	
Yenidoğan Muayenesi / Dr. Öğr. Üyesi P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE	67
Döküntülü Hastalıklar / Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SOLMAZ	69
Çocuklarda Büyüme ve Gelişme Takibi / Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR	88
SAĞLIĞIN KORUNMASI VE SAĞLIKLI YAŞAM	
Beslenme ve Sağlık / Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE	91
Sağlıklı Yaşam - Egzersiz Reçetesi / Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER	93
Erişkinde Taramalar, Periyodik Sağlık Muayenesi (PSM) / Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ	100
KADIN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ	
Prekonsepsiyonel Bakım / Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK	105
Gebe ve Lohusa Sağlığı / Dr. Öğr. Üyesi Sanem NEMMEZİ KARACA	107
Anne Sütü ve Emzirme Desteği / Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK	114
BAĞIMLILIKLA MÜCADELE	
Tütün Bağımlılığı ve Tedavi Yöntemleri / Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU	119
Madde Kullanım Bozuklukları / Dr. Öğr. Üyesi İrep KARATAŞ ERAY	122
Teknoloji Bağımlılığı / Prof. Dr. Engin Burak SELÇUK	127
BİRİNCİ BASAMAKTA SIK RASTLANAN DURUMLAR	
Evde Bakım-Evde Sağlık / Doç. Dr. Didem KAFADAR	132
Birinci Basamakta Yara Bakımı / Dr. Öğr. Üyesi Hasan ELKAN	135
Sık Rastlanan Psikiyatrik Hastalıklar / Dr. Öğr. Üyesi Ülker ATILAN FEDAİ	140
KRONİK HASTALIKLAR 1	
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) / Uzm. Dr. Gülşah ETHEMOĞLU	155
Birinci Basamakta Kardiyovasküler Hastalıklara Yaklaşım / Doç. Dr. Ahmet KESKİN	166

KRONİK HASTALIKLAR 2	
Obezite-Yağlı Karaciğer / Prof. Dr. Tahsin CELEPKOLU	169
Birinci Basamakta Böbrek Hastalıkları / Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem CİNDOĞLU	171
Birinci Basamakta Gastrointestinal Sistem Hastalıklarına Yaklaşım / Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ	179
AİLE HEKİMLİĞİNDE AKREDİTASYON	
Akreditasyon Süreci / Doç. Dr. İsmail ARSLAN	187
Bir Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akreditasyon Ziyaretinin Ardından / Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN	191
AKILCI İLAÇ KULLANIMI	
Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) / Prof. Dr. Uğur BİLGE	194
Yaşlılarda Polifarmasi ve İlaç Sayısının Azaltılması / Prof. Dr. M. Çiğdem APAYDIN KAYA	196
YAŞLI SAĞLIĞI	
Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Değerlendirmesi / Prof. Dr. Özgür ENGİNYURT	200
Birinci Basamakta Demans Hastalıkları / Doç. Dr. Mahcube CUBUKCU	203
Sağlıklı ve Aktif Yaşlanma / Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ	206
SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI	
Aile Hekimliği Pratiğinde Diyabetes Mellitus Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliğinin Önemi / Bünyamin DERE, Nihat HİÇYILMAZ, Zülküf Ozan GENÇER	210
Yoğun Bakım Ünitesinde Takip ve Tedavi Edilen Sepsis Tanılı Hastaların Geriye Dönük Değerlendirilmesi / Tuğba BİNGÖL TANRIVERDİ	212
Kronik Solunum Yetmezliği / Hamdiye TURAN, Fatma ŞAFAKOĞLU	216
İnhale Kortikosteroidlerin Göz İçi Basıncı ve Lens Opasitesi Üzerine Etkisi Var Mı? / Beyza Güzide ÖZEROL, Engin Burak SELÇUK, Tongabay CUMURCU	217
Öğretmenlerin Elektronik Sigara ve Nargile Kullanma Sıklığı: Şanlıurfa Örneklemi / Mahmut ÜLGER	221
Amiyotrofik Lateral Skleroz Tanılı Hastada Palyatif Bakım ve Aile Eğitimi: Olgu Sunumu / Mahmut ÜLGER	227
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İlahiyat Fakültesi ve Eğitim Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Nikotin Bağımlılık Düzeyleri ve Depresyon Arasındaki İlişkisi / Nihat HİÇYILMAZ, Bünyamin DERE, Hamza ASLANHAN	228
* SÖZEL BİLDİRİ BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ Meram Tıp Fakültesi Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Aşılanma Durumları ve Aşılanmaya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi / Mehmet Yasin KÜÇÜK, Nazan KARAOĞLU, Hatice KÜÇÜKCERAN	230
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Düzenlenen Sürücü Raporlarının Değerlendirilmesi. / Sabrican Örücü, Hüseyin Çetin, Can Öner, Engin Ersin Şimşek	232
Tiroid Nodüllerindeki Malignite Riski ile RDW Arasındaki İlişki / Mehmet Selim MAMİŞ, Çiğdem CİNDOĞLU, Tevfik SABUNCU	234
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Hekimlerinin Kuduz Hastalığı ve Profilaksisi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi / Muhammed Çelebi ARSLAN, Vasfiye DEMİR PERVANE	237
* SÖZEL BİLDİRİ İKİNCİLİK ÖDÜLÜ Covid 19 Pandemisinde Hastaneden Bulaşabilecek Etkenler Konusunda Aile Hekimliği Asistanlarının Risk Profili, Farkındalıkları ve Bağışıklanma Durumları / Fatoş GEDİK ZAYİM, Tuğba YILMAZ, Oktay SARI	239
Tinea İnkognito: Dokuz Olgunun Değerlendirilmesi / Vasfiye DEMİR PERVANE, İsa AN	249
Şanlıurfa Yöresi İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Anemi Sıklığı ve Tipleri / Zeynep ACAR, Şenay KOÇAKOĞLU, Ahmet UYANIKOĞLU	250
* SÖZEL BİLDİRİ ÜÇÜNCÜLÜK ÖDÜLÜ Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Tutumlarının Doğurganlık İle İlişkisi; Samsun İli Örneği / Meryem AKKAŞ, Mahcube ÇUBUKÇU	251
Hipertansiyon Hastalarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları / Suat KOÇ, Şenay KOÇAKOĞLU	253

Covid- 19 Pandemi Döneminde 65 Yaş Üstü Bireylerde Neovasküler Glokom Sıklığındaki Değişiklik / Müslüm TOPTAN, Halit OĞUZ	255
Bir Aile Sağlığı Merkezinde Takipli Yetişkinlerde Çocukluk Çağı Travmalarının Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Üzerine Etkisinin Araştırılması / Narin TADİK, Tahsin ÇELEPKOLU, Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE	256
Göğüs Ağrısı ile Başvuran Çocuklarda Kardiyak Etiyoloji, Göğüs Ağrısının Şiddeti ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi / Feyzanur NACİR, Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE, Alper AKIN	258
Evaluation of Thiol/Disulphide Balance in Patients with Irritable Bowel Syndrome / Çiğdem CİNDOĞLU, Süleyman SARİ, Ahmet UYANIKOĞLU	260
Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Probiyotikler Hakkındaki Tutum ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi / F. Gökşin CİHAN, Nur DEMİRBAŞ, Nazan KARAOĞLU, Ruhuşen KUTLU	261
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 6.Sınıf Öğrencilerinin Uzaktan Eğitim Süreci ile İlgili Deneyim ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi / Ahmet KESKİN, Ziya ARIKAN	263
Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezlerinden 112 Acil Sağlık Hizmetleri Aracılığıyla Sevk Edilen Hastaların Genel Değerlendirmesi / Tuğba YILMAZ, Tarık Eren YILMAZ, Eren USUL	265
Türkiye'de Tütün Ürünleri ve Alkol Kullanımı 2010'dan 2020'ye Nasıl Değişti?: Sağlık İstatistikleriyle Bir İnceleme / Hatice Tuba AKBAYRAM, Hamit Sırrı KETEN	273
Amino Acids Profile in Children With Acute Brucellosis / Ahmet GÜZELÇİÇEK, Nihayet BAYRAKTAR, Mehmet BAYRAKTAR	275
Tip 2 Diabetes Mellitus Covid 19 Hastalarının Kanındaki D-Dimer, Fibrinojen, CRP ve LDH Düzeylerinin Çalışması / Nihayet BAYRAKTAR, Kays ELALİ, Veli PEHLİVAN, Başak PEHLİVAN, Erdoğan DURAN, Mehmet BAYRAKTAR	277
Tekrarlayan Yatışları Olan Çocuk Hastalarda Malnütrisyon Değerlendirmesi / Dursun ÇADIRCI, Orhan KAZAK, Ahmet GÜZELÇİÇEK	279
Epidermodisplazia Verrusiformis Tanısı Konulan Genç Erkek Hasta: Olgu Sunumu / Nuran BÜLBÜL, Mustafa AKSOY, Dursun ÇADIRCI, Cansu YOL	281
Aile Hekimleri İçin Akut Kırmızı Göz Sebepleri: Hangisini Tedavi Edeceğiz Hangisini Sevk Edeceğiz? / Alpaslan MERT, Kadir ŞENOCAK	282
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığının Uyku Kalitesi ve Akademik Başarı Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi / Barış Burak, Mehmet Emin LAYIK	284
Adolesanlarda İnternet Oyun Oynama Bozukluğu ve Tedavi Girişimlerinin Araştırılması / Didem KAFADAR, Ahmet EMİN, Sevda KARABACAK, Nurver TURFANER SİPAHİOĞLU	286
Psoriazis Hastalarında Akdeniz Diyet Uyumunun Değerlendirilmesi / Serkan DÜZAYAK	293
Klinik Bir Örneklemde OSB Tanılı Çocuklarda Gebelik Döneminde Ebeveyn Yaşı ile Otizm Semptom Şiddeti Arasındaki İlişki / Fethiye KILIÇASLAN	295
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerde Umutsuzluğun Depresif Belirtiler Üzerindeki Etkisi: Kaygının Aracı Rolü / Nurgül Ataş, Fethiye KILIÇASLAN	297
Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimleri ve Acil Servislerde Çalışan Pratisyen Hekimlerde İskemik İnme Farkındalığı / Tülin Gesoğlu DEMİR, Özlem ETHEMOĞLU, Dilek AĞIRCAN, Hüseyin Avni DEMİR	299
Şanlıurfa'da Çalışan Aile Hekimlerinin Palyatif Bakım Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi / Alper SAĞLAM, Dursun ÇADIRCI	304
e-SÖZEL BİLDİRİ	
Obezitede Gündüz Aşırı Uyku Halinin, Anksiyete ve Depresyon Semptomatolojilerinin Değerlendirilmesi / Zeynep Ebru ŞENER, Kamile MARAKOĞLU, Sinan ŞENER	307
Tıp Fakültesi Öğrencilerinin HPV ve HPV Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi / Rahime YILMAZ ÖZDEMİR, Kamile MARAKOĞLU, Muslu Kazım KÖREZ	309
Tip 2 Diyabet Hastası Olan Erişkinlerde Öz Yeterlilik ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin Araştırılması / Harun CANBAKIŞ, Selenay SOMUNKIRAN, Turgay KARAMAN, Nil Hazal YOLOĞLU, Çiğdem APAYDIN KAYA	311
Böcek Isırığı Sonrası Gelişen Dev Bir Pilomatriksoma Olgusu / Rafet ÖZBEY, Şaban ÇELİK	317

POSTER BİLDİRİ	
* POSTER BİLDİRİ BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ Pandemi Gölgesinde Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi / Mücahid ÇAVDAR, Özlem SUVAK, Süleyman GÖRPELİOĞLU	320
* POSTER BİLDİRİ İKİNCİLİK ÖDÜLÜ Nadir Görülen Endemik Konjonktivit Vakalarının İrdelenmesi / Abdurrahman ÖZ, Mehmet TAYFUR, Dursun ÇADIRCI	322
* POSTER BİLDİRİ ÜÇÜNCÜLÜK ÖDÜLÜ Gratifikasyon Sendromu (Süt Çocuğu Mastürbasyonu) / Selin ADATEPE YAPICI, Sevgi ÖZCAN	324

ÖN SÖZ

ÖN SÖZ

Değerli Meslektaşlarım,

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ev sahipliğinde 29 Eylül-01 Ekim 2022 tarihleri arasında üçüncüsü gerçekleştirilen Harran Aile Hekimliği Günleri'nde sizlerle birlikte olmaktan büyük mutluluk duyduk. Akademisyenler olarak her geçen gün daha da artan bir heyecanla öğrenme ve öğretme serüvenimiz devam etmektedir. Bu süreçte, ailemizin kıymetli mensupları ve tüm birinci basamak paydaşları ile iletişimde olmanın bizleri daha da güçlü kılacağı inancımız daha da güçlendi.

"Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi" temasıyla yola çıktığımız bu yılki kongremizde, "Geçmişten Geleceğe Aile Hekimliğinin Gelişimi", "Dijital Çağda Aile Hekimliği", "Büyüyen Tehlike Bağımlılıklar", tüm yaş gruplarında sağlığa dair güncel konuların yanı sıra "Aile Hekimliği Tıp Disiplini Eğitiminde Akreditasyon" konuları ele alındı.

Tarihin sıfır noktası olduğu kabul edilen Göbeklitepe'nin de yer aldığı dünyaca ünlü kültürel mirasları barındıran Şanlıurfa'da buluşmanın heyecanı birlikte yaşadık.

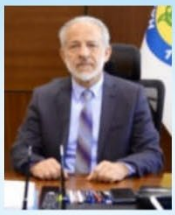
Kıymetli hocalarımızın katkılarıyla hazırlanmış olan zengin bilimsel içerikler çerçevesinde, bilgi ve deneyim paylaşımına olanak sağlayan üzere tüm meslektaşlarımıza, katılımcılarımıza, kongremize emek veren herkese ve kongremize destek olan tüm kurum ve kuruluşlara teşekkür ediyoruz.

Saygılarımla.

Kongre Düzenleme Kurulu adına;
Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI
3. Harran Aile Hekimliği Günleri
Kongre Başkanı

KONGRE KURULLARI

KONGRE ONURSAL BAŞKANLARI



Prof. Dr. Mehmet Sabri ÇELİK
Harran Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Esra SAATÇI
Çukurova Üniversitesi
(TAHUD-Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel Başkanı)

Prof. Dr. Halil ÇİFTÇİ
Harran Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

KONGRE BAŞKANI

Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI
Harran Üniversitesi

KONGRE GENEL SEKRETERLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU
Harran Üniversitesi

Dr. Hacı Yusuf ERYAZĞAN
ŞUAHED

KONGRE BİLİMSEL SEKRETERYASI

Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU
Harran Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE
Dicle Üniversitesi

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Ersin AKPINAR
Çukurova Üniversitesi

Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Hilal ATMACAOĞLU
(ŞUAHED)

Dr. Serdar BARUT
(ŞUAHED)

Dr. Öğr. Üyesi P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE
Dicle Üniversitesi

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Prof. Dr. Tahsin CELEPKOLU
Dicle Üniversitesi

Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Prof. Dr. Özgür ENGİNYURT
Ordu Üniversitesi

Dr. Hacı Yusuf ERYAZĞAN
(ŞUAHED)

Prof. Dr. Mehmet GÜLÜM
Şanlıurfa İl Sağlık Müdürü

Doç. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Faruk GÜNAK
Şanlıurfa İSM Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Dr. Esat KARADAĞ
(ŞUAHED)

Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU
Harran Üniversitesi

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Dr. Hatice ÖRER
(ŞUAHED)

Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE
Dicle Üniversitesi

Prof. Dr. Engin Burak SELÇUK
İnönü Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SOLMAZ
Harran Üniversitesi

Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araş. Hast.

Uzm. Dr. Halil Volkan TEKAYAK
Adana Kurttepe Aile Sağlığı Merkezi

Uzm. Dr. Nuray KIVANÇ TERZİ
Haliliye 6 Nolu Paşabağı H. Bozanoğulları Aile S.M.

Prof. Dr. Erhan YENGİL
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ
Dicle Üniversitesi

Kurul üyeleri, soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

KONGRE BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

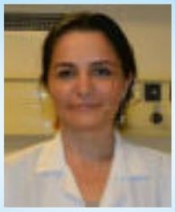
Prof. Dr. Ersin AKPINAR
Çukurova Üniversitesi

Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ
İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Cüneyt ARDIÇ
Recep Tayyip ErdoğanÜniversitesi

Doç. Dr. İsmail ARSLAN
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araş. Hastanesi



Doç. Dr. Umut GÖK BALCI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof. Dr. Okcan BASAT
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof. Dr. Uğur BİLGE
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE
Dicle Üniversitesi

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR
Atatürk Üniversitesi

Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN
Trakya Üniversitesi

Prof. Dr. Tahsin CELEPKOLU
Dicle Üniversitesi

Doç. Dr. Mahcube CUBUKCU
Samsun Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa Reşat DABAK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

KONGRE BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN
Trakya Üniversitesi

Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Prof. Dr. Yeltekin DEMİREL
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof. Dr. Özgür ENGİNYURT
Ordu Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi İrep KARATAŞ ERAY
T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi

Prof. Dr. Ayfer GEMALMAZ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

Doç. Dr. Didem KAFADAR
İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa

Dr. Öğr. Üyesi Sanem NEMMEZİ KARACA
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Prof. Dr. M. Çiğdem APAYDIN KAYA
Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Ahmet KESKİN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU
Harran Üniversitesi

KONGRE BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU
Selçuk Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU
Erciyes Üniversitesi

Prof. Dr. Ertan MERT
Mersin Üniversitesi

Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Prof. Dr. Cahit ÖZER
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE
Dicle Üniversitesi

Prof. Dr. Esra SAATÇI
Çukurova Üniversitesi

Prof. Dr. Zuhal Aydan SAĞLAM
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof. Dr. Oktay SARI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Prof. Dr. Engin Burak SELÇUK
İnönü Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SOLMAZ
Harran Üniversitesi

Prof. Dr. İsmet TAMER
İstinye Üniversitesi

Uzm. Dr. Halil Volkan TEKAYAK
Adana Kurttepe Aile Sağlığı Merkezi

Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK
İnönü Üniversitesi

KONGRE BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Dilek TOPRAK
Okan Üniversitesi

Prof. Dr. Mehmet UNGAN
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Arzu UZUNER
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Gülru Pemra CÖBEK ÜNALAN
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Erhan YENGİL
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ
Dicle Üniversitesi

Doç. Dr. Tarık Eren YILMAZ
T.C. Sağlık BakanlığıAnkara Şehir Hastanesi

▶ Kurul üyeleri, soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

KONGRE BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KURULU

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN

Prof. Dr. Erhan YENGİL

Dr. Öğr. Üyesi Sanem NEMMEZİ KARACA

Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE

BİLDİRİ ÖDÜLLERİ

SÖZEL BİLDİRİ BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ

Meram Tıp Fakültesi Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Aşılanma Durumları ve Aşılanmaya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

Mehmet Yasin KÜÇÜK, Nazan KARAOĞLU, Hatice KÜÇÜKCERAN

SÖZEL BİLDİRİ İKİNCİLİK ÖDÜLÜ

Covid 19 Pandemisinde Hastaneden Bulaşabilecek Etkenler Konusunda Aile Hekimliği Asistanlarının Risk Profili, Farkındalıkları ve Bağışıklanma Durumları

Fatoş GEDİK ZAİM, Tuğba YILMAZ, Oktay SARI

SÖZEL BİLDİRİ ÜÇÜNCÜLÜK ÖDÜLÜ

Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Tutumlarının Doğurganlık İle İlişkisi; Samsun İli Örneği

Meryem AKKAŞ, Mahcube CUBUKÇU

POSTER BİLDİRİ BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ

Pandemi Gölgesinde Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Mücahid ÇAVDAR, Özlem SUVAK, Süleyman GÖRPELİOĞLU

POSTER BİLDİRİ İKİNCİLİK ÖDÜLÜ

Nadir Görülen Endemik Konjonktivit Vakalarının İrdelenmesi

Abdurrahman ÖZ, Mehmet TAYFUR, Dursun ÇADIRCI

POSTER BİLDİRİ ÜÇÜNCÜLÜK ÖDÜLÜ

Gratifikasyon Sendromu (Süt Çocuğu Mastürbasyonu)

Selin ADATEPE YAPICI, Sevgi ÖZCAN

BİLİMSEL PROGRAM

	"3. HARRAN AİLE HEKİMLİĞİ GÜNLERİ" KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI (1. Gün)	
29 Eylül 2022 Perşembe		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
13.30 - 14.00	**Açılış**	
14.00 - 14.30	**Açılış Konferansı: (Salon A)** Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Mehmet UNGAN** **Prof. Dr. Zaim JATIC** "Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi" **Prof. Dr. Esra SAATÇI** (TAHUD-Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel Başkanı)	
14.30 - 14.45	**Ara**	
14.45 - 15.45	**Panel: (Salon A)** "Geçmişten Geleceğe Aile Hekimliği" Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN** **Dr. Öğr. Üyesi Faruk GÜNAK** "Aile Hekimliğinin Tarihçesi" **Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU** "Türkiye'de Aile Hekimliğinin Akademik Gelişimi" **Prof. Dr. Mustafa Mümtaz MAZICIOĞLU** "Birinci Basamak Hekimliğini Geleceğe Hazırlamak - Avrupa'da Aile Hekimliği Uygulamaları" **Prof. Dr. Mehmet UNGAN**	
15.45 - 16.05	**Çay - Kahve Arası**	
16.05 - 16.45	**Panel: (Salon A)** "Dijital Çağda Aile Hekimliği" Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Serpil DEMİRAĞ** **Dr. H. Yusuf ERYAZĞAN**	

	"Sağlık Hizmetlerinin Geleceği: Dijital Çağda Aile Hekimliği" **Prof. Dr. Ersin AKPINAR** **Uzm. Dr. Halil Volkan TEKAYAK**	
16.45 - 17.00	**Ara**	
17.00 - 18.00	**Panel: (Salon A)** **"Çocuk Sağlığı"** Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Dursun ÇADIRCI** **Doç. Dr. Özlem ETHEMOĞLU** "Yenidoğan Muayenesi" **Dr. Öğr. Üyesi P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE** "Döküntülü Hastalıklar" **Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SOLMAZ** "Çocuklarda Büyüme ve Gelişme Takibi" **Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR**	

	"3. HARRAN AİLE HEKİMLİĞİ GÜNLERİ" KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI (2. Gün)	
30 Eylül 2022 Cuma		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
09.00 - 10.00	**Panel: (Salon A)** "Sağlığın Korunması ve Sağlıklı Yaşam" Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Cahit ÖZER** **Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN** "Beslenme ve Sağlık" **Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE** "Sağlıklı Yaşam ve Egzersiz" **Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER** "Erişkinde Taramalar, Periyodik Sağlık Muayenesi" **Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ**	**Sözel Bildiri Sunumları: (Salon B)** Oturum Başkanları: **Dr. Öğr. Üyesi İrep KARATAŞ ERAY** **Dr. Öğr. Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU** Aile Hekimliği Pratiğinde Diyabetes Mellitus Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliğinin Önemi. **Bünyamin DERE, Nihat HİÇYILMAZ, Zülküf Ozan GENÇER** Yoğun Bakım Ünitesinde Takip ve Tedavi Edilen Sepsis Tanılı Hastaların Geriye Dönük Değerlendirilmesi. **Tuğba BİNGÖL TANRIVERDİ** Kronik solunum yetmezliği. **Hamdiye TURAN, Fatma ŞAFAKOĞLU** Do inhaled corticosteroids have an effect on intra ocular pressure and lens opacity? **Beyza Güzide ÖZEROL, Engin Burak SELÇUK, Tongabay CUMURCU** Öğretmenlerin elektronik sigara ve nargile kullanma sıklığı: Şanlıurfa örneklemi. **Mahmut ÜLGER** Amiyotrofik Lateral Skleroz Tanılı Hastada Palyatif Bakım ve Aile Eğitimi: Olgu Sunumu. **Mahmut ÜLGER**

		Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İlahiyat Fakültesi ve Eğitim Fakültesinde okuyan öğrencilerin nikotin bağımlılık düzeyleri ve depresyon arasındaki ilişkisi. **Nihat HİÇYILMAZ, Bünyamin DERE, Hamza ASLANHAN**
10.00 - 10.20	**Çay - Kahve Arası**	
10.20 - 11.20	**Panel: (Salon A)** "Kadın Sağlığının Geliştirilmesi" Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Mustafa ÇELİK** **Dr. Öğr. Üyesi Hatice KÜÇÜKCERAN** "Prekonsepsiyonel Bakım" **Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK** "Gebe ve Lohusa Sağlığı" **Dr. Öğr. Üyesi Sanem NEMMEZİ KARACA** "Anne Sütü ve Emzirme Desteği" **Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK**	**Sözel Bildiri Sunumları: (Salon B)** Oturum Başkanları: **Doç. Dr. İsmail ARSLAN** **Doç. Dr. Serap SATIŞ** Meram Tıp Fakültesi Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Aşılanma Durumları Ve Aşılanmaya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. **Mehmet Yasin KÜÇÜK, Nazan KARAOĞLU, Hatice KÜÇÜKCERAN** Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Düzenlenen Sürücü Raporlarının Değerlendirilmesi. **Sabrican ÖRÜCÜ** Tiroid nodüllerindeki malignite riski ile RDW arasındaki ilişki. **Mehmet Selim MAMİŞ, Çiğdem CİNDOĞLU, Tevfik SABUNCU** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Hekimlerinin Kuduz Hastalığı Ve Profilaksisi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. **Vasfiye DEMİR PERVANE, Muhammed Çelebi ARSLAN** Covid 19 Pandemisinde Hastaneden Bulaşabilecek Etkenler Konusunda Aile Hekimliği Asistanlarının Risk Profili,

		Farkındalıkları ve Bağışıklanma Durumları. **Fatoş GEDİK ZAYİM, Tuğba YILMAZ, Oktay SARI** Tinea inkognito: Dokuz olgunun değerlendirilmesi. **Vasfiye DEMİR PERVANE, İsa AN**
11.20 - 11.30	**Ara**	
11.30 - 12.30	**Panel: (Salon A)** "Bağımlılıkla Mücadele" Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN** **Dr. Öğr. Üyesi Serdar BABACAN** "Tütün Bağımlılığı ve Tedavi Yöntemleri" **Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU** "Alkol ve Madde Bağımlılığı" **Dr. Öğr. Üyesi İrep KARATAŞ ERAY** "Teknoloji Bağımlılığı" **Prof. Dr. Engin Burak SELÇUK**	**Sözel Bildiri Sunumları: (Salon B)** Oturum Başkanları: **Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ** **Dr. Esat KARADAĞ** Şanlıurfa Yöresi İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Anemi Sıklığı ve Tipleri. **Zeynep ACAR, Şenay KOÇAKOĞLU, Ahmet UYANIKOĞLU** Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Tutumlarının Doğurganlık İle İlişkisi; Samsun İli Örneği. **Meryem AKKAŞ, Mahcube ÇUBUKÇU** Hipertansiyon Hastalarının Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kullanımına İlişkin Bilgi Ve Tutumları. **Suat KOÇ, Şenay KOÇAKOĞLU** Covid- 19 pandemi döneminde 65 yaş üstü bireylerde neovasküler glokom sıklığındaki değişiklik. **Müslüm TOPTAN, Halit OĞUZ**
12.30 - 13.50	**Öğle Yemeği**	
13.50 - 14-50	**Panel: (Salon A)** "Birinci Basamakta Sık Rastlanan Durumlar"	**Sözel Bildiri Sunumları: (Salon B)** Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Tarık Eren YILMAZ** **Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ**

	Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL** **Dr. Hilal ATMACAOĞLU** "Evde Bakım" **Doç. Dr. Didem KAFADAR** "Birinci Basamakta Yara Bakımı" **Dr. Öğr. Üyesi Hasan ELKAN** "Sık Rastlanan Psikiyatrik Hastalıklar" **Dr. Öğr. Üyesi Ülker ATILAN FEDAİ**	Bir Aile Sağlığı Merkezinde Takipli Yetişkinlerde Çocukluk Çağı Travmalarının Sigara, Alkol Ve Madde Kullanımı Üzerine Etkisinin Araştırılması. **Narin TADİK, Tahsin ÇELEPKOLU, Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE** Göğüs Ağrısı İle Başvuran Çocuklarda Kardiyak Etiyoloji, Göğüs Ağrısının Şiddeti Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. **Feyzanur NACİR, Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE, Alper AKIN** Evaluation of Thiol/Disulphide Balance in Patients with Irritable Bowel Syndrome. **Çiğdem CİNDOĞLU, Süleyman SARİ, Ahmet UYANIKOĞLU** Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Probiyotikler Hakkındaki Tutum ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. **F. Gökşin CİHAN, Nur DEMİRBAŞ, Nazan KARAOĞLU, Ruhuşen KUTLU** Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 6.Sınıf Öğrencilerinin Uzaktan Eğitim Süreci ile İlgili Deneyim ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. **Ahmet KESKİN, Ziya ARIKAN**
14.50 - 15.00	**Ara**	
15.00 - 16.00	**Panel: (Salon A)** "Kronik Hastalıklar 1" Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Mustafa Reşat DABAK** **Prof. Dr. Dilek TOPRAK** "Birinci Basamakta Göğüs Hastalıklarına Yaklaşım" **Uzm. Dr. Gülşah ETHEMOĞLU**	**Sözel Bildiri Sunumları: (Salon B)** Oturum Başkanları: **Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ** **Dr. Hatice ÖRER** Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezlerinden 112 Acil Sağlık Hizmetleri Aracılığıyla

	"Birinci Basamakta Endokrin Hastalıklar" **Prof. Dr. Okcan BASAT** "Birinci Basamakta Kardiyak Hastalıklar" **Doç. Dr. Ahmet KESKİN**	Sevk Edilen Hastaların Genel Değerlendirmesi. **Tuğba YILMAZ, Tarık Eren YILMAZ, Eren USUL** Türkiye'de Tütün Ürünleri ve Alkol Kullanımı 2010'dan 2020'ye Nasıl Değişti?: Sağlık İstatistikleriyle Bir İnceleme. **Hatice Tuba AKBAYRAM, Hamit Sırrı KETEN** Amino acids profile in children with acute Brucellosis. **Ahmet GÜZELÇİÇEK, Nihayet BAYRAKTAR, Mehmet BAYRAKTAR** Tip 2 Diabetes Mellitus Covid 19 hastalarının kanındaki D-Dimer, Fibrinojen, CRP ve LDH Düzeylerinin Çalışması. **Nihayet BAYRAKTAR, Kays ELALİ, Veli PEHLİVAN, Başak PEHLİVAN, Erdoğan DURAN, Mehmet BAYRAKTAR** Tekrarlayan Yatışları Olan Çocuk Hastalarda Malnütrisyon Değerlendirmesi. **Dursun ÇADIRCI, Orhan KAZAK, Ahmet GÜZELÇİÇEK** Epidermodisplazia Verrusiformis Tanısı Konulan Genç Erkek Hasta: Olgu Sunumu. **Nuran BÜLBÜL, Mustafa AKSOY, Dursun ÇADIRCI, Cansu YOL** Aile Hekimleri İçin Akut Kırmızı Göz Sebepleri: Hangisini Tedavi Edeceğiz Hangisini Sevk Edeceğiz? **Alpaslan MERT, Kadir ŞENOCAK,**
16.00 - 16.30	**Çay - Kahve Arası**	

16.30 - 17.30	**Panel: (Salon A)** "Kronik Hastalıklar 2" Oturum Başkanları: **Prof. Dr. M. Mümtaz MAZICIOĞLU** **Dr. Serdar BARUT** "Obezite-Yağlı Karaciğer" **Prof. Dr. Tahsin CELEPKOLU** "Birinci Basamakta Böbrek Hastalıkları" **Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem CİNDOĞLU** "Birinci Basamakta GIS Hastalıkları" **Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ**	**Sözel Bildiri Sunumları: (Salon B)** Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Mahcube CUBUKCU** **Uzm. Dr. Nuray KIVANÇ TERZİ** Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığının Uyku Kalitesi Ve Akademik Başarı Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi. **Barış Burak, Mehmet Emin LAYIK** Adolesanlarda İnternet Oyun Oynama Bozukluğu ve Tedavi Girişimleri. **Didem KAFADAR, Ahmet EMİN, Sevda KARABACAK, Nurver TURFANER SİPAHİOĞLU** Psoriazis Hastalarında Akdeniz Diyet Uyumunun Değerlendirilmesi. **Serkan DÜZAYAK** Klinik bir örneklemde OSB tanılı çocuklarda gebelik döneminde ebeveyn yaşı ile otizm semptom şiddeti arasındaki ilişki. **Fethiye KILIÇASLAN** Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan annelerde umutsuzluğun depresif belirtiler üzerindeki etkisi: Kaygının aracı rolü. **Nurgül Ataş, Fethiye KILIÇASLAN** Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimleri ve Acil Servislerde Çalışan Hekimlerde İskemik İnme Farkındalığı. **Tülin GESOĞLU DEMİR, Özlem ETHEMOĞLU, Dilek AĞIRCAN, Hüseyin Avni DEMİR**

		Şanlıurfa'da Çalışan Aile Hekimlerinin Palyatif Bakım Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. **Alper SAĞLAM, Dursun ÇADIRCI**

	"3. HARRAN AİLE HEKİMLİĞİ GÜNLERİ" KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAMI (3. Gün)	
01 Ekim 2022 Cumartesi		
Saat	**Salon A**	**Salon B**
08.30 - 09.30	**Panel: (Salon A)** "Aile Hekimliğinde Akreditasyon" Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Hamdi Nezih DAĞDEVİREN** **Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR** "Akreditasyon Süreci" **Doç. Dr. İsmail ARSLAN** "Bir Akreditasyon Ziyaretinin Ardından 1" **Prof. Dr. Gülru Pemra CÖBEK ÜNALAN** "Bir Akreditasyon Ziyaretinin Ardından 2" **Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN**	**e-Sözel Bildiri Sunumları: (Salon B)** Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM** **Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ** Obezitede Gündüz Aşırı Uyku Halinin, Anksiyete Ve Depresyon Semptomatolojilerinin Değerlendirilmesi. **Zeynep Ebru ŞENER, Kamile MARAKOĞLU, Sinan ŞENER** Tıp fakültesi öğrencilerinin HPV ve HPV aşısı hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. **Rahime YILMAZ ÖZDEMİR, Kamile MARAKOĞLU, Muslu Kazım KÖREZ** Tip 2 Diyabet Hastası Olan Erişkinlerde Öz Yeterlilik ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin Araştırılması. **Harun CANBAKIŞ, Selenay SOMUNKIRAN, Turgay KARAMAN, Nil Hazal YOLOĞLU, Çiğdem APAYDIN KAYA** Böcek ısırığı sonrası gelişen dev bir pilomatriksoma olgusu. **Rafet ÖZBEY, Şaban ÇELİK**
09.30 - 09.45	**Çay - Kahve Arası**	
09.45- 10.30	**Panel: (Salon A)** "Akılcı İlaç Kullanımı" Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Zuhal Aydan SAĞLAM** **Prof. Dr. Zehra YILMAZ**	**e-Sözel Bildiri Sunumları: (Salon B)** Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Engin Burak SELÇUK** **Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ**

	"Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı" **Prof. Dr. Uğur BİLGE** "Yaşlıda Polifarmasi ve İlaç Azaltılması" **Prof. Dr. M. Çiğdem APAYDIN KAYA**	
10.30 - 10.45	**Ara**	
10.45 - 11.45	**Panel: (Salon A)** "Yaşlı Sağlığı" Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA** **Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem CİNDOĞLU** "Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Değerlendirmesi" **Prof. Dr. Özgür ENGİNYURT** "Birinci Basamakta Demans Hastalıkları" **Doç. Dr. Mahcube CUBUKCU** "Aktif Yaşlanma" **Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ**	**Poster Bildiri Sunumları:** **(Poster Bildiri Sunum Alanı)** Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ** **Dr. Öğr. Üyesi Sanem NEMMEZİ KARACA** Gratifikasyon Sendromu (Süt Çocuğu Mastürbasyonu). **Selin ADATEPE YAPICI, Sevgi ÖZCAN** Pandemi Gölgesinde Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi. **Mücahid ÇAVDAR. Özlem SUVAK, Süleyman GÖRPELİOĞLU** Nadir Görülen Endemik Konjonktivit Vakalarının İrdelenmesi. **Abdurrahman ÖZ, Mehmet TAYFUR, Dursun ÇADIRCI** **(Poster Bildiri Sunum Alanı)**
11.45 - 12.15	**Kapanış (Salon A)**	

DAVETLİ KONUŞMACILAR

DAVETLİ KONUŞMACILAR

AÇILIŞ KONFERANSI

AÇILIŞ KONFERANSI

Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

Prof. Dr. Esra SAATÇI
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Genel Başkanı
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana

Hekimlerin temel görevleri öncelikle korumak, bunu başaramadıklarında ise tanı koyarak tedavi etmektir. Tedavi süresi, şifa, bakım ve palyasyon şeklinde olabilir. Korumak, her zaman daha kolay ve daha maliyet-etkindir ancak sonuçları uzun vadede görülebildiği için tedavi edici hizmetlerden daha az ilgi çeker.

Günümüzde, aile hekimliği uzmanlarının koruyucu hekimlikteki rolleri, hemşire, sağlık eğiticisi, halk sağlığı uzmanının rollerine kıyasla, tartışılmaktadır. Uzmanlık dernekleri, kurullar ve hatta hükümetler, aile hekimlerinin koruyucu hekimlikteki yeterliliklerini güçlendirmek için harekete geçmektedirler (1)

Sağlıklı davranışlara sahip hekim ve hemşireler, hastalarında bu tür davranışları desteklemeye daha meyillidir. Bu durumun tersi de doğrudur (2)

Sağlık göstergelerine göre, koruyucu hizmetler açısından Doğu ve Batı Avrupa arasında önemli eşitsizlikler vardır (3) Bu çalışmada, 11 Avrupa ülkesinde (Estonya, Gürcistan, Hırvatistan, İrlanda, İspanya, İsveç, Malta, Polonya, Slovakya, Slovenya, Yunanistan) görev yapan 2082 aile hekimine iki senaryo verilerek koruyucu hizmetler konusundaki yaklaşımları değerlendirilmiştir (4)

Birinci senaryoda 52 yaşında bir erkekte aile hekiminin aşağıdakilerden hangilerini yapacağı sorulmuştur:

- Kolesterol ölçümü
- Kan basıncı ölçümü
- Glukoz ölçümü
- Kolon kanseri taraması
- Prostat kanseri taraması*
- Akciğer kanseri taraması*
- Tetanoz aşısı
- Sigara bırakma danışmanlığı
- Alkol azaltma danışmanlığı
- Beden Kitle İndeksi hesaplama
- Kilo verdirme danışmanlığı
- Sedanter hastalara danışmanlık

*özellikle sorulmuştur.

İkinci senaryoda 57 yaşında bir kadında aile hekiminin aşağıdakilerden hangilerini yapacağı sorulmuştur:

- Kolesterol ölçümü
- Kan basıncı ölçümü
- Glukoz ölçümü
- Kolon kanseri taraması
- Meme kanseri taraması
- Serviks kanseri taraması
- Tetanoz aşısı
- Sigara bırakma danışmanlığı
- Alkol azaltma danışmanlığı
- Beden Kitle İndeksi hesaplama
- Kilo verdirme danışmanlığı
- Sedanter hastalara danışmanlık

Tablo 1: Aile hekimlerinin koruyucu hizmetler konusundaki görüşleri

Aile hekimlerinin görüşleri	Yüzde
Koruyucu/sağlığı iyileştirici aktiviteleri yürütmek zor	56
Tütün kullanımının azaltılmasında minimal etkili/etkisiz	53
Alkol kullanımının azaltılmasında minimal etkili/etkisiz	63
Normal kiloya ulaşılması ve bunun sürdürülmesinde minimal etkili/etkisiz	58
Düzenli fiziksel egzersiz yapılmasında minimal etkili/etkisiz	52

Tablo 2: Aile hekimlerinin koruyucu hizmetlerin sunulmasında ifade ettikleri engeller

Engeller	Yüzde
Aşırı iş yükü ve zamansızlık	67
Ekonomik karşılığı olmaması	40
Hastaların erişebilirliği	31
Konsensus yokluğu	26
Hastaların etkililik konusundaki şüpheleri	25
BB ekibinde kimin sorumlu olduğu konusundaki belirsizlik	20
Eğitim eksikliği	19

Aile hekimleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesi etkinliklerini önermesi gerektiğini biliyor olmalarına rağmen uygulamamaktadırlar. Kolesterol, kan basıncı, glukoz ölçümü gibi tetkikler için bu gerçek çok bariz değildir ama sözel danışmanlıkta verilmesinde geçerlidir (4).

İspanya'da 635 aile hekimi ile yapılan bir çalışmada, kardiyovasküler risk faktörleri arasında en az değerlendirilen risk faktörünün kilo ölçümü olduğu saptanmıştır. Aile hekimleri, kilo ölçümü yapmayı bir zaman kaybı olarak görmektedirler (boy, kilo ölçümü, Beden Kitle İndeksi hesaplama) (5).

Birleşik Krallıkta 230 aile hekimi ile yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin, yaşam tarzı değişikliklerini bireylere/hastalarına benimsetme konusunda ümitsiz oldukları ancak yeterli eğitim ve destek ile bu ümitsizliğin azaldığı saptanmıştır. Aile hekimlerinin %64'ü sigaranın bıraktırılmasında etkili/çok etkili olduklarını düşünmektedirler. Bu oranlar; egzersiz için %60, alkolün azaltılması/bıraktırılması için %58 ve aşırı kalori alımının kısıtlanması konusunda %50 olarak saptanmıştır.

Katılımcılara göre en önemli iki konu; kan basıncı takibi ve tütün kullanımının sorgulanması ve bıraktırma girişimleridir. Üçüncü, dördüncü ve beşinci sıralarda; kolesterol ölçümü, kolorektal kanser taraması ve kan basıncı yüksek erişkinlerde diabetes mellitus taraması yer almaktadır (6).

Aile hekimleri, koruyucu hizmetleri sunmalarındaki engeller olarak aşağıdakileri belirtmişlerdir:

- Zamansızlık
- İş yükü
- Sunulan koruyucu hekimlik hizmetinin ekonomik karşılığının olmaması
- Yönetsel/idari destek yokluğu
- Toplum kaynakları hakkında bilgi eksikliği
- Kılavuz eksikliği
- Eğitim eksikliği (bilgi, beceri, yeterlilik)

Uygulamaları destekleyen güçlü kanıtlar olmasına rağmen, birinci basamak hekimleri arasında sağlık riskini değerlendirme, davranışsal danışmanlık ve topluma-dayalı koruma programları için sevk oldukça azdır (7).

Aile hekimleri, sigaranın bıraktırılması, sağlıklı beslenme gibi sağlığı geliştirici davranışların hastaları için çok önemli olduğuna inanmalarına rağmen hastalarında spesifik davranış değişikliğini gerçekleştirme konusunda kaygılı olduklarını belirtmişlerdir (8).

Çoğu aile hekimi, düzenli olarak sağlık eğitimi vermekte ve hastalarına danışmanlık yapmakta ancak sigara içen, obez ya da egzersiz yapmayan hastalarına sistematik tedavi vermemekte/sevk yapmamaktadır (6).

Mevcut sağlık hizmeti sunum modeli, sağlığın korunması ve geliştirilmesinden ziyade hastalık yönetimini ve tedaviyi öncelikli hale getirdiği için aile hekimleri de böyle hissetmektedir (9).

Aile hekimleri, rutin sağlık kontrolünün daha az önemli olduğunu düşündükleri için primer koruma ve sağlığın geliştirilmesi konusunda büyük bir fırsatı kaçırıyor olabilirler (6).

WONCA Avrupa'nın altı network'ünden biri olan EUROPREV (European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice), sağlığın korunması ve geliştirilmesi konularında çalışmaktadır.

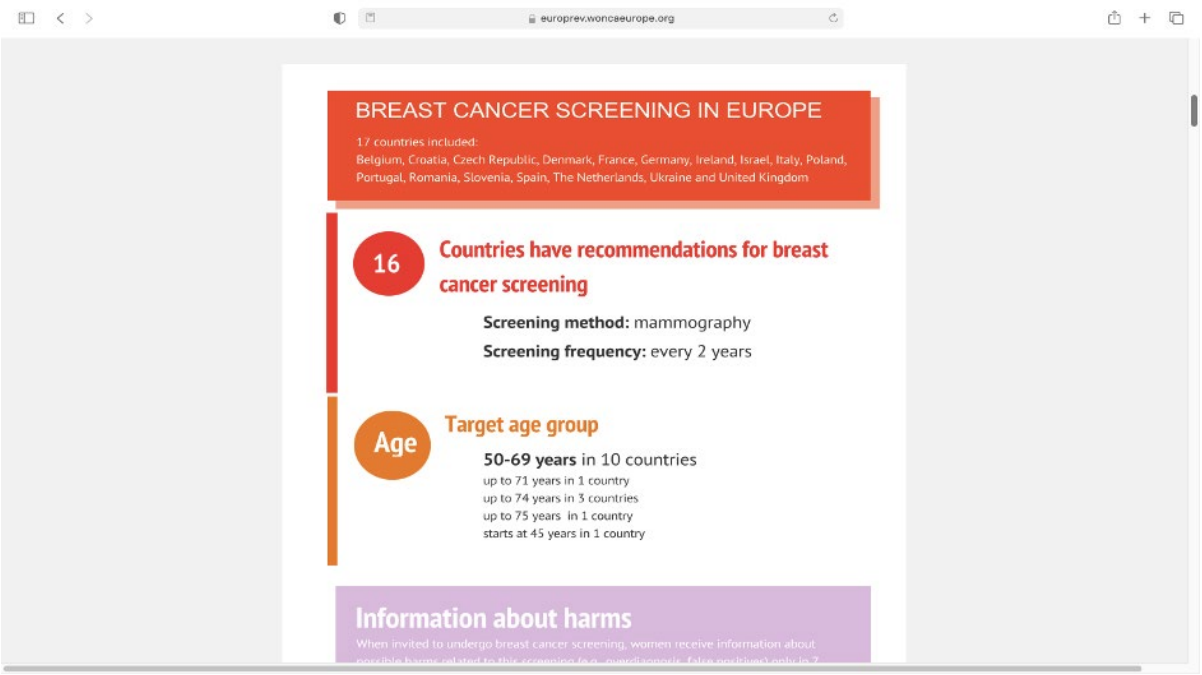
EUROPREV Koruma Başlıkları

- Kardiyovasküler
- Kanser
- Beslenme ve Egzersiz
- Mental Sağlık
- Enfeksiyon Hastalıkları (HIV, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar, Tüberküloz)
- Sigara, Alkol, Madde bağımlılıkları
- Ana-Çocuk Sağlığı
- Meslek Sağlığı

EUROPREV Webinar Başlıkları

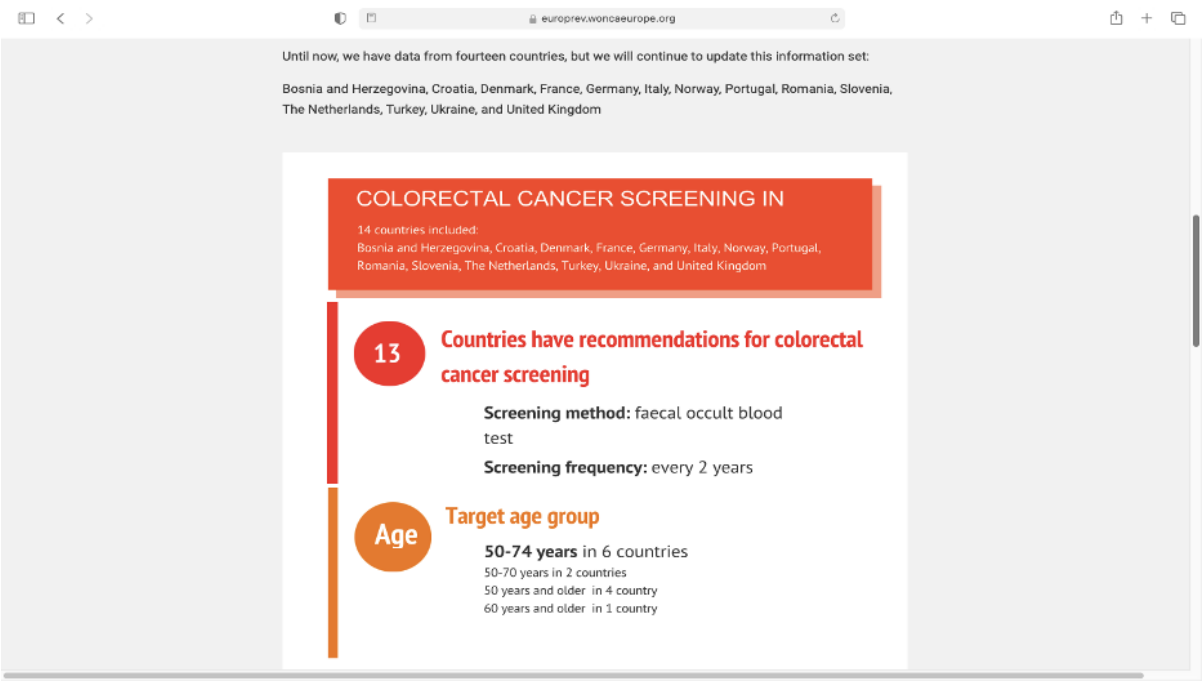
- Kanıta-dayalı tıp vs. Duyguya-dayalı tıp
- Kardiyovasküler risk belirleme araçları: Riski olduğundan fazla mı hesaplıyoruz?
- Sağlıklı bireylerde aşırı tanı
- PSA zararları
- Atriyal fibrilasyonu olan hastalarda strokun önlenmesi
- Aile Hekimliği Polikliniğinde koruyucu hizmetlerin ölçümü

EUROPREV 5 May 2019 tarihinde Avrupa ülkelerinde meme kanseri taramasında durum tespiti yapmak, her ülkede resmi tarama önerileri olup olmadığını ortaya koymak, aile hekimlerine bu taramayı yapmanın ekonomik getirisi olup olmadığını belirlemek ve Avrupalı kadınlara bu taramanın yararları ve zararları konusunda doğru bilgi verilip verilmediğini saptamak amacıyla 17 ülkeyi (Almanya, Belçika, Birleşik Krallık, Çekya, Danimarka, Fransa, Hırvatistan, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İtalya, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovenya, Ukrayna) kapsayan bir çalışma başlatmıştır. Verilerin değerlendirilmesi sonucunda Şekil 1'deki bulgular elde edilmiştir.



Şekil 1: Çalışmaya katılan Avrupa ülkelerinde aile hekimlerinin meme kanseri tarama davranışları

EUROPREV benzer çalışmayı 1 Haziran 2022 tarihinde kolorektal kanser taraması için başlatmıştır. Kolorektal kanser taramasında Avrupa'da durum nedir? Her ülkede resmi tarama önerileri var mı? Bu tarama ile ilişkili ekonomik teşvikler var mı? Avrupalı hastalara bu taramanın yararları ve zararları konusunda doğru bilgi veriyor muyuz? Çalışmaya katılan 14 ülke (Almanya, Birleşik Krallık, Bosna-Hersek, Danimarka, Fransa, Hırvatistan, Hollanda, İtalya, Norveç, Portekiz, Romanya, Slovenya, **Türkiye**, Ukrayna) verilerinin değerlendirilmesi sonucunda Şekil 2'deki bulgular elde edilmiştir.



Şekil 2: Çalışmaya katılan Avrupa ülkelerinde aile hekimlerinin kolorektal kanser tarama davranışları

Sonuç olarak, sağlık hizmetleri sunum sisteminde koruyucu hekimliği ön plana çıkarmak için yeniden tasarlamaya ihtiyaç vardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunum ekibinde mutlaka sağlık eğitimi uzmanı yer almalıdır. Hekim eğitiminde yenilikler gereklidir (10,11). Hastalıkları önleme stratejisi, sadece toplumsal farkındalık ya da ekonomik desteğe değil ama aynı zamanda hizmet sunanların eğitimine de odaklanmalıdır (12). Açık, kesin ve anlaşılır kılavuzlar hazırlanmalıdır. Mezuniyet Öncesi Eğitim ve Uzmanlık Eğitimi düzeylerinde klinik konularda koruyucu hekimlik uygulamalarına ek olarak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hasta eğitimi, polikliniğin organizasyonu gibi konular da yer almalıdır (12).

Tablo 3: Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu hizmetler

Yeterlilik alanları	**Aile hekiminin temel görevleri**	**Yeterlilik alt-alanları**
Alan 1: Eğitim	Sağlığın geliştirilmesi	1-Ana-çocuk sağlığı 2-Yaşam tarzı 3-Çevre
Alan 2: Klinik	Hastalıkların önlenmesi	1-Taramalar 2-Kronik hastalık yönetimi 3-Koruyucu müdahaleler
Alan 3: Organizasyonel (polikliniğin organizasyonu)	Hizmet sunumu	1-Bilgi (enformasyon) 2-Hasta-hekim ilişkisi 3-Yerel topluluklar

Aile hekimleri, yaşa ve cinsiyete spesifik koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetleri, fırsatçı bir tarzda verebilmek açısından mükemmel pozisyondadır (13,14).

Referanslar:

1. McAvoy BR. General practitioners and cancer control. Med J Aust 2007;187(2):115-117.
2. McKenna, H, Slater P, McCance T, Bunting B, Spiers A, McElwee G. Qualified nurses'smoking prevalence: their reasons for smoking and desire to quit. J Adv Nurs 2001;35:769-775.
3. Ginter E. Health trends in the Czech Republic and European Union. Cas Lek Cesk. 2010, 149: 232-234. [in Slovak]
4. Brotons C, Bjfrkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E et al on behalf of the EUROPREV network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. Prev Med 2005:595-601.
5. Lopez-de-Munain J, Torcal J, Lopez V, Garay J et al. Prevention in Routine General Practice: Activity Patterns and Potential Promoting Factors. Prev Med 2001;32:13-22.
6. Luquis RR, Paz HL. Attitudes About and Practices of Health Promotion and Prevention Among Primary Care Providers. Health Promot Pract 2015;16(5):745-755.
7. Hung D, Rundall T, Tallia A, Cohen D, Halpin H, Crabtree B. Rethinking prevention in primary care: applying the chronic care model to address health risk behaviors. Milbank Quarterly 2007;85:69-91.
8. Kotecki JE, McKenzie JF, Banter AE, Bird JC, Reece JS, Brown SC. Indiana family physicians: Beliefs and practices regarding health promotion. The Health Educator 2004;36(1):13-22.
9. Rubio-Valera M, Pons-Vigues M, Martinez-Andres M, Moreno-Peral P, Berenguera A, Fernandez A. Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care: A Synthesis through Meta-Ethnography. Plos ONE 2014;9(2),e89554. Published: February 28, 2014 https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089554
10. Marvasti FF, Stafford RS. From "Sick Care" to Health Care: Reengineering Prevention into the U.S. System NEJM 2012;367(10):888-891.
11. Chambliss ML, Lineberry SN, Evans WM, Bibeau DL. Adding health education specialist to your practice. Family Practice Management 2014 March/April, 10-15. Retrieved from http://www.aafp.org/fpm

12. Tomasik T, Windak A, Domagala A, Dubas K, Sumskas L, Rosinski J. An evaluation of family physicians' educational needs and experiences in health promotion and disease prevention in Poland and Lithuania-a qualitative study. BMC Fam Pract 2011;12(13).
13. Butterworth S, Linden A, McClay W, Leo MC. Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status. J Occup Health Psychol 2006;11:358–365.
14. Casey D. Using action research to change health-promoting practice. Nursing and Health Sciences. 2007;9:5-13.

DAVETLİ KONUŞMACILAR

GEÇMİŞTEN GELECEĞE AİLE HEKİMLİĞİ

GEÇMİŞTEN GELECEĞE AİLE HEKİMLİĞİ

Aile Hekimliğinin Tarihçesi

Prof. Dr. Süleyman GÖRPELİOĞLU
SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Görevlisi

Dünya'da aile hekimliğinin gelişimini tıbbın gelişiminden ayırmak mümkün değildir. Tıp tarihi ise insanlık tarihi ile başlar.

Mitolojide yarı insan yarı at olarak betimlenen Khe-iron, tanrı Apollon'un Koronis'ten olan oğlunu büyütür. Doğanın içinde yaşayan, doğanın sırlarına ermiş bir varlık olan Kheiron'un şifalı sular ve otlardan yararlanma yollarını öğreterek bir hekim olarak yetiştirdiği ise Yunanlıların Asklepios, Romalıların Aesculapius olarak bildiği hekimlik tanrısıdır (1).

Birlikte yaşam kültürünün gelişmesiyle birlikte ortaya çıkan meslekler arasında hekimlik tanrısal bir güç olarak algılanmış ve tanrıların temsilcisi sayılan büyücüler eliyle uygulanmıştır. Bu dönemde gelişmeye başlayan tıp bir yandan gelişimini sürdürürken bu mesleği uygulayan kişiler de genel tababet uygulamışlardır. Dönemin en önemli hekimlerinden Hipokrat, klinik tıbbın sistematik çalışmasını büyük ölçüde ilerletmesi, önceki okulların tıbbi bilgilerini özetlemesi ve Hippocratic Corpus ve diğer eserler aracılığıyla doktorlar için reçete uygulamaları yapmasıyla da tanınır. Eflatun, "Phaidros" adlı yapıtında ise Hipokrat'a değinerek onun insan vücudunu bir bütün olarak ele aldığını anlatır (2).

18. yüzyılda başlayan sanayi devrimi dünyayı değiştirirken yarattığı bilgi birikimi ile tıp dünyasını da etkilemiştir. Hızla gelişen teknoloji ve artan bilgi birikiminden tıp bilimi de payını almış, tek kişinin yönetemeyeceği boyutlara ulaşan bu bilgi birikimi ve sağlık sunumunu geliştiren teknoloji, yeni uzmanlık dallarının doğmasına yol açmıştır. Başlangıçta uzmanlaşmanın hastalara zarar verebileceği endişesini taşıyanlar olmasına rağmen; bilimsel, sosyal ve ekonomik faktörlerin baskısı ile uzmanlaşma tercih edilen bir durum olmuştur (3).

20. yüzyıla gelindiğinde uzmanlık dalları gelişimlerini sürdürürken bölünmeler de devam etmiştir. Bu yüzyılda tıpta oluşan en büyük gelişme temelini 1910 yılında yayınlanmış olan Flexner raporundan alan tıbba yoğun bilimsel içeriğin dahil edilmesi olmuştur. Bu değişim bugüne kadar usta-çırak şeklinde ve sanat ağırlıklı sürdürülen tıp eğitiminin bilimsel temellere dayandırılmasını sağlamışsa da aşırı bilimselleşme ve uzmanlaşma sonucu hekimliğin amacının insanları sağaltmak olduğu unutularak hastalıkları sağaltma ön plana çıkmıştır (4).

Bu durumun hastaların sorunlarını çözmede yetersiz kaldığını ileri süren Amerikalı hekim Peabody 1923 yılında "hızla genel tababete dönülmesi gerektiği" yönünde uyarıda bulunmuş ve bu savını 1927 yılında JAMA dergisinde yayınlanan "The care of the patient" (Hastanın bakımı) başlıklı makalesiyle tıp camiasının dikkatine sunmuştur. Bu makalenin günümüz için önemi daha sonra JAMA dergisi tarafından "100 Yılın En Önemli Makaleleri" arasında gösterilerek yeniden basılmasıyla daha iyi anlaşılabilir. Yayınlandığı dönemde çok dikkat çekmeyen bu uyarı ancak II. Dünya Savaşından sonra anlaşılabilmiştir. Bu yıllarda Flexner de "Korkarım ki, bilimsel tıbbın hızlı gelişmesi bize eski nesil hekimlerin geniş kültürleri ve kapsamlı hizmetlerine mal olmaktadır!" diyerek tıbbın aşırı bilimselleşmesinin sanat yönünü unutturduğunu ve bunun da bir hata olduğunu kabul etmiştir.

II. Dünya Savaşını takip eden yıllarda hastalıkların kaynağının toplum olduğunun ve çözümün de toplum içinde aranması gerekliliğinin anlaşılmasından sonra yayınlanan Folsom, Millis ve Willard raporları; sağlığın bir toplum sorunu olduğunu; herkesin kendini tanıyan bir doktoru olması gerektiğini; uzmanlaşmanın çözüm değil yeni sorunlar getirdiğini; hastalara bütüncül olarak yaklaşabilecek yeni bir hekim tipi gerektiğini ve bu hekimlerin eğitiminin nasıl olması gerektiğini açıklamışlardır.

Avrupa ve Amerika'da birinci basamak hekimliğinin geliştirilmesinin gerekliliğinin anlaşılmasıyla birinci basamak sağlık hizmetleri sunmak amacı ile temel tıp eğitiminden sonra özel eğitim almış birinci basamak sağlık bakımı sunan hekimler yetiştirilmeye başlanmış ve bu hekimler bazı ülkelerde "Genel pratisyen" bazı ülkelerde "Aile Hekimi" olarak adlandırılmış ve bu yeni gelişen tıp disiplini de genel pratisyenlik ya da aile hekimliği adını almıştır (5).

Aile Hekimliğini diğer uzmanlık dallarından ayıran en önemli özellik kişilere yaş, cinsiyet ve organ ayırımı yapmaksızın bütüncül yaklaşmasıdır. Aile hekimliğinin yaşama ve kişilere bakışı bütüncüldür ve süreklilik arz eder. Öznel kişi merkezli bir bakışla kapsamlı ve biyopsikososyal olarak kişileri çevreleriyle kucaklamayı benimseyen Aile Hekimliği disiplini, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda uzmanlaşmış bir bilim dalıdır (6).

Aile Hekimliği disiplininin ilk tanımı Hollanda Leuwenhorst'te 1974 yılında toplanan İkinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi Toplantısı'nda yapılmıştır. Bu tanıma göre "*Genel Pratisyen/Aile Hekimi, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. Onu kendine özgü kılan, bu işlevlerin sentez edilişidir. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde ve bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalarının bakımı sürecinde sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Bir hekim olarak kendisine sunulan her soruna ilişkin ilk kararları verir. Kronik, yineleyen ya da terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Uzun süreli temas, Genel Pratisyen/Aile Hekiminin yineleyen hastayla karşılaşma olanaklarını, her hasta için uygun bir hızda bilgi toplamak ve mesleğini uygulamada kullanabileceği bir güven ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilmesi anlamını taşır. Hekim ve tıp dışı diğer meslektaşlarıyla iş birliği içinde uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla nasıl ve ne zaman hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirme girişimlerinde bulunabileceğini bilir. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluğu olduğunu kabul eder.*" (7)

Bu tanım her ne kadar birinci basamak hekimliğinin diğer klinik uzmanlıklardan farklı beceriler gerektirdiğini vurgulasa da; bu becerilerin tıp fakültesi eğitimleriyle kazandırılabileceği ve bu nedenle tüm tıp fakültesi mezunlarının birinci basamak sağlık hizmet sunumunda görev alabileceği yanılgısını da içermektedir. Ancak bu yanılgının, tanımın yapıldığı tarihlerdeki insan kaynakları göz önünde bulundurularak yapıldığı unutulmamalıdır. Nitekim bu tanım 1991'de, 2002'de ve 2005'te gözden geçirilerek

"*Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleksel sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Genel Pratisyenler / Aile Hekimleri mesleksel görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun varolan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak*

ya doğrudan kendileri tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli bir hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki dengeleri ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar." şeklini almıştır (8).

Tüm bu felsefi tanımlamaların yanı sıra birinci basamak sağlık hizmet sunumunun toplumun sağlık ihtiyaçlarının giderilmesinde temel bir işlevi olduğu 1978 yılında yapılan Alma Ata konferansından bu yana kabul edilmiş bir konudur. Bu hizmetin sunulmasında aile hekimlerinin rolünün önemi ise 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA)'nün yaptığı ortak deklarasyonla vurgulanmıştır. Bu deklarasyonda

"*İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak için, sağlık hizmet sisteminde, tıp mesleğinde, tıp fakültelerinde ve diğer eğitim kuruluşlarında koklu değişiklikler yapılmalıdır. Aile Hekimi sağlık hizmet sistemlerinde kaliteye, maliyet etkinliğine ve adilliğe ulaşılmasında merkezi role sahip olmalıdır. Bu sorumluluğu yerine getirebilmek için Aile Hekimi, hasta bakımında yetkin olmalı, bireysel ve toplumsal sağlık hizmetini bir bütün halinde ele almalıdır. Bu amaç doğrultusunda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA) tarihi bir iş birliği gerçekleştirmektedir* "denilerek aile hekimliğinin sağlık sistemi içindeki merkezi rolü vurgulanmıştır (9).

Bugün gelinen noktada aile hekimliğinin sağlık hizmet sunumundaki yerinin pekiştirilmesi için

- Toplumu oluşturan insanların algıladıkları sağlık bakım ihtiyaçları nedir ve aile hekimi bu ihtiyaçları nasıl karşılayabilir?
- Neden insanlar ilk başvuru hekimi olarak aile hekimlerini tercih etmelidir?
- Aile hekimlerini diğer hekimlerden farklı kılan özellik/ler nelerdir?
- Aile hekimliğinin geleceği için önemli bir fırsat olmasına rağmen gerçekleştirilemeyen bir durum var mıdır?
- İnsanlar aile hekimliğinin temel özelliklerinden (ilk başvuru noktası olmak, bakımda süreklilik, bağlamsallık vb) hangilerine gerçekten ihtiyaç duymaktadırlar?
- Aile hekimleri insanların yaşadığımız dönemde değişen taleplerini karşılayabilmek için hangi engelleri aşmalıdır?

sorularının yanıtlanması gerekmektedir.

Kaynakça:

(1) https://tr.wikipedia.org/wiki/Asklepios (Erişim: 10.10.2022)

(2) https://tr.wikipedia.org/wiki/Hipokrat (Erişim 10.10.2022)

(3) Ünlüoğlu İ. Dünya'da ve Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi. Aktüel Tıp Dergisi Mayıs 2004; 9 (6): 5-9

(4) Selçuk EB, Eray Karataş İ. Dünyada ve Türkiye'de aile hekimliğinin gelişim süreci. Bozok Tıp Derg 2011,3:(29-33)

(5) http://tip.akdeniz.edu.tr/aile-hekimligi-anabilim-dali/bilgi-kosesi/aile-hekimligi-kisa-tarihce/ (Erişim: 10.10.2022)

(6) https://tip.sbu.edu.tr/Akademik/AileHekimligiAnabilimDali (Erişim: 10.10.2022)

(7) Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü 2009-2010 Çalışma Raporu. https://www.ttb.org.tr/kollar/_gpe/yazdir.php?Tablo=tbl_yayin&Guid=e8d9fa98-df0e-11e7-ae04-02a94b7a8425 (Erişim: 10.10.2022)

(8) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği. WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 4 Nisan 2011 https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf (Erişim : 10.10.2022)

(9) WHO-WONCA 1994 Konferansı, Aile Hekiminin Katkısı, Kanada, Giriş ve sayfa 3

GEÇMİŞTEN GELECEĞE AİLE HEKİMLİĞİ

Türkiye'de Aile Hekimliğinin Akademik Gelişimi

M. Mümtaz MAZICIOĞLU[1], İlhami ÜNLÜOĞLU[2]
1. Erciyes Üniversitesi, 2. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Bir tıp disiplininin diğer tıp disiplinleri arasında etkinliğinin ortaya konulması ve gelecekte de ayakta kalabilmesi; kendine özgün bir akademik yapılanması ile sağlanabilir. Diğer tıp disiplinleri ile karşılaştırıldığında da "Aile Hekimliği" kuruluşu, yapılanması açısından nispeten daha yeni bir disiplin olmasına karşın, ülkemizin sağlık yapılanmasına katkısı ve bu yapılanmanın işleyişindeki etkinliği nedeniyle oldukça önemli bir konumdadır. Cumhuriyet döneminde oluşan ihtiyaç üzerine yaklaşık yetmiş beş yıl önce "genel sağlık uzmanlığı" tanımlanmıştır. 1800'lü yılların sonundan itibaren başlayan ve 1900'lü yılların ortalarına kadar olan süreçte hem ülkemizde hem de dünyada bireylerin sağlığının korunması ve hastalıklarının yönetilmesi için genel tıp alanında uzman bir disiplinin oluşması ihtiyacı doğmuştur.

Yirminci yüzyılın son çeyreğinde Alma Ata Konferansı sonrası yeni yüzyıla dönük hedefler belirlendiğinde tüm dünyada bireylerin sağlığından sorumlu ve hastalıklarını yönetecek hekim profili tanımlanmıştır. Bu tanım Aile Hekimliği disiplini profili ile uyum göstermektedir. Bu dönemde ülkemizde "Aile Hekimliği Uzmanlığı" 05.07.1983'de "Tababet Uzmanlık Tüzüğü"nde yer almıştır. Bu sırada Türkiye'de yirmi. Tıp fakültesi bulunmaktadır. Buna karşın ilk uzmanlık eğitimi üniversitelerden önce eğitim çoğunluğu eğitim ve araştırma hastanelerinde başlatılmıştır. Bu dönemde Aile Hekimliği'nin akademik gelişimine temel teşkil edecek bilimsel derneği kurulmuş (Türkiye Aile Hekimleri Derneği-TAHUD) ve kendi disiplinin klinik çalışmalarını yansıtan dergisi (Türkiye Aile Hekimleri Dergisi) yayınlanmaya başlamıştır (1997 yılında ilk sayı yayınlanmıştır).

Aile Hekimliği akademik gelişim süreci böylece 1990'lı yılların başında örgütlenmesini, ortalarında akademik yapılanmasını ve sonlarında da disiplinine ait bilimsel

yayın faaliyetlerini başlatmıştır. Bu süreçte 1994 yılında ilk yardımcı doçenti, 1996 yılında ilk doçenti ve 2022 yılında ilk profesörüne sahip olabilmiştir.

Disiplinin kapsayıcılığı ve nispeten yeni olması 2000'li yıllardan itibaren aile hekimliğini hem ülkemizde hem de uluslararası alanda temsil eden çok sayıda akademisyenin yetişmesini sağlamıştı. Aile Hekimliğinde Eylül 2022 itibarı ile akademik kadro dağılımı 77 Profesör, 96 Doçent ve 83 Öğretim Görevlisi'nden oluşmaktadır. Bu kadroyu yansıtan ulusal indekslerde taranan çok sayıda aile hekimliği dergisi bulunmakta ve aile hekimliği akademisyenlerinin yüksek etki faktörü olan uluslararası dergilerde çok sayıda yayını bulunmaktadır.

Aile hekimliğinin ulusal örgütlenmesinin uluslararası alandaki yansımaları olarak bölgesel ve kıtalararası çok sayıda aile hekimliği örgütü aile hekimliği akademisyenlerinin katılımı ve yönetimi altında faaliyetler yürütmektedir. Bu örgütlerin yönetiminde aile hekimliği akademisyenleri başkan ve yönetim kurulu üyesi ya da genel sekreter olarak yer almaktadırlar (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physician-WONCA, association of general practice/family medicine of South-East Europe-**AGP/FM SEE**).

Aile hekimliği disiplini örgütlenme ve bilimsel üretkenlik açısından yaklaşık son otuz yıl içerisinde belirgin ilerleme kaydetmiş ve bu ivmesini arttırarak akademik gelişim sürecini devam ettirmektedir. Bundan sonraki dönem de disiplinimizin hem ulusal hem de uluslararası alanda akademik anlamda belirgin katkılarının olacağı bir süreç olarak görünmektedir.

GEÇMİŞTEN GELECEĞE AİLE HEKİMLİĞİ

Avrupa'da Aile Hekimleri Ne yapıyor? Geleceğe Yönelik Düşünceler

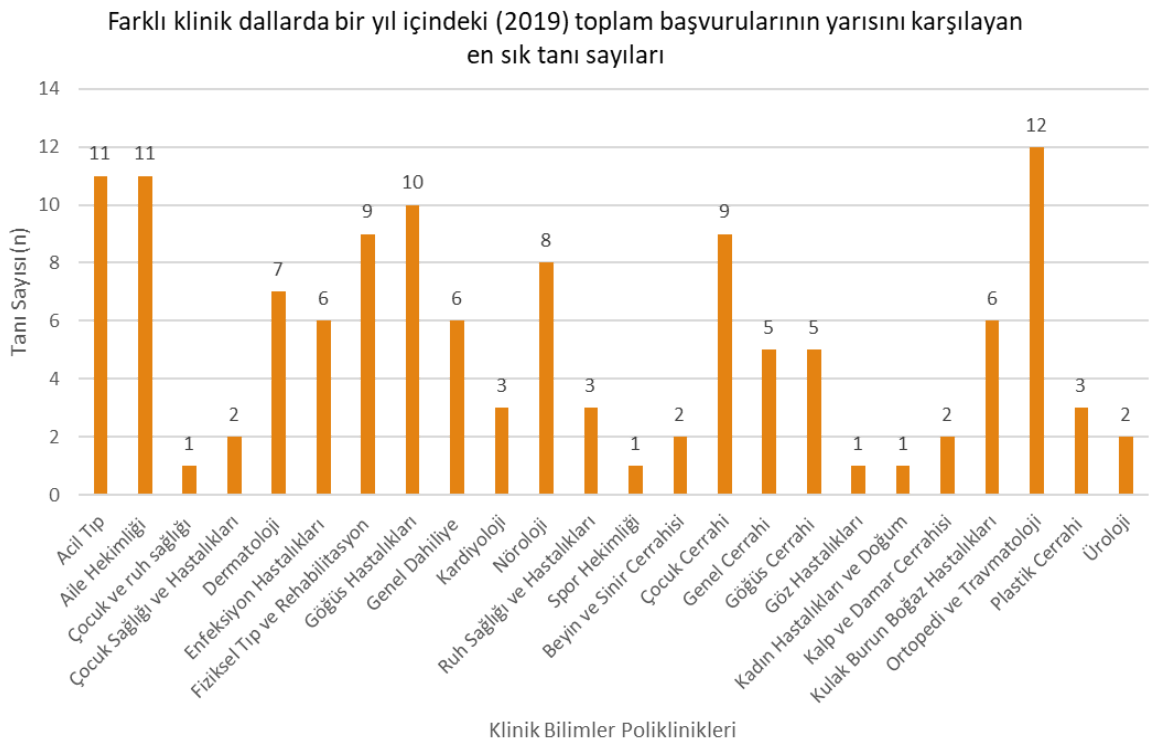
Prof. Dr. Mehmet UNGAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
WONCA Avrupa Önceki Başkanı
EGPRN Önceki Başkanı

Her şey eğitimde kullanmak, öğrencilerimiz disiplininin çekirdek yeterlilikleri ve ilkeleri ile ilgili bilgiyi görsel aktarabilmek için kullandığımız WONCA ağacı ile ilişkilidir.

Uzmanlı öğrencilerimizin sınavlarda bazen bu ağaç ile ilgili sorulara yanıt verememeleri şaşırtıcı olabilmekte ve kendilerine bu disiplinde çalışmaya devam edecekler ise bu ağaç sembolünün her bir yaprağını ve kavramlar üzerinde düşünmelerinin disiplinsel bir kimlik oluşumu açısından da çok önemli olduğunu hatırlatmak isterim. O nedenle ben uzmanlık sınavlarında, ve eski sözel doçentlik sınavlarında **WONCA Ağacı** ile ilgili bir soruyu kendilerine yöneltmek istemişimdir.

Birinci basamakta aile hekimliğinde karşılaştığımız bir hasta görüşme başına ortalama 1.5 – 8 problem ortaya koyduğu tespit edilmiştir. Oysa hastane tabanlı uzmanlıkların çoğunda en sık beş (5) tanı o dala ait poliklinik hizmeti yükünün %90'ıdır. Örneğin en sık rastlanan ilk beş tanının o daldaki tüm tanılara oranı Kardiyolojide için %73, Göz hastalıkları için %93,89, Ruh Sağlığı ve hastalıkları için %75, Çocuk Ruh Sağlığı ve hastalıkları için %86, Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği için ise 85% civarındadır. Bu oranlar şu anlama gelmektedir. Eğer yeni başlayan bir uzmanlık öğrencisine o dalın en sık karşılaşılan ilk beş tanısını ve yönetmeyi iyi öğretirseniz daha işin başındayken dahi o polikliniğe başvuruların büyük bir çoğunluğu ile başa çıkabilir, gerisini de daha düşük oranda kıdemlileri ve hocalarına bırakabilir. Bu poliklinik yükü planlaması ve asistan eğitimi planlamasında kullanılabilecek bir bulgudur. Aile hekimliğinde, Acil ihtisasında, Genel Cerrahide bu böyle değildir. Aile Hekimliğinde rastlanan en sık 5 tanı

tüm tanılar arasında % 18-40 arasında yer tutuyor, ve içinde bulunduğunuz yerleşim yerine göre, hasta yaş ve cinsiyet dağılımına, toplumdaki güncel hastalık ve sosyal gelişmelere göre değişiyor** Aile Hekimliği polikliniğinde ilk 11-12 tanı tüm tanılar içerisinde ancak %50 ye ulaşabiliyor. Hastane aile hekimliği kliniklerinde bile en sık 25 Tanı AH ne ait poliklinik hizmeti yükünün ancak %60'dır.

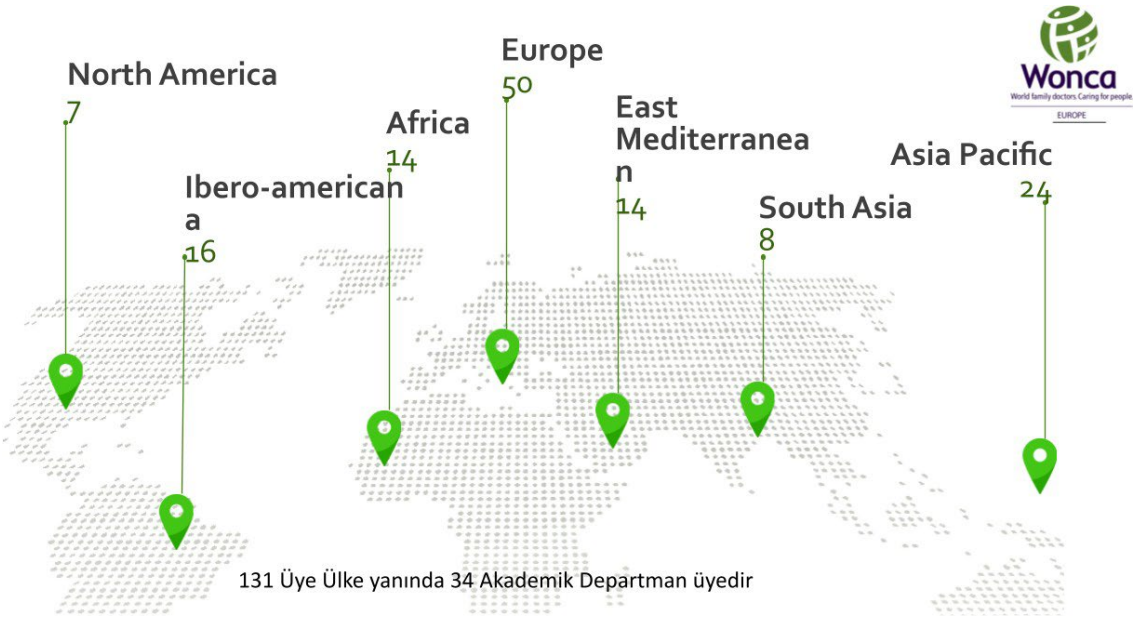


Hastane Uzmanlıklarından, Çocuk Psikiyatrisi, Kardiyoloji, Psikiyatri, Spor Hekimliği, Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Kalp ve Damar Cerrahisi ve Üroloji uzmanlık dallarında en sık konulan ilk 5 tanının tüm olgulardaki toplam oranları %70-90 aralığında değişmektedir.

AH asistanı ise poliklinik başvurularının %50 sine hizmet edebilmek için bile en azından en sık görülen ilk 11-12 tanıyı ve yönetmesini iyi bilmesi gerekir**

Muayene Süresinin Uzunluğuna Göre Bakımın Karmaşıklığının Ayarlanması ve Bakımın Tahmini Göreceli Kompleksite Değeri			
	Aile Hekimi n=3344	Kardiyolog n=1650	Psikiyatrist n=1567
Bakımın tahmini göreceli kompleksite değeri	44.04	42.78	17.49
Muayene süresi (dakika)	15.79	20.47	33.63
Saat başına kompleksite değeri	167.31	125.4	31.21

WONCA'ya 131 Üye Ülke yanında 34 Akademik Departman üyedir.



Avrupa Bölgesindeki Sadece AB Üyesi Ülkelerde Aile Hekimlerinin İş Yükü

WONCA Avrupa Bölgesi görüldüğü gibi en çok sayıda üye ülkeye sahiptir. Bu bölge DSÖ (WHO) Avrupa bölgesini kapsar, yani Avrupa Birliği ülkeleri dışında Türkiye, İsrail, Norveç, İngiltere, Kazakistan vb. DSÖ bölge ülkeleri de bizim bölgemizde yer almaktadır.
Bu veriler ise sadece AB üyeleri arasından toplanmıştır.

Tıp Eğitimi aralarında bir ölçüde karşılaştırılabilir olmasına rağmen Aile Hekimlerinin İş Yükü sadece üye ülkeler arasında değil, ülkeler içinde de farklılık göstermektedir. Bazı üye devletler, yasalar ve gelenekler gereği çocuklara bakmıyor veya belirli koşullarda tedavi etmiyor veya

hastalık için araştırma yapmıyor. Kırsal alan Aile Hekimleri, kaynak yetersizliğinden dolayı daha fazla sorumluluğa sahip olma eğilimindedir.
Yönlendirme/Sevk biçimleri ve oranları yalnızca ülkeler arasında değil, ülkeler içinde de farklılık gösterir. Ülkelerin bazıları maalesef veri sağlamamakta, ancak yeterli sayıda ülkeden bazı sonuçlar çıkarılabilmektedir.

Devletler içinde incelendiğinde de hizmetler genellikle büyük yerleşim bölgelerindekiler ile kırsal alanlardakiler arasında farklılık gösteriyor. Aslında burada da daha fazla bilgi yararlı olur diye düşünülmektedir.

AB Üyesi Ülkelerde Aile Hekimlerinin İş Yüküne Dair Sorular
AH İş Yükü Ülkedeki Sisteme Göre Değişiyor.

4 yaş ve altına "rutin" bakan Aile Hekimleri

Wonca
World family doctors. Caring for people.
EUROPE

Rutin olarak AH bakımında olan

- Finlandiya
- Irlanda
- Litvanya
- Malta
- Romanya
- İsvec
- Hollanda
- İngiltere

Rutin olarak çocuk hekimine sevk

- Avusturya
- Hırvatistan
- Cek Cumhuriyeti
- Italya
- Slovenya
- İspanya
- İsviçre

AH İş Yükü Ülkedeki Sisteme Göre Değişiyor

Wonca
World family doctors. Caring for people.
EUROPE

Bakımın genellikle AH tarafından verildiği ve yönetildiği ülkeler

- Danimarka- ama taramalar bile yok
- Finlandiya
- Almanya
- İzlanda
- Portekiz
- Norec
- İngiltere

Hasta istek ve tercihlerinin baskın olmasından uzman bakımının daha olası oldugu ülkeler

- Avusturya
- Irlanda
- Italya
- Hırvatistan
- Cek Cumhuriyeti
- Slovenya
- İspanya
- İsviçre

16 yaş altına "rutin" bakan Aile Hekimleri

Rutin olarak AH bakımında

- Finlandiya
- İrlanda
- Litvanya
- Malta
- Romanya
- İsveç
- Hollanda
- Birleşik Krallık

Rutin olarak Pediatri bakımında

- Avusturya
- Hırvatistan, bazılarını AH de görüyor
- Çek Cumhuriyeti
- İtalya
- Slovenya
- ispanya
- İsviçre

Ante ve Post-Natal Bakım, Evde Doğum, Yenidoğan muayeneleri "rutin" bakan Aile Hekimleri

Çoğunlukla Birinci Basamakta

- Finlandiya
- İrlanda
- Litvanya
- Malta
- Romanya
- Hollanda
- Birleşik Krallık

Çoğunlukla Uzman (hastane)

- Avusturya
- Hırvatistan
- Çek Cumhuriyeti
- İtalya
- Slovenya
- ispanya
- İsviçre

Jinekolojik muayenelere "rutin" bakan Aile Hekimleri

AH tarafından rutin olarak görülen

- Finlandiya
- İsveç
- Hollanda
- Birleşik Krallık

Uzman tarafında rutin görülen

- Avusturya
- Hırvatistan – AH'leri göndermeli
- Çek Cumhuriyeti
- İrlanda
- İtalya
- Slovenya
- İsviçre

Kronik Hastalıklar:

Kronik Hastalıkların çoğu AB de Aile Hekimleri tarafından izlenir, ancak katılım derecesi bazen Aile Hekiminin uzmanlığına ve hevesine bağlıdır.

AB'de genellikle Aile Hekimleri tarafından yönetilen durumlar şunlardır:

- Astım
- Hipertansiyon
- İyi kontrol edilen Tip 2 Diyabet

KOAH – Kuzey Avrupa'da genellikle Aile Doktorları tarafından tedavi edilir, ancak çoğu ülkede uzman bakımı altında kalır

İskemik Kalp Hastalıkları- Kuzey Avrupa'da AH bakımı altında, ancak AB'nin çoğunda uzman bakımı olabilir

Tip 2 Diyabet – Birleşik Krallık, İsveç ve Danimarka halkı ve devleti bakımı AH ile yönetme eğilimindedir. Diğer ülkeler endokrinologlara sevk - HbA1c>% 7,5 bir sevk tetikleyicisi olabilir

Tip 1 Diyabet, İnsüline Bağımlı Tip 2 Diyabet hastalarında olduğu gibi.. Tip 1 Diyabet de Avrupa'nın çoğunda, Endokrinologların bakımı altındadır. Ancak, Birleşik Krallık, Danimarka ve İsveç'te Aile hekimleri, çocuklar ve genç yetişkinler dışındaki Tip 1 Diyabetlilerin çoğundan sorumludur.

Minor Ruh ve Akıl Rahatsızlıkları ve hastalıkları çoğunlukla AH'nin bakımı altındadır, ancak hastanın seçim hakkı olan ülkelerde hastalar Psikiyatristlere kendi kendilerine de başvurabilirler. Önemli/Major Akıl hastalıkları genellikle Psikiyatristlerin bakımı altındadır, ancak stabil vakalar ve izleme aile hekimleri tarafından da ele alınabilir.

Yaşlılar (Geriatrik Yaş); çoğu Avrupa ülkesinde aile hekimleri yaşlıların sorumluluğunu üstlenir.

Genellemenin dışında kalanlar aşağıdakilerdir:

- İtalya'da Huzur Evlerindekilerin özel doktoru olabilir
- Romanya'da, Huzurevlerinde kalanlar için aile hekimi bakımı isteğe bağlıdır, ancak bazı aile hekimleri bunu yapacaktır
- İsveç'te GP yaşlıların bakımı kırsal alanlarda daha yaygındır

- Hollanda'nın bir "Huzurevi Doktoru" planı vardır – Toplum Geriatri Uzmanları

Muayene Saatleri:

Konuma ve ülkeye göre önemli ölçüde değişmektedir. Bu, haftada 18 - 60 saat arasında olabilir. Mesai Dışı düzenlemeler Sağlık Sistemine göre değişiklik göstermektedir.
Devlet tarafından işletilen sağlık sistemlerinde "Kullanım Saatleri Dışı" genel kapsamı vardır Aksi takdirde, geceleri ve hafta sonları, görevlendirme ve rotasyonlar AH'leri tarafından kendi aralarında organize edilir. Covid sonrası çalışma part time ya da farklı yerlerde çalışma yaygınlaşmıştır.
Hemen Tüm AH Muayenehaneleri *Pazartesi'den Cumaya 5 gün, 8:00-18:00* arasında açıktır.

Şehir ve Çevresi: Aile Hekimi Sayısı daha çoktur, Çocuklar daha çok çocuk hekimini görmektedirler. Doğum genelde ikinci basamakta olmaktadır. Uzmanlara ulaşım kolaydır. Uygun hastaneler ve kapsamlı sağlık güvencesi mevcuttur. AH daha fazla sorumluluk almak zorunda kalır.

Kırsal Bölgelerde ise, çocukları daha çok AH görür, büyük olasılıkla doğum ve takip yapar. Uzmana sevk oranı daha düşüktür. Kronik hastalıklarda AH yönetimi daha belirgindir AH'leri Mesai Dışı Bakım Kapsamını kendileri organize ederler. İş yükü ülke içinde de fark gösterebilmektedir

Ülkeler arasında önemli iş yükü farklılıkları var ancak aslında ülkelerin kendi içlerinde dahi farklı iş yükü, var ve bölgesel değişiyor. Şehir ve kırsal alanlar arasında iş yükünde, sorumluluk ve beceri eğitimi gereksiniminde önemli farklılıklar vardır.

Yine daha fazla veri hem beceri eğitimi ihtiyacı hem de politikalar için aydınlatıcı olurdu.

Kısaca Avrupa AH leri ne yapıyor?

- UHC- Evrensel Sağlık Kapsamı sağlayan Birinci Basamak Sağlık Hizmeti (BBSH), sağlığı teşvik eder ve bulaşıcı olmayan hastalıklar dahil hastalıkları önler

- Sağlık Okuryazarlığı Avrupa'da bile oldukça düşüktür, zengin/eğitimli olsa bile, BBSH

den faydalanan hastalara güçlendirme BB ta yapılmaktadır

- Sektörler arası ve disiplinler arası yaklaşım için Birinci Basamak-Açıktır, Devlet ile İşbirliğine en yakın basamaktır

- Nüfusun çoğunluğuna hakimdir ve seçilmemiş problemlere erken aşamada ulaşabilme kapasitesi vardır

- Tüm popülasyonlara Risk Faktörleri için etkili tedaviler/motivasyon/danışmanlık sunumu sunar

- Hastaları ve Kronik Hastalıkların verdiği hasardan bireyi ve toplumu korumak için davranışsal risk faktörlerini belirlemek için her türlü önleme ve (Kanser dahil) taramayı sağlar

Avrupada neden AH ve neden BB Sağlık Hizmeti?

Kelime olarak yazdıklarında ya da biz kullanırken Primary Health Care -PHC'den mi yoksa Primary Care-PC'den mi bahsettiğimize/bahsedeceğimize karar vermeliyiz (Birincil Sağlık Bakımı ve Birincil Bakım)

PHC, hizmetleri koordine ederken kapsamlı ve zaman içinde sürekli olan ilk temas, hasta merkezli bakıma eşit erişim sağlayan bir yaklaşımdır.
Hem nüfus odaklı halk sağlığını hem de bireysel temelli birinci basamak bakımı içerir (hastalar ve aileler için ilk temas bakımı, ideal olarak aile hekimleri ve hemşireler, ebeler ve serbest eczacılar gibi diğer birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sağlanır).

Bu nedenle PHC ölçüleri, kapsamlılık, süreklilik, erişim vb. süreçlere bakabilir. Avrupa Sağlık İzleme Sistemi'nin bir dizi süreç, yapı ve sonuç göstergesi vardır.

PC ise, PHC'nin bir alt kümesidir.

İyi bir PC'nin performansa dayalı göstergeleri genellikle ölçebileceğimiz şeyler olmuştur,

örneğin kan basıncı, lipid seviyeleri vb. Bu, doktorun davranışını finanse edilene göre değiştirme riskini taşır ve bu nedenle diğer bakımlar ihmal edilebilir.

Görüşe göre, birincil bakım, ilişki temelli bakımdır. Bu temel bir değerdir, ancak bunu ölçmek için bir gösterge bulmak zordur.
Hasta merkezli ortamlarda, hastalarımıza hem fiziksel hem de davranışsal olarak en iyi müdahaleleri sunabiliriz.
Müdahalelerimizi/tavsiyelerimizi almayı seçip seçmemek hastalarımızın kararıdır. Sağlık sonuçlarıyla bizler ölçülemeyiz. Önerilerimize uymamak için iyi nedenleri olabilir.

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarla İlgili Sorunlar (NCD) Artmaktadır:

- Tüm NCD'lerde kısa müdahaleler için bir AH kılavuzunun olmaması bir sorundur (WHO PHC için hazırladı yenisini- ama Politika Yapıcılar için). Bazı hastalıkların erken tanısında tek bir basit tarama aracının olmaması, şüphelenmek, teşhis etmek ve bu kadar meşgul poliklinik sayısı olan AH ni BBSH'de desteklemek kolay değil!
- Sınırlı kaynaklar (insan, finansal, teşhis, güncel bilgi), Avrupa'da bile EVRENSEL SAĞLIK KAPSAMI eksikliği
- Düşük Sağlık Okuryazarlığı (Göçmenler, nüfus değişimi ve AB'de bile kültürel farklılıklar)
- BBSH de farklılaşmamış şikayetler ile gelenler ve belirsizlikler yanında sevk sonrası AH ne geri dönüşte problemler
- Yapay Zeka ve Tele Sağlık mevzuat eksikliği, güçlü IT yatırımı eksikliği
- AH ve Hastayı bazı taramalarda ikna etmek için Meta-analizlerin eksikliği ve en güçlü kanıtlara ihtiyaç
- Bazı hastalıklara yönelik etkili bir önlemin olmaması (sigarayı bırakmak, alkol, HLS gibi..)
- Aşırı teşhis? Gelecekteki olası sorun - Bu bir risk olabilir mi?
- Eksik tanı? Mevcutta hala sorun (eksik tanı ve kaçırılmış tanı fırsatları)

Avrupa'da AH Problemler üst basamaklardan gelen karmaşık ve/veya çelişkili öneriler nedeni ile daha çoğalmaktadır.

Aile Hekimleri Yüksek Entegrasyon Talepleri ve Çeşitli Nedenleri ile Tükenmeye başladılar:

Aile Hekimlerinde Tükenmenin 4 büyük nedeni:

1. Bürokratik görevler,
2. İşyerinde çok fazla saat harcamak,
3. Çarktaki dişli gibi hissetmek ve
4. Aile Hekimliğinde bilgisayar vb kayıt yükünün giderek üstler/hizmeti ödeyenler tarafından arttırılması.

Aşağıdakiler arasında denge kurabilmek, modern tıp çözümü açısından önemli bir üçlemedir:

1. Tıbbi olarak haklı,
2. Ekonomik olarak uygun fiyatlı ve
3. Ahlaki olarak kabul edilebilir çözümler

Hasta Bakımının 3 Temel Boyutu vardır:

1. Yetkin olmak
2. Yeterli olmak
3. Sıcak olmak/davranmak

Ancak, 20. yüzyılda veri toplamadaki sanayi devrimi, artan makine kullanımı ve iş bölümü, birçok alt uzmanlık, **sıcak yaklaşım boyutunun kaybolması** pahasına tüm hekimlerin genel yetkinliğini artırdı ve hasta bakımını **iki boyuta indirdi.**

Kişi merkezli bakım ilkelerinin yaygınlaşması, iki boyutu yeniden üç boyutta dengelemeyi amaçladı.

"Hasta bir organ patolojisi tercih edildiğinden bir anlamda terk edilmişti, 20. yüzyılda hastanın yerini çabucak tek bir organ ya da işlev bozukluğu aldığı söylenmekteydi **Yetkinlik Yeterlilik ve Sıcak Yaklaşım yapay zeka çağında Aile Hekimine Kalan Yeri belirleyecektir:**

"doktorum beni duyuyor" (aktif dinleme),

"doktorlarım insanlara yardım etmek için çalışıyor ve yaptığı işi seviyor", "doktorum ortak zeminde benim bakış açımı da değerlendiriyor"

Tıbbın kademeli olarak kaba tabiri ile insanlıktan çıkmaya doğru kayması "kişi merkezli bakım" kavramını ortaya çıkarttı. Daha iyi iletişim, ortak tıbbi kararlar, yani daha fazla "sıcaklık" sağlanmaya çalışıldı. Tıp fakültesi müfredatı, öğrencilerin hastanelerde ve ayakta tedavi ortamlarında sıcak, kişi merkezli sağlık hizmeti sunmalarına yardımcı olmak için

yeniden tasarlandı. Yapay Zeka (AI) devrimi gerçekleştiğinde şansa bakın yetkinlik, yeterlilik ve sıcaklık tam da yeniden dengelenme sürecindeydi. Hekimin "sıcaklığının" birçok yönü günümüzdeki veri devriminden etkilenmiştir

İleriye yönelik yapay zeka ve aile hekimi ile ilgili 2 adet senaryo konuşuluyor

a- İlk senaryoda, doktorlar, sürecin "şefleri" olarak kalır. Kanıta dayalı tıp gibi uygulamalarla testler yazmaya, gerektiğinde uzman tavsiyeleri almaya devam ediyorlar. Aile Hekimleri, uygun AADMS'yi seçme yetenekleri haline gelen yetkinliği ve sıcaklığı kişi merkezli bakım ve empati ile birleştirmeye devam ediyorlar. Her hekim bunu yapacak kadar şanslı olamıyor, ama aile hekimi geniş bakışı ile şefliğe devam edebiliyor. Mevcut durumla tek fark, AH artık spesifik tedavileri değil, **AADMS'yi reçete etmesidir**.

b- İkinci senaryoda, AHleri yapay zekanın performansı karşısında şaşkına dönüyor. Algoritmaları hastaların değerlerine göre uyarlamak için dijital devler tarafından işe alınırlar, böylece onların savunucusu olurlar ve "AI" sistemi tarafından verilen kararlara eşlik ederek hastalarını daha iyi sağlığa doğru yönlendirirler. İnsanlar, zaman içinde onları arkadaş veya refakatçi olarak düşünerek bu sanal aracılara giderek daha fazla "güveniyor".

Aile Hekimliği ve BB Sağlık Hizmetleri Vizyonumuzu gerçekleştirebilmek için gerekli olan kolaylaştırıcılar altı tanedir:

1. **Finans:** WHO Europe 71 Onerisi, artan hasta isteklerini karşılayabilmek, artan basıncı düşürmek, koruyucu, tedavi edici ve destekleyici sağlık hizmetlerini kesintisiz sunabilmeleri için AH işgücü kapasitesini koruyup arttırarak, herbirinin becerilere ve araçlara sahip olmasını güvenceye almak gerekir.

2. **İş Gücü:** Tam Zamanlı çalışan AH sayısı artmalı, mesleği bırakanlar, erkenden emekli olanlar geri kazanılmalı eğitimli AH uzmanı sayısı artmalı.

3. **Modernize edilen bina ve alt yapı:** Daha buyuyen AH takımı, daha cok destek hizmetlerini eklenmesi, baştan bu amaçla inşa edilen toplum içinde modern binalar bulunması. Çeşitli hizmetlerin oldugu aile hekimliği lokasyon ve fiziki şartları yenilemek gerekir.

4. **Eğitim ve Öğrenim:** Uzmanlık Eğitimi genişletilmeli, yaygınlaşmalı, iyileştirilmeli ve

özendirilmeli, daha okuldayken cazip hale getirilmeli. AH takımının da eğitimi önemli.

5. **Digital Teknoloji ve Know-how:** Dijital teknolojinin faydalarından yararlanmak ve daha fazla tele-sağlık ve dijital hizmet sunmak için, birinci basamakta Bilgi Teknolojileri (BT) yapısını ve becerilerini yükseltmemiz gerekiyor. Ve Sağlık Bakanlığı genelindeki BT sistemlerinin birlikte çalışabilir olmasını sağlayın. Uygulama ekibinin üyeleri için iyileştirilmiş ve eğitim ve gelişim fırsatları olmalıdır.

6. **Araştırma ve yenilik:** Birinci sınıf birinci basamak sağlık hizmeti sunmak daha iyi güçlü bir kanıta dayalıdır veri ve kapasitede bir adım değişikliği, genel uygulama yeteneği ve bilgisi araştırma yapmak ve yeniliği teşvik etmek

Genel bir kural olarak, yapay zekayı (AI) kullanan AH'lerinin kullanmayanların yerini alacak olduğunu varsayabiliriz. Yapay Zeka aile hekimliğinin geleceğinde derin bir rol oynayacaktır.

Böylece, dijital sağlık teknolojilerinin başlattığı kültürel değişimlere uyum sağlayarak, bir idol olarak aile hekiminin özellikleri değişebilir:

Günümüzde Aile Hekimi	Gelecekte Aile Hekimi
Kendine Güvenli	Şüpheci
Kuralları takip eden	Yaratıcı
Yalnız kahraman (ASM de bile)	Takım Oyuncusu

21. yüzyılın başlarındaki tartışma, yapay zekanın insan dokunuşunu ya da tıp sanatının yerini alıyor olması şeklinde olmamalı, çekirdek değerlerimizi iyi bilip "her ikisini de geliştirmek için ne yapmalıyız" şeklinde olmalıdır.

Kaynaklar:

1. Stange KC, et al. J Fam Pract 1998;46(5):363-8.
2. BB da AH ve Hastane Hekimi, Derya GN, Ungan M, Tez, 2022, AÜTF Aile Hekimliği**
3. Katerndahl DA et al. Ann Fam Med 2010;8:341-347
4. Drummond, D. Between competence and warmth: the remaining place of the physician in the era of artificial intelligence. npj Digit. Med. 4, 85 (2021). https://doi.org/10.1038/s41746-021-00457-w

DAVETLİ KONUŞMACILAR

DİJİTAL ÇAĞDA AİLE HEKİMLİĞİ

DİJİTAL ÇAĞDA AİLE HEKİMLİĞİ

Sağlık Hizmetlerinin Geleceği: Dijital Çağda Aile Hekimliği

Halil Volkan TEKAYAK[1], Ersin AKPINAR[2]
[1]Uz. Dr., Çukurova Kurttepe Aile Sağlığı Merkezi, Adana
[2]Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana

Özet

Teknoloji, Postmodern, enformasyon ya da dijital çağ gibi birçok tanımlama ile betimlenen bu dönem, internet ve teknoloji bağımlılığı olarak nitelendirilen çok sayıda hastalığın da ortaya çıkmasına neden oldu. Günümüzde sosyal medyanın daha aktif olarak kullanılmaya başlanmasıyla, yeni tanımlanan veya daha önceleri internet kullanımıyla tanımlanmış ancak artık daha sık karşılaştığımız bazı hastalıklar bulunmaktadır. Çağımız insanlarının yanlarından ayıramadıkları akıllı cep telefonları ve tablet cihazlar ile dizüstü veya masaüstü bilgisayarların etyolojide ana unsur olduğu hastalıklar sıklıkla görülmeye başlamıştır. Bunlara sosyal medya hastalıkları, internet hastalıkları veya dijital çağın modern hastalıkları adı verilmektedir.

Bugüne kadar internet hastalıkları veya dijital çağın modern hastalıkları olarak tanımlanabilmiş 20 civarında hastalık mevcuttur. Bu hastalıkların isimleri; Fomo Hastalığı, Nomofobi, Jomo Hastalığı, Fobo Hastalığı, Whatsappitis, Selfitis, Hikikomori Fenomeni, Ego Sörfü, Blog İfşacılığı, Youtube Narsizmi, Google Stalking,, Siberhondrik, Photolurking, Wikipedializm, Cheesepodding, Enfornografi, Crackberry, Myspace Taklitçiliği, Nintendinitis, ve Prematür Instagramülasyon olarak sayılabilir.

Sürekli yeni bireylere erişen dijital ortamların ilerleyen yıllarda tüm dünya nüfusunu etkisi altına alacağı öngörülürse polikliniklerimizde dijital çağın modern hastalıkları nedeniyle başvuru sayılarında artışlar gözlenecektir. Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının yukarıda isimleri sayılan ve dijital çağın modern hastalıklarıyla ilgili bilgi sahibi olması, tanımlanmış tanı kriterleri ve tedavi protokolleriyle ilgili donanımlarını arttırmaları, konuyla ilgili farkındalık sahibi olmaları kaçınılmazdır.

DAVETLİ KONUŞMACILAR

ÇOCUK SAĞLIĞI

ÇOCUK SAĞLIĞI

Yenidoğan Muayenesi

Dr. Öğr. Üyesi P. Gamze ERTEN BUCAKTEPE
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Yenidoğan dönemi doğum sonrası ilk 28 günü içermektedir. Bu dönemde bebeğin ayrıntılı muayenesi yenidoğanın ekstrauterin hayata hazır olup olmadığının belirlenmesi ve herhangi bir medikal sorunun erken tespit edilebilmesi açısından büyük önem taşır. İlk muayenenin bebek doğduktan sonra 24 saat içinde yapılması gerektiğinden genelde doğumun gerçekleştiği hastanede pediatrist tarafından gerçekleştirilir. Bebeğin ilk hafta içinde tercihen 3-5. günler arasında, sonra 13-15. günler arasında ve 40. gün bitiminde yeniden görülüp değerlendirilmesi, her defasında organize, sistematik ve baştan ayağa kadar ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi gerekmektedir. Muayeneler bir pediatrist tarafından yapılabileceği gibi bu tarihler yenidoğan taraması ve doğum sonu bakım için annenin birinci basamağa geliş tarihlerine denk geldiğinden aile hekimleri tarafından da yapılabilir. Bunun için yenidoğanın davranışlarını, bu dönemde hangi bulguların normal hangilerinin patolojik olduğunu bilmek kritik öneme sahiptir ve tecrübe gerektirir. Yenidoğan muayenesi, ebeveynleri bebeklerinin sağlığına dahil etmek ve sağlık personeli ile aile arasında bir diyalog kurmak için en iyi fırsatlardan biridir. Muayeneye yeterli vakit ayırmak, sonucu hakkında aileyi bilgilendirmek ve gerekli yönlendirmeleri yapmak bir hekimin ana sorumluluğudur.

Yenidoğan muayenesine başlamadan önce aile öyküsü, annenin antenatal ve obstetrik öyküsü, prenatal durum ve doğum öyküsünün alınması risk faktörlerinin ve potansiyel problemlerin belirlenip muayenede özellikle dikkat edilmesi gereken hususların saptanmasında önemlidir.

Muayenede inspeksiyon en önemli fizik muayene tekniğidir. Bebek hakkındaki bilginin çoğu bu yöntemle elde edildiğinden yenidoğanın kıyafetleri çıkartılmış bir şekilde görsel ve işitsel olarak gözlenmesi gerekir. Bunun için ortam ısısının ayarlanmış olması önemlidir.

İnfantın genel durumu, tonusu, rengi, aktivite durumu değerlendirilmelidir. Sağlıklı bir bebek simetrik görünümde, iyi beslenmiş, esnek bir duruşa sahiptir. Bu yöntemle bebeğin nutrisyonel ve hidrasyon durumu, gestasyonel yaşı, nörolojik, kardiyovasküler, respiratuar durumu, göğsü, karnı, baş ve boynu (göz, kulak, burun, ağzı dahil), genitalyası, deri ve ekstremitesi değerlendirilir.

Oskültasyon pediatrik boyutlu, çift taraflı, bir tarafı çan şeklinde açık, diğer tarafı kapalı diyaframlı bir steteskopla yapılır. Steteskop deriye temas etmeli, oda sıcaklığında olmalıdır. Kalp, akciğerler ve abdomen dinlenmelidir.

Palpasyon için her iki elin parmak uçları, palmar ve lateral yüzeyleri kullanılır. Deri, ekstremite ve genitalya için özellikle yapılır. Ellerin sıcak olması, palpasyonun yüzeyelden derine doğru yapılması önemlidir. Bu yöntemle eksternal yapılar (deri, saç vb.), vibrasyonlar (periferal atımlar, prekordiyal aktivite, vs.), internal yapılar (karaciğer, dalak, böbrek vb.) değerlendirilir. Muayene esnasında ellerin sıcak olması, palpasyonun yüzeyelden derine doğru yapılması, özellikle abdomen muayenesinde bebeğin sakin ve relaks olması değerlendirmenin optimum olması açısından esastır.

Yenidoğanda perküsyon özel durumlar dışında (örn. Plevral efüzyon düşünüldüğünde vs.) nadiren kullanılır. Hidrosel, sefalosel gibi durumlar düşünüldüğünde de transilluminasyon yöntemine başvurulur. Ayrıca bebeğin her gelişinde vital bulgularının kaydedilmesi, boy, kilo, baş çevresinin ölçülmesi büyüme ve gelişmenin takibi ve gelişebilecek herhangi bir sorunun erken saptanması açısından önemlidir.

Kaynaklar:

1. Askin DF. Physical Assessment of the Newborn: Part 1 of 2: Preparation through Auscultation. Nursing for Women's Health. 2007;11(3):292-303.
2. Lewis ML. A Comprehensive Newborn Examination: Part I. General, Head and Neck, Cardiopulmonary. American Family Physician. 2014;90(5):289-96.
3. LewisML. A Comprehensive Newborn Examination: Part II. Skin, Trunk, Extremities, Neurologic. American Family Physician. 2014;90(5):297-302.
4. Altunhan H, Yılmaz FH. Yenidoğanın Değerlendirilmesi ve Yenidoğan Taramaları. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2018;9(1)28-32.

ÇOCUK SAĞLIĞI

Döküntülü Hastalıklar

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SOLMAZ
Harran Üniversitesi

Deri Döküntüleri

Enfeksiyon etkeninin veya toksinlerinin deride yaptığı patolojik değişiklikler sonucu deride meydana gelen lezyonlara döküntü **(=rash)** adı verilir.

Döküntüler, bulaşıcı bir hastalığın asıl bulgusu olabileceği gibi bazı hastalıklarda hastalığın herhangi bir döneminde minör bir bulgu olarak ortaya çıkabilir.

Döküntülü Hastalik Tanimi

Akut gelişen

(Sıklıkla) sistemik enfeksiyona bağlı

(Sıklıkla) ateşle birlikte olan

Etkenin kendisi veya toksini ile oluşan deri ve/veya mukoza lezyonları ile karakterize hastalık

Neden Önemli?

Çocukluk çağında döküntülü hastalıkların ayırıcı tanısı çok geniştir

Döküntü ile birlikte ateşin olması, enfeksiyöz hastalık olasılığını artırmasına rağmen, romatolojik hastalıklar ve ilaçlar da sorumlu olabilir

En sık neden viral ekzantemler olup, çoğunlukla kendini sınırlayan hastalıklarla ilişkilidir

Deri Döküntüsünün Patogenezi

Mikroorganizma direkt deride çoğalır (HSV,VZV)

Mikroorganizma toksinine bağlı olarak (kızıl, TŞS)

Enfekte organizma tarafından damarın tutulması (riketsiyöz) deri lezyonuna yol açabilir.

Mikroorganizma'nın damarlar üzerindeki etkisi (sepsis)

Vazodilatasyon; hiperemi

Vazooklüzyon; nekroz

Mikroorganizma lenfositik ve fagositik inflamatuar yanıtı uyararak etkili olabilir. (E. nodosum)

Döküntülü Hastaya Yaklaşım

Ayrıntılı anamnez;

Geçirilen enfeksiyonlar

Yaş

Döküntünün başlama zamanı

Aşılanma

Hasta bir kişiyle karşılaşma

İlaç alımı

Güneş ışığına maruz kalma

Hayvanla temas

Seyahat

Mevsimsel özellik

Allerji öyküsü

Fizik muayene;

Vital bulgular

Genel görünüm (deri, saçlı deri, tırnak, kasık, koltuk altı, oral & genital muayene)

Döküntünün dağılımı ve özellikleri

Döküntünün tipi

LAP varlığı ve lokalizasyonu

Mukozal ve konjuktival lezyonlar

Artrit

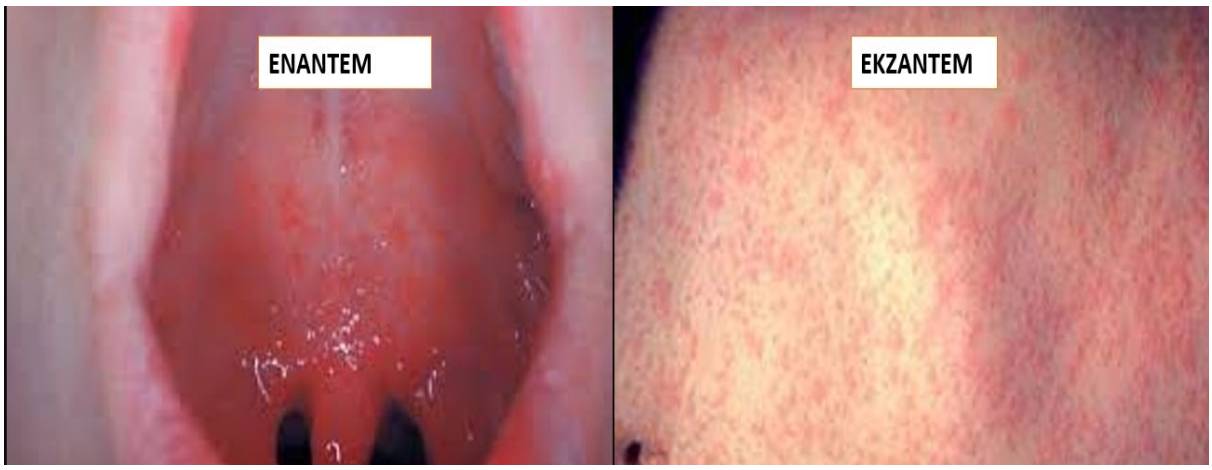
HSM

Ense sertliği

Nörolojik bozukluk

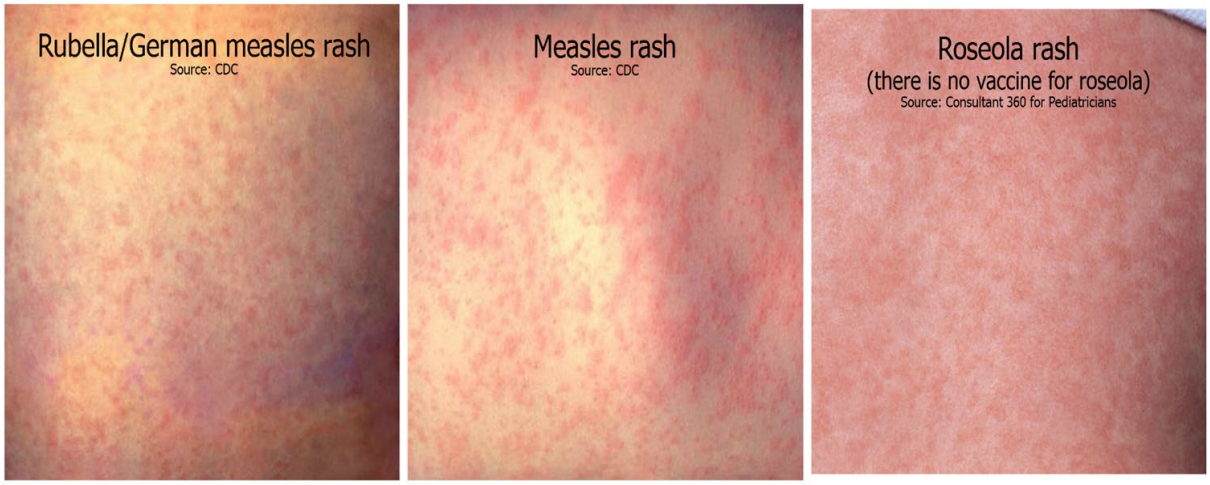
Başlıca Cilt Lezyonları

Döküntü



Döküntü Özellikleri-Döküntü Tipi

LEZYON	TANIMLAMA
Eritem	• Deride geniş alanı tutan ve basmakla solan kızarıklılıktır.
Makül	• Çapı 1 cm geçmeyen deri yüzeyinde olan ve basmakla solan kızarıklıklardır.
Papül	• Çapı 1 cm'den, yüksekliği 0,5 cm küçük kabarıklıktır.
Vezikül	• Çapı 1 cm den küçük içi berrak sıvı ile dolu kesecik şeklindeki kabartılar
Bül	• Çapı 1 cm den büyük ise **bül**
Püstül	• İçindeki sıvının bulanıklaşması durumunda **püstül** olarak tanımlanır.
Purpura	• Cilt altına olan kanamanın oluşturduğu, basmakla solmayan döküntüdür, 1-2 mm olanlarına **peteşi**, 3-5 mm olanlarına **purpura,** >5 mm büyük olanlarına **ekimoz**
Nödül	• Cilt altı dokusunu da tutan derin yerleşimli, büyüklüğü genellikle 1 cm den büyük, yuvarlak ve sert şişliklerdir. Üzerindeki deride kızarıklık, hassasiyet, varsa: eritema nodozum



Eritemli Döküntü İle Seyreden Hastalıklar

Kızıl

Toksik şok sendromu

Hepatit B virus infeksiyonu

Kawasaki hastalığı

Civa-Altın zehirlenmesi

Kinin-Atropin zehirlenmesi

Güneş yanıkları

Makülopapüler Döküntü

Kızamık

Atipik kızamık

Kızamıkçık

Eritema enfeksiyozum

Roseola İnfantum

Enteroviral enfeksiyonlar

Parvovirüs B19

EBV

CMV

Tifoid ateş

Sekonder sifiliz

Lyme

TŞS

Meningokoksemi → Erken

İlaç döküntüleri

Güneş yanığı

Eritema multiform

Döküntülere Eşlik Eden Durumlar

Mukozal lezyonlar (enantemler): Atipik kızamık (çilek dili), Kawasaki hastalığı (çilek dili), Kızamık (Koplik lekeleri), Kızıl (çilek dili), TŞS (çilek dili), Su çiçeği (ağız içi veziküller)

El ve ayak tabanlarının tutulması: Akut meningokoksemi, kızamık, el-ayak-ağız hastalığı (Coxsackievirus), tifüs, sekonder sifiliz, stafilokoksik endokardit, ilaçlara bağlı döküntü, eritema multiforme, Kawasaki hastalığı

El ve ayaklarda soyulma: Toksik şok sendromları, Kawasaki hastalığı, Kızıl

Akciğerde infiltrasyonlar: Atipik kızamık, su çiçeği

Prodromal Dönem Özellikleri

Kızamık; ateş, konjuktivit, rinit, öksürük

Atipik kızamık; ateş, öksürük, myalji, artralji

Kızamıkçık; posterior servikal suboksipital lenfadenopati

Kızıl; ateş, baş ağrısı, kusma

Roseola infantum; irritabilite, yüksek ateş

Kızamık (Measles)

Kış ve ilkbaharda sık,

Pik Mart ve Nisan aylarında.

Damlacık yoluyla yayılır.

Ev içi temasda %90 bulaşıcı.

Kızamığa ait semptomlar başlamadan 3 gün önce bulaştırıcılık başlar ve döküntü ortaya çıktıktan sonra 4 gün daha devam eder.

Bu nedenle hastalar döküntünün çıkmasından 5 gün sonraya kadar izole edilmelidir.

İnkubasyon süresi: 8-12 gün (7-21 gün)

Ardından hafif ateş, öksürük, nezle ve konjunktivit başlar.

Döküntü,yüz ve boyundan tüm vücuda yayılır.

3-5 gün sürer.

En sık 4 yaş civarı.

Konjunktivit öncesi alt göz kapağında çizgide belirginleşme (Stimson bulgusu) ve arkasından çıkan **fotofobi** tipiktir.

Kızamık Lezyonları

- **Cilt**
- **Konjuktiva**
- **Müköz Membranlar**
  - Nazofarenks
  - Bronş
  - İntestinal membran

Tedavi

- Spesifik tedavisi yok
- Destek tedavisi
- Antipiretikler (parasetamol ve ibuprofen)
- Gelişmekte olan ülkelerde vitamin A (6 ay-2 yaş)
- Temas sonrası pasif immünizasyon (immünglobulin ile) ilk 6 günde.

Rubella (Kızamıkçık, 3 Gün Kızamığı)

Togaviridae ailesinden Rubivirus cinsinden tek zincirli bir RNA virüsüdür.

Isıya,ultraviyole ışına,etere,kloroform ve formole duyarlıdır.

Virusun tek doğal kaynağı insandır.

Klinik genellikle hafif ve generalize eritematöz makülopapüler döküntü lenfadenopati ve hafif ateş ile karekterizedir.

Kış sonu bahar başı sık.

Büyük çocuklarda, adolesanlarda ve genç erişkinlerde yüksek insidansa sahiptir (en sık 5-9 yaş).

Nazofarenks salgılarıyla direk temas ya da damlacık yolu ile bulaşır.

İnkübasyon süresi:14-21 gündür.

Döküntüden en az 24 saat önce hastalık için karakteristik olan lenfadenopatiler ortaya çıkar.

Postaeriküler, suboksipital ve posterior servikal yerleşimlidir.

Faringeal mukoza ve gözde inflamasyon çok hafif.

Gözde **fotofobi** görülmez.

Ateş hafif yüksek, baş ağrısı olmaz.

Prodromal dönem genellikle görülmez ve çok kısa.

Prodromal bulgular çıkmadan döküntü başlar.

Rubellanın tipik pembe-kırmızı lezyonları, kızamığın mor-kırmızı ve kızılın sarı-kırmızı lezyonlarından (güneş yanığı) ayrılır.

Kızıl ile karşılaştırıldığında ağız etrafında solukluk yoktur.

Döküntü açık pembe renkli makulopapüler tarzda olup saçlı deri ve yüzden başlar,

1. Gün sonunda tüm vücuda yayılır, 2. gün başladığı yerden itibaren solar ve 3. gün kaybolur.

O kadar hızlı kaybolur ki, gövdede çıkarken yüzdeki solar.

Komplikasyonlar

- Nadir görülür

– Artrit

– Ensefalit (1/6000 vakada), mortalite %20

– Trombositopenik purpura ((1/3000 vakada)

– Konjenital Rubella Sendromu

Kızıl (Scarlet Fever)

Etken eritrojenik toksin salgılayan **grup A β hemolitik streptokok**

1-7 günlük kuluçka dönemi

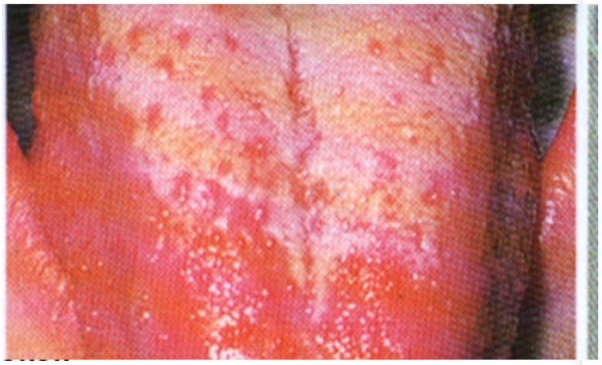
Ani başlayan ateş, kusma baş ağrısı, farenjit, titreme, karın ağrısı

Ateş aniden yükselir (40°C ye ulaşabilir)

Ateş;

Tedavi edilmezse 5-7 gün içinde

Penisilin başlanırsa 12-24 saat içinde düşer.



Tonsiller hiperemik, ödemli ve eksudalıdır,

Farinks iltihaplı ve eksuda ile kaplı olabilir.

Dil üzerinde başlangıçta beyaz bir örtü ve onun altından çıkan kırmızı ödemli papillalar **beyaz çilek** manzarasını oluşturur.

Bir iki gün sonra beyaz örtü kaybolur ve dil **kırmızı çilek** manzarasına dönüşür.

Kızılda döküntü kırmızı, noktasal ve ince papüllüdür.

Önce koltuk altlarında, kasıklarda ve boyunda başlar.

24 saatte tüm vücuda yayılır.

Alın ve yanaklar kırmızıdır, ağız çevresi soluktur.

Antekübital bölge gibi bölgelerde lezyonlar basmakla solmaz ve **pastia çizgileri** adını alır.

Soyulma 1.haftanın sonunda yüzden kepeklenme tarzında başlar.

Laboratuvar: Akut dönemde lökositoz, periferik yaymada, PMNL hakimiyeti ve sola kayma saptanır.

Eritrosit sedimentasyon hızında yükselme ve CRP pozitifliği vardır.

Ayırıcı tanıda boğaz kültürü önemlidir.

Komplikasyonlar

Genellikle hastalığın ikinci haftasından sonra görülür: akut glomerülonefrit, artrit, miyokardit, romatizmal kalp hastalığı.

Tedavi: GABHS'larda penisilin direnci yoktur. Penisilin alerjisi olanlara eritromisin kullanılabilir. Bunun dışında yatak istirahati ve semptomatik tedavi uygulanır.

Eritema İnfeksiyozum (5. Hastalık)

Eritema infeksiyozum, çocuklarda görülen, orta derecede bulaşıcı, döküntülü bir hastalıktır.

Etken küçük bir DNA virusu olan **Parvovirus B 19**'dur.

Sıklıkla okul dönemi çocuklarda görülür ve epidemiler yapabilir.

Hastalık respiratuvar sekresyonlarla yakın temas, parenteral ve vertikal olarak geçebilir.

Vertikal geçişte anneden fetüse geçmekte ve fetüste **hidrops fetalise** neden olur.

Gebeliğin 1. ve 2. trimesterinde geçirilen hastalık fetüsün kaybına neden olur.

İnkübasyon süresi 6-18 gündür.

Hastalık sıklıkla belirtisiz geçirilir ya da kızamıkla karışır.

Hafif prodromal semptomlar (hafif ateş, halsizlik,başağrısı, miyalji, kaşıntı) ortaya çıkar.

Bu dönemin sonunda viremi sona ermekte ve **döküntü, artrit, artralji** ile seyreden ikinci devre başlar.

Eklem ağrıları yetişkinlerde % 50'ye varan yüksek oranlarda görülebilir.

Döküntünün 3 dönemi vardır.

I. Faz: "**tokat yemiş çocuk görünümü**", peroral solukluk.

II. Faz: ekstremitelerin proksimalinde **dantel görünümünde makülopapüler döküntü.**

III. Faz: haftalar veya aylar sonra, egzersiz, irritasyon, banyo veya güneş ışıkları ile ısınma gibi uyarılarla **rekürrens.**

Tanı ve Tedavi

Döküntünün tipik olması ve hastalığın prognozunun iyiliği nedeniyle rutin laboratuvar testi gerekmez.

Akut dönemde IgM pozitifliği veya konvalesan serumda akut döneme göre en az 4 kat IgG artışı veya negatifken pozitifleşme tanıyı doğrular.

Virus standart hücre kültürlerinde üretilemez.

Spesifik tedavi yoktur.

Semptomatik tedavi (antipiretik, antihistaminik…) uygulanabilir.

Ekzantema Subitum (Roseola İnfantum, 6. Hastalık)

Ekzantema subitum, bebek ve küçük çocukların **ateş ve döküntü ile seyreden akut viral bir infeksiyondur.**

Hastalık 3-4 gün süren yüksek ateş ve ateşi açıklayacak klinik bulgunun olmaması ve **ateşin düşmesini izleyen dönemde yaygın ve kısa süre devam eden makülopapüler döküntüler** ile karakterizedir.

Etken Human herpes virus Tip 6 nadiren Tip 7'dir. Sıklıkla sporadik seyreder.

Hastalık, ateşin yükselmesiyle aniden başlar. Ateş 39.4-41.2 C yükselebilir.

Hafif üst solunum yolu infeksiyonu semptomları ve servikal lenfadenopati ile birlikte görülebilir.

Hastalık için tipik bir bulgu olmadan ateş 3-5 gün devam eder.

Bu dönemde febril konvülsiyonlar görülebilir.

Ateş 3-4. günde kriz şeklinde düşer ve ateşin normale inmesiyle birlikte gövdeden başlayarak kollara, boyuna, yüz ve bacaklara yayılan maküler veya makülopapüler döküntüler oluşur.

Döküntüler kısa sürelidir. Hafif bir deskuamasyon görülür.

Hastalık kendi kendine düzelir. Semptomatik tedavi yeterlidir.

Enterik Ateş (Salmonellozis)

Tifonun ikinci haftasında, Göğüs ön duvarı ve karın bölgesinde1-5 mm çapında 15-20 adet **basmakla solan** pembe renkli **maküler lezyonlar** (**Rose spots**, rozeol) görülebilir.

Lezyonlardan alınan aspirasyon veya kazıma örneklerinden yapılan kültürlerde Salmonella typhi üretilebilir.

Döküntüler ortaya çıktıktan, birkaç saat veya gün içinde kaybolur.

İlaç Erüpsiyonları

Penisilinler başta olmak üzere tüm **beta-laktam ajanlar** ve **sülfonamidler**, difenilhidantoin başta olmak üzere antiepileptikler ve tüm analjezikler makulopapuler tipte döküntü yapabilirler.

Fenitoin hipersensitivitesi; Ateş >40 C, hasta toksik görünümde, yaygın LAP, yaygın morbiliform döküntü, HSM, lökositoz ve KCFT yükselme.

İlaç kullanımından aylar sonra ortaya çıkabilir.

Vezikülobülloz Döküntü Yapan Hastalıklar

Varicella zoster

Coxsackie virüs

Herpes simpleks virüs tip I, tip II

Çiçek

Ekzema herpetikum

Ekzema vaksinatum

Atipik kızamık

Dermatitis herpetiformis

İmpetigo

Moraksella

Kronik meningokoksemi

Ektima gangrenozum

Böcek sokması

İlaç döküntüleri

Behçet

Su Çiçeği (Varicella)

Su çiçeği daha çok çocukluk çağlarında görülen ateş, veziküler bir döküntü ile karakterize, **çok bulaşıcı** fakat hafif seyirli bir virus hastalığıdır.

Varicella virusu yapı bakımından HSV virusuna benzer DNA virusudur.

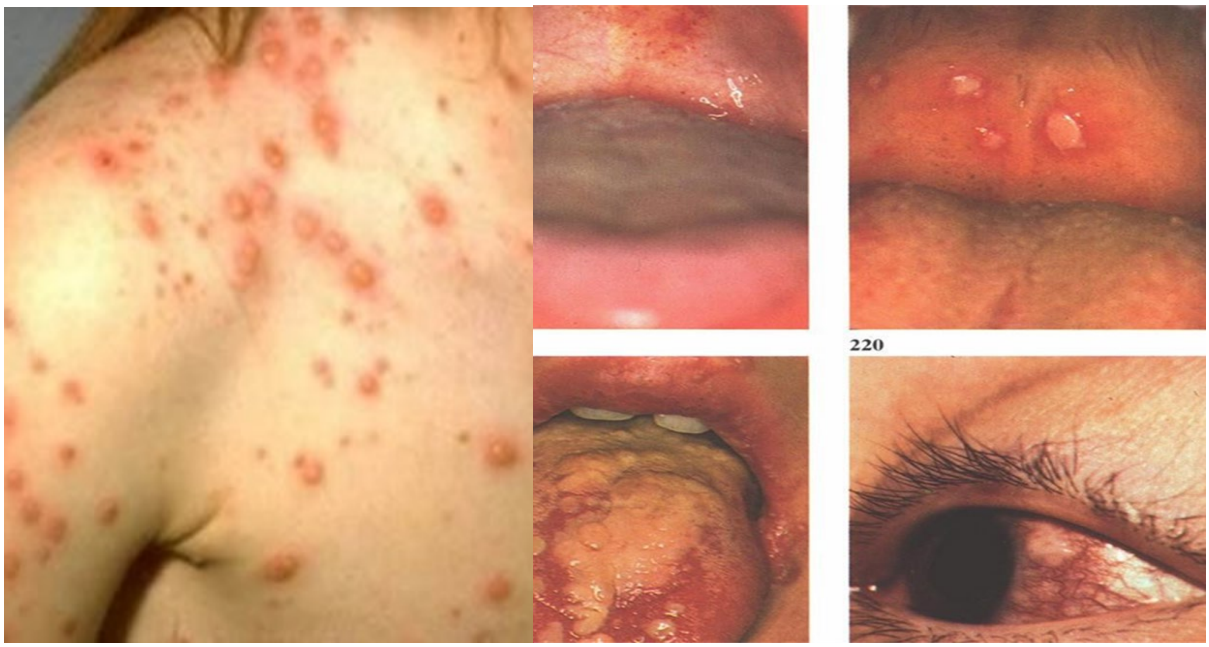
İnfeksiyon daha çok ilkbahar, kış ve sonbaharda endemi ve epidemi yapar.

İnkübasyon süresi: 10-21 gün

Hafif ateş, halsizlik ve döküntü ile başlar.

Çocuklarda döküntüler ve semptomlar eş zamanlı başlayabilir.

Döküntüler ortaya çıkmadan 1-2 gün önce bulaştırıcılık başlar.



Başlangıçta tabloya önemsiz üst solunum yolu infeksiyonu bulguları eşlik edebilir.

Hastalığın 2. veya 3. gününde döküntüler ortaya çıkar. Gövde, yüz ve saçlı deriden başlayan döküntüler hızlı bir biçimde tüm vücuda yayılır.

Hastalığın ilk lezyonları bazen ağız, burun mukozası üzerinde oluşan enantemlerdir.

Lezyonlar genellikle makül tarzında başlar, birkaç saat içinde papüler görüntü alan döküntüler ilk 24 saatten sonra veziküler bir şekil alır.

Klasik su çiçeği lezyonları **küçüktür ve yuvarlak-kaşıntılı** lezyonlar şeklindedir.

Oluşan papüller, vezikül-püstül-krut haline döner.

Krutlar genellikle bir hafta içinde düşer ve nedbe bırakmazlar.

Oluşan makül, papül, vezikül, püstül ve krutlar hasta sahada aynı anda görülmesi (polimorfizm) karakteristiktir.

Döküntüler hafif kaşıntılıdır.

Döküntüler ağız mukozasında, kornea, vulva ve konjuktivada da görülebilir.

Komplikasyonları

Özellikle **pnömoni** ve **ensefalit** en önemli komplikasyonlarıdır.

İlk trimesterde su çiçeği geçiren gebeler, bebeklerine infeksiyonu geçirebilirler.

Böyle bebeklerde ekstremitelerde **kısalık, deformite** ile **mikroftalmi, katarakt, korioretinit, mikrosefali**, **hidrosefali** gibi belirtiler görülebilir.

Tanı

Başlangıçta hafif bir lökopeni

2-3 gün sonra orta derecede lökositoz, lenfositoz ve mononükleoz

Vezikül sıvısından yapılan boyamada multinükleer dev hücreler görülür.

VZV ıgM ve IgG

Tedavi:

Mentollü sulu pudralar kaşıntıyı ortadan kaldırmak amacıyla verilebilir.

Reye sendromu gelişme ihtimali göz ardı edilmemeli ve bu nedenle **aspirin kullanılmamalıdır**.

Asiklovir hastalığın başlangıcında kullanılırsa hastalığın yayılması önlenebilir.

Korunma ve Kontrol:

Toplumda hafif geçirilen bir hastalık olduğu için korunma ve kontrole yönelik bir yöntem yoktur.

İmmünkompromize hastalar suçiçeği ile infekte hastalardan uzak tutulmalıdır.

Karşılaşırlarsa derhal VZIG uygulanmalıdır.

El, Ayak Ve Ağız Hastalığı (Coxsackievirüs)

Yaz aylarının sonlarında ya da sonbaharda görülür.

İnkübasyon süresi: 4-6 gün

Bulaş: fekal-oral yada oral-oral

Hafif ateş,iştahsızlık,halsizlik ve boğaz ağrısı gibi hafif prodrom belirtilerinden sonra karakteristik enantem ile başlar.

Gri-beyaz düzgün yuvarlak veziküller el ve ayakların dorsal yüzlerinde görülür,el ayası ve ayak tabanında da olabilir.

Küçük infantlarda diaper bölgesi de tutulmuş olabilir.

Ağızdaki lezyonlar vezikül şeklinde başlar ve hızlıca erode olur, keskin sınırlı ülsere ilerler, bukkal mukoza ve dilde de görülür.

Meningokoksemi

- Ateş ile purpura şeklinde bir döküntü saptanan hastalarda, ilk olarak meningokoksemi düşünülmelidir.
- Tipik döküntü peteşi olmakla birlikte makülopapüler döküntüde saptanabilir.
- Döküntü gövdede daha seyrek, ekstremitelerde daha yaygındır.

Meningokoksemi için tipik olan döküntüler, deriden kabarık ve kenarları düzensizdir.

Bu döküntülerden hazırlanan Gram boyalı preparatlarda Gram negatif koklar görülebilir.

Kültürde meningokok üretilebilir.

Monkey Pox (Maymun Çiçeği)

Maymun çiçeği (monkey pox), döküntüleri çiçek hastalığına benzeyen ancak yayılma hızı ve ölüm oranı çiçek hastalığından daha düşük olan viral zoonotik bir hastalıktır

Batı yarımkürede ilk defa 2003 yılında ABD de görülen maymun çiçeği hastalığı için 71 hastaya tanı konulmuş, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından araştırılan 35 vaka doğrulanmış ve salgın olarak kabul edilmiştir

15 Haziran itibariyle ABD'de 84 doğrulanmış maymun çiçeği vakası tespit edilmiş ve Avrupa ile aynı zamanda olması nedeniyle şu an yaşanan çok ülkeli maymun çiçeği salgınıyla ilişkilendirilmiştir

22 Eylül 2022 itibariyle, DSÖ'ye toplam **64.561 laboratuvar doğrulanmış vaka** ve **26 ölüm** dahil **3.154 olası vaka** bildirilmiştir.

Mevcut salgınlardaki vakaların çoğu hafif hastalık semptomları gösterse de, maymun çiçeği virüsü (MPXV) belirli popülasyon gruplarında (küçük çocuklar, hamile kadınlar, bağışıklığı baskılanmış kişiler) ciddi hastalığa neden olabilir.

İnsandan insana bulaşma sınırlıdır, belgelenen en uzun bulaşma zinciri 6 kuşaktır, yani bu zincirde enfekte olan son kişi, orijinal hasta kişiden 6 bağlantı uzaktadır.

Vücut sıvılarıyla temas yoluyla, deride veya ağız veya boğaz gibi iç mukozal yüzeylerde lezyonlar, solunum damlacıkları ve kontamine nesnelerle bulaşabilir.

Viral DNA'nın polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile tespiti, maymun çiçeği için tercih edilen laboratuvar testidir. En iyi tanı örnekleri doğrudan döküntüden elde edilir – deri, sıvı veya kabuklar veya mümkün olduğunda biyopsi.

Antijen ve antikor saptama yöntemleri, ortopoksvirüsleri ayırt etmedikleri için kullanışlı olmayabilir.

Belirtiler

Ateş, yaygın karakteristik döküntü ve genellikle şişmiş lenf düğümleri ile kendini gösterir.

Su çiçeği, kızamık, bakteriyel cilt enfeksiyonları, uyuz, frengi ve ilaca bağlı alerjiler gibi diğer hastalıklardan ayırt etmek önemlidir.

Maymun çiçeğinin kuluçka süresi 5 ila 21 gün arasında değişebilir.

Ateş, yoğun baş ağrısı, lenfadenopati, sırt ağrısı, miyalji ve yoğun asteni gibi semptomlarla hastalığın ateşli evresi genellikle 1 ila 3 gün sürer.

Ateşli evreyi 2 ila 4 hafta süren deri döküntüsü evresi takip eder.

Lezyonlar, maküllerden, papüllere, veziküllere ve ardından püstüllere ve ardından kabuk veya kabuklara dönüşür.

Ölen hastaların oranı belgelenmiş vakalarda %0 ila 11 arasında değişmiştir ve küçük çocuklar arasında daha yüksektir.

Tedavi

Enfekte kişilerle veya kontamine materyallerle yakın temastan kaçınılmalıdır.

Maymun çiçeği hastalarının tedavisi semptomlara bağlı olarak destekleyicidir.

ÇOCUK SAĞLIĞI

Çocuklarda Büyüme ve Gelişme Takibi

Prof. Dr. Yasemin ÇAYIR
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Çocuklar için en önemli sağlık göstergelerinden biri beklenen hızda büyümeleri ve gelişmeleridir. Çocuk sağlığını olumsuz etkileyen klinik durumlar öncelikle büyümeri ve gelişmeyi olumsuz etkiler. Her çocuğun kendine özgü bir büyüme paterni vardır. Büyüme paternindeki sapmalar bir hastalığın ilk bulgusu olur. Büyüme ve gelişmesi normal seyreden bir çocukta problem olmadığı söylenebilir, diğer çocukların ise araştırılması gerekmektedir. Bu nedenle aile hekimleri sağlam çocuk izlemleri sırasında mutlaka büyüme ve gelişme değerlendirmesi yapmalıdır.

Değişik yaş dönemlerinde, büyüme hızları farklı olabileceği gibi, gelişmede de her yaşa özgü belirli değişkenlikler beklenir. En hızlı büyüme ve gelişme dönemi infant yaş grubu olup; erken çocukluk döneminde bir yavaşlama sonrasında adölesanlarda tekrar büyüme ivme kazanır. İlk iki yaş en hızlı büyüme-gelişme dönemi olup bu dönem kritik pencere dönemi olarak adlandırılır. Bu dönemde alınan enerjinin en az %10'u büyümeye harcandığından, ancak yeterli ve dengeli beslenme ile sağlıklı büyüme ve gelişme sağlanabilir.

İntrauterin dönemde en az 4 kez gebe izlemleri sırasında fetusun gelişimi de takip edilirken, doğumdan sonra ilk değerlendirme yaşamın ilk 48 saatinde gerçekleşir. Topuk kanı taramasına geldiğinde tekrar değerlendirilmeli. Ayrıca 15. gün ve 41. gün izlemlerinde, ilk 6 ay içinde aşı için her başvurduğunda (1. 2. 4. 6. ay) büyüme ve gelişme açısından rutin kontrolleri yapılmalı. Bundan sonra ise 6-12 ay arasında iki kez görülmeli, 1-2 yaş arasında iki kez değerlendirilmeli ve 3-6 yaş arasında yılda bir kez kontrole çağrılmalı.

Büyüme vücut ağırlığı, boy, baş çevresi (2 yaşına kadar), beden kitle indeksi (2 yaşından sonra), uzama hızı ve malnütrisyon düşünüldüğünde üst kol çevresi, deri kıvrım kalınlığı ile vücut kısımlarının birbirine oranı (büyüme geriliği düşünülürse) ile değerlendirilebilir.

Gelişme takiplerinde ise 0-6 yaş arasında kaba motor beceriler, ince motor beceriler, kişisel-sosyal-duygusal becerileri ve dil becerileri ile pubertede ek olarak pubertal gelişim izlenmelidir.

DAVETLİ KONUŞMACILAR

SAĞLIĞIN KORUNMASI VE SAĞLIKLI YAŞAM

SAĞLIĞIN KORUNMASI VE SAĞLIKLI YAŞAM

Beslenme ve Sağlık

Dr. Öğr. Üyesi Vasfiye DEMİR PERVANE
Dicle Üniversitesi

Sağlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hastalık veya sakatlığın olmaması hali değil; fiziksel, mental ve sosyal olarak iyilik hali olarak tanımlanır. Beslenme sağlığın teminindeki önemli etmenlerden biridir. Bireyin yaş, cinsiyet, vücut ağırlığına uygun kaloriyi alması yeterli beslenme; gerekli besin öğelerinin yeterli alınması ise dengeli beslenme olarak tanımlanır. Proteinler, karbonhidratlar ve yağlar olmak üzere 3 makro; vitamin, minarel ve eser elementlerden oluşan elliden fazla mikro elementin ise yeterli ve dengeli olarak vücuda alınması gerekir. Toplam enerjinin yaklaşık %45-60'ı karbonhidratlardan, %25-30'u yağlardan, %12- 15'i ise proteinlerden sağlanmalıdır. Kişilere uygun diyetler düzenlenirken kişilerin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, meslek, medeni hal), özgeçmişleri (mevcut hastalıkları, ilaç kullanım durumları), yaşam tarzları, beslenme özellikleri, antropometrik özellikleri (boy, kilo, bel çevresi), laboratuvar bulguları (kan şekeri, lipid paneli, TSH) dikkate alınmalıdır.

Sağlık sorunları ile dünya genelinde en çok beslenme ilişkilendirilmiştir. DSÖ'nün Avrupa bölgesinde erişkinlerin yüzde altmışı, her üç çocuktan da biri obez veya aşırı kilolu olarak bildirilmiştir. Kronik hastalıklarda beslenme önemli bir risk faktörü olup, önlenebilir olması itibari ile kronik hastalıkların yükünün azaltılmasında büyük önem taşımaktadır. DSÖ beslenme, hipertansiyon ve fiziksel aktivite ile ilgili hastalıkların, diğer hastalıklara göre daha yüksek oranda mortaliteye yol açtığını belirtmiştir.

Vitaminin ve mineraller alımları ile pek çok hastalık ilişkilendirilmiştir. D vitamini ve kalsiyumun yetersiz alımı kemik yapısını bozmakta, B12 ve demirin yetersiz alımı hemoglobin üretimini bozmakta, iyotun yetersiz alımı ise tiroid fonksiyonlarını bozabilmektedir.

Tuz tüketimini fazla olması hipertansiyon, yüksek karbonhidrat tüketimi ise diyabet için risk faktörüdür. İşlenmiş gıda ürünleri, kırmızı et ve şeker katkılı ürünlerin mortalite oranlarını artırdığı ve beklenen ömrü azalttığı bildirilmiştir. Bunun aksine yüksek lifli, doymamış yağ asitleri ve antioksidanlardan zengin Akdeniz diyetinin lipid profil bozukluğu, obezite, hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklara karşı koruyucu olduğu ve yaşam süresinin uzaması arasında ise ilişkisinin olduğu gösterilmiştir. Ayrıca diyete uyum ile kronik hastalıklarda mortalitenin %10-20 oranında azaldığı bildirilmiştir.

Yüksek kalorili ve yağlı içerikle beslenmek kanserler ve kardiyovasküler hastalıklar açısından risk oluşturmaktadır. Kırmızı et ve işlenmiş et ürünlerinin alındıkları miktar ile orantılı olarak gastrointestinal sistem malignite riskini arttırabileceği bildirilmiştir. Doymuş yağ asitlerinden zengin besin tüketilmesi ile meme, prostat, pankreas, kolorektal kanserleri ile ilişkilendirilmiştir.

Tam tahılların, deniz ürünlerinin, kabuklu yemişlerin, meyve ve sebzelerin tüketiminin mortalite oranlarını düşürdüğü ve beklenen ömrü artırdığı saptanmıştır.

Nutrigenomik; genler, beslenme ve sağlık arasındaki ilişkileri inceler. Gıdaların, bir bireyde genetik bilginin ekspresyonunu nasıl etkilediğini ve bireyin genetik yapısının besin metabolizmasını ve diğer biyoaktif bileşenlere nasıl tepki verdiğini araştırır; bu etkileşimlerin tamamının metabolizma, sağlık ve hastalık üzerine etkileşimini inceler.

Nutrigenomik, besin – gen etkileşimini üç alanda inceler. Birincisi, besin maddeleri, reseptörler ile etkileşerek gen ifadesini değiştirebilir. İkincisi, besin maddeleri, gen ifadesini etkileyen epigenetik etkileşimler yaratabilir. Üçüncüsü ise bireyler arasındaki genetik varyasyonlar (tek nükleotid polimorfizm) nedeniyle diyet yanıtına verilen cevap değişebilir. Bu teknolojilerle elde edilen bilgilerin hayata geçirilmesi, kompleks ve/veya kronik hastalıkları önleme ve tedavi etmede daha etkin bir yol izlenmesine ve bireylerin daha sağlıklı bir yaşam sürmesi için ‘kişiye özel beslenme’ düzeni oluşturulmasına olanak sağlayacaktır.

Beslenmenin genel sağlık üzerindeki etkisine bakıldığında genlere uygun beslenme, koruyucu hekimlik uygulamalarının da etkinliğini artırabilecektir.

SAĞLIĞIN KORUNMASI VE SAĞLIKLI YAŞAM

Sağlıklı Yaşam - Egzersiz Reçetesi

Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) Raporunda Fiziksel inaktivite tek başına tüm Dünya'da yılda 830 binden fazla ölümün doğrudan nedenidir. Fiziksel aktivite – egzersiz-spor sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılan ancak eş anlamlı olmayan terimlerdir. Fiziksel aktivite: Günlük yaşam içerisinde, iskelet kasları kullanılarak yapılan ve bazal enerji harcamasının üzerinde enerji harcamayı gerektiren her hareket fiziksel aktivite olarak tanımlanır. Bahçe işleri, yük taşıma gibi günlük yaşam aktivitelerinden yürüyüş, koşu ve diğer spor faaliyetlerine dek geniş bir alanı kapsar. Egzersiz; "planlı, yapılandırılmış, istemli, fiziksel zindeliğin bir ya da birkaç unsurunu "kardiyovasküler fitness, kas gücü ve dayanıklılığı, esneklik ve vücut kompozisyonu" geliştirmeyi amaçlayan sürekli aktivitelerdir. Spor ise; belirli kurallar içerisinde yapılan, genellikle yarışma amacı taşıyan, lisanslı amatör ve profesyonel sporcuların gerçekleştirdiği aktivite türüdür. Egzersiz Reçetesi: Kişiye göre "kardiyovasküler fitness, kas gücü ve dayanıklılığı, esneklik ve vücut kompozisyonu" unsurlarından bir ya da birkaçını geliştirmeyi amaçlayan
aktivitelerin süreklilik gösterecek şekilde planlandığı ve yapılandırıldığı reçetelerdir.

Egzersiz Öncesi Değerlendirmede Nelere Bakalım?

Egzersiz reçetesi yazmadan önce:

- Postür analizi
- Vücut Dengesi
- Antropometrik Ölçümler
- Egzersiz Testi (gerekliyse)

Egzersiz testi, bireylerin egzersize karşı kardiyak ve solunum yanıtlarının, genel yorgunluk derecesinin ve eş zamanlı kan basıncının sorgulandığı koşu bandı ya da bisikletin tercih edildiği testlerdir.

Kimlere, Ne Zaman Egzersiz Testi Gerekir?

I. Egzersiz yapmak isteyen tüm bireylerde reçete öncesinde?
II. Egzersiz yapmak isteyen tüm bireylerde reçete öncesinde?
III. Kardiyovasküler ve Pulmoner Hastalık Tanısı olan tüm bireylerde?
IV. Kardiyovasküler Hastalık Riskleri Taşıyanlarda?

Egzersiz testine karar vermek için ACSM (Amerikan Spor Hekimliği Akademisi)'nin önerdiği değerlendirme aşamaları ve algoritmayı takip etmek gerekir;

ACSM- 2015 Raporuna göre Egzersiz Öncesi Bireylerin Değerlendirme Aşamaları:

1.Bireyin Fizik Aktivite Düzeyi
2.KVS, Metabolik, Böbrek Hastalığı Bulgu ve Semptom varlığı
3.Planlanan Egzersiz Yoğunluğu

- Bireyin Fizik Aktivite Düzeyi: Fiziksel olarak aktif olup olmadığına karar verilir. Fiziksel olarak aktif diyebilmek için son 3 aydır haftada en az 3 kez en az 30 dakika egzersiz yapıyor olması gerekir.
- KVS, Metabolik, Böbrek Hastalığı Bulgu ve Semptom varlığı: Mevcut hastalık tanısı varlığında, bireyin semptomatik yada asempomatik olması değerlendirilir.
- Planlanan Egzersiz Yoğunluğu: Planlanan Egzersizin Düşük- Orta- Yüksek yoğunlukta olmasına göre tıbbi değerlendirme yapılır.

ACSM'nin önerdiği algoritmada: bireye öncelikle egzersiz yapıp yapmadığı ardından "KVS, Metabolik, Böbrek Hastalığı Bulgu ve Semptom varlığı" sorgulanır.

- Eğer düzenli egzersiz yapmıyorsa ve "KVS, Metabolik, Böbrek Hastalığı yok, Bulgu ve Semptom da yoksa" tıbbi değerlendirme önerilmez, hafif- orta yoğunlukta egzersiz önerilir. Eğer düzenli egzersiz yapmıyorsa ve "KVS, Metabolik, Böbrek Hastalığı var ve Asemptomatikse" tıbbi değerlendirme önerilir. Tıbbi değerlendirme sonrası uygunsa hafif- orta yoğunlukta egzersiz önerilir. Eğer düzenli egzersiz yapmıyorsa ve "KVS, Metabolik, Böbrek Hastalığı var ve Bulgu ve Semptom varsa tıbbi değerlendirme önerilir. Tıbbi değerlendirme sonrası uygunsa hafif- orta yoğunlukta egzersiz önerilir.

- Eğer düzenli egzersiz yapıyorsa ve "KVS, Metabolik, Böbrek Hastalığı yok, Bulgu ve Semptom da yoksa" tıbbi değerlendirme önerilmez, orta-yüksek yoğunlukta egzersiz önerilir. Eğer düzenli egzersiz yapıyorsa ve "KVS, Metabolik, Böbrek Hastalığı var ve Asemptomatikse" orta yoğunlukta egzersiz öneriliyorsa tıbbi değerlendirme önerilmez, yüksek yoğunlukta egzersiz planlanıyorsa tıbbi değerlendirme önerilir, ardından uygunsa orta yoğunlukta egzersiz önerilir. Eğer düzenli egzersiz yapıyorsa ve "KVS, Metabolik, Böbrek Hastalığı yok, Bulgu ve Semptom varsa" egzersiz hemen bırakılır ve tıbbi değerlendirme önerilir, tıbbi değerlendrime sonrası egzersiz uygun bulunursa egzersize devam edebileceği söylenir.

Kardiyovasküler riski olanlara egzersiz reçetesi yazılabilir mi?

Düzenli egzersiz yapan bireylerde, Kardiyovasküler veya pulmoner hastalık bulgusu olmayanlarda egzersiz sırasında ya da sonrasında kardiyovasküler olay sıklığının az olduğu bildirilmiştir. Kardiyovasküler olay yaşama ihtimali olanların önceden bulgu veriyor olması ve fiziksel aktif bireylerin kardiyovasküler olay riskini azaltması nedeniyle Amerikan Spor Hekimliği Koleji **(ACSM)** tarafından öneriler **2015 yılında** güncellenerek **Kardiyovasküler Risk Faktörleri egzersiz reçetesi öncesi değerlendirme aşamalarından kaldırılmıştır.**

Egzersiz Reçetesi Nasıl Yazılır? Frekans- Yoğunluk- Tipi ve Süresi Nasıl Belirlenir?

Egzersiz reçete ederken öncelikle;

- hastanın istekliliği,
- mevcut semptomları,
- eşlik eden kronik hastalıkları ve kardiyopulmoner durumu kontrolden geçirilmelidir. Ardından Kişiye özel "Egzersiz Reçetesi" oluşturulmalıdır.

Kişiye Özel Egzersiz Reçetesi Hazırlanması İçin;

- Yaşı,
- Spor geçmişi,
- Beslenmesi,
- Cinsiyeti,
- Egzersizden beklentileri,
- Fiziksel performansı,
- Yaşam tarzı,
- Medikal özgeçmişi,
- Sigara öyküsü

sorgulanarak "Kişiye Özel Egzersiz Reçetesi" oluşturulmalıdır.

Kişiye özel egzersiz reçetesi hazırlarken egzersizin tipi, yoğunluğu, süresi, sıklığı ve sürdürülebilir olması temel noktaları oluşturur.

- Frekans (Sıklığı)
- Intensity (Yoğunluğu)
- Type (Tipi)
- Time (Süresi)

Egzersiz Bileşenleri: Bir egzersiz seansı birbirini izleyen 4 bileşenden meydana gelir:

1. Isınma (5'-10')

2. Kondisyon (20'-60')

a. Aerobik egzersiz

b. Kas güçlendirme ve endurans

3. Soğuma (5'-10')

4. Germe

- Isınma fazı, düşük-orta şiddette kardiyovasküler dayanıklılık aktivitelerini içerir. **Yaralanmadan ve kardiyovasküler komplikasyonlardan korunmayı sağlar.** Genellikle düşük hızda yürüme veya dirençsiz bisiklet kullanma yeterlidir. Vücut ısısını arttırmayı, kas tutukluğunu azaltmayı ve egzersiz sonrası kas yorgunluğunu önlemeyi

amaçlayan geçiş fazıdır. Soğuma fazı, kondisyon fazının ardından kalp hızı ve kan basıncının kademeli olarak düşürülmesi ve kaslarda üretilen **atık metabolik ürünlerin uzaklaştırılması amacıyla** 5-10 dakika düşük-orta şiddette kardiyovasküler dayanıklılık aktivitelerini içerir.

Egzersiz Tipi: Hiç egzersiz yapmayan bir kişiye egzersiz reçetesi düzenlerken kişinin klinik durumu, ilgisi ve adaptasyonu göz önüne alınmalıdır. Yürüme ve bisiklete binme, özellikle yürüme bandı ve bisiklet ergometrisi gibi aktivitelerle başlayabilir. Yürüme en çok tercih edilen egzersizdir çünkü ulaşılması kolay ve kolaylıkla tolere edilebilen bir egzersiz tipidir.

Egzersiz Tipleri: I.Aerobik egzersizler II. Kas güçlendirme= dirençli egzersizler III. Germe egzersizleri

Aerobik egzersizler (Kardiyovasküler endurans egzersizleri): Büyük kas gruplarının katıldığı sürekli, ritmik ve dinamik egzersizlerdir. Yürüme, koşma, merdiven çıkma, bisiklete binme, dans etme ve yüzme gibi aktiviteler maksimum oksijen tüketimini arttıran aerobik egzersiz türleridir. Aerobik kapasite, kardiyorespiratuvar fitness, maksimum oksijen tüketimi (VO2max) ve kardiyovasküler dayanıklılık eş anlamlı olarak kullanılır. Aerobik kapasite, oksijen sisteminin ve kardiyorespiratuvar sistemin fonksiyonel kapasitesinin bir ölçümüdür; genellikle VO2max (mL O2/kg/dk) veya metabolik denklik birimi (MET) olarak ifade edilir. VO2max kilogram başına, mililitre cinsinden dakikada tüketilen oksijen miktarıdır. Bir MET yaklaşık 3,5 mL O^2/ kg/dk'ya eşittir.

Kuvvetlendirme Egzersizleri (güçlendirme egzersizleri, dirençli egzersizler): Kuvvetlendirme egzersizleri (güçlendirme egzersizleri, dirençli egzersizler) direnç uygulayarak kas kuvvetini ve dayanıklılığını arttırmak amacıyla yapılan egzersizlerdir. Kuvvetlendirme egzersizleri serbest ağırlıklar, ağırlık makineleri, elastik bantlar gibi araçlarla yapılır. Haftada en az 2 gün, bacak, kol ve gövde (tüm büyük kas gruplarını) en az 8-10 egzersiz, günde 2-4 set ve set başına 8-12 tekrar şeklinde yapılmalıdır.

Germe Egzersizleri: Germe egzersizleri ana kas-tendon gruplarına en az 10 dakika süreyle, her kas grubuna 4 veya daha fazla tekrarla haftada en az 2-3 kez yapılmalıdır. Statik germeler 15-60 saniye tutulmalıdır.

Egzersizin Yoğunluğu: Toplam enerji tüketimi açısından; egzersiz süresi ve yoğunluğu birbiriyle ters ilişkilidir. Düşük yoğunlukta-uzun sürede yapılan egzersizle, yüksek yoğunlukta-kısa sürede yapılan egzersiz kardiyorespiratuar dayanıklılığı artırma açısından aynı etkiyi göstermektedir. Egzersiz yoğunluğu maksimum kalp hızını %55-65'den %90'a çıkartacak şekilde, oksijen tüketim rezervini veya kalp hızı rezervini %40-50'den %85'e çıkaracak şekilde olması önerilmektedir.

Egzersizin Süresi: Egzersiz yoğunluğu ile ilişkilidir. Bir günde 20-60 dk sürekli veya bölerek(10 dakikalık periyodlar) egzersiz yapılabilir. Süre progressif olarak artırılabilir.

Egzersizin Sıklığı: Kilo kaybı hedefleniyorsa haftada 3 günden fazla egzersiz yapılmalıdır. Kişinin egzersiz sıklığı MET (metabolic equivalent = metabolik eşitlik) değerine göre belirlenir. 3 MET altı her aktivite hafif şiddette, 3 ile 6 MET arası her aktivite orta şiddette,6 MET ve daha fazla olan her aktivite ise yüksek şiddette fiziksel aktivite olarak değerlendirilir. MET değerleri üçten düşük olan hastalarda çok sayıda günlük egzersiz seansları önerilebilir, 3-5 MET olanlarda her gün 1-2 kısa seanslar halinde, 5 MET'den yüksek olanlarda her hafta 3-5 seans halinde egzersiz önerilir. **(1 MET= 3.5 ml/kg/dk oksijen tüketimi**, **METx3.5xağırlık (kg)/200= … kcal/dk)** Bu formül egzersiz reçetesi düzenlerken hedeflenen kaloriye ulaşmak için ne kadar egzersiz yapılacağını belirlemede faydalıdır.

Egzersiz İlerleme Hızı Nasıl Planlanır?: Egzersiz programları kişinin fonksiyonel kapasitesine, sağlıklı veya hasta olup olmamasına, kişisel tercihine, hedefine ve kişinin toleransına bağlı olarak değişebilir. Sağlıklı kişilerde egzersiz programları **başlangıç, ilerleme ve sürdürme veya devam ettirme** şeklindedir. Hafif kas dayanıklılık egz./ orta derecede aerobik egzersiz 15-20 dakika ile başlayıp 30 dakikaya kadar uzatılabilir. Egzersizin süresi 2-3 haftada bir kademeli şekilde artırılabilir. Egzersizin şiddeti orta yoğunluktan zorlayıcı egzersize doğru 20-30 dakikalık süreler halinde artırılır. İdame evresi genellikle egzersize başladıktan 5-6 ay sonra başlar. Eğer egzersiz bırakılırsa 10 hafta sonra başlangıç seviyesine tekrar döner, 8 ay sonra hiç egzersiz yapmayan bir birey seviyesine döner. 4-12 hafta içerisinde VOmax başlangıç seviyesini yarısına kadar gerileyebilir.

Hedef Kalp Hızı Hesaplama: Kalp hızı ile maksimum oksijen tüketimi arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle egzersiz reçete ederken kalp hızı hesaplanması önemlidir. Hedef Kalp hızı 2 yolla hesaplanabilir. **1.Maksimum kalp hızına göre:** Maksimum kalp hızı= 220-yaş formülü ile hesaplanır. Maksimum kalp hızının %70-85'i arasında kalp hızı hesaplanarak egzersiz reçetesi düzenlenir. **2.Kalp hızı rezervine göre: (Kalp hızı rezervi= Maksimum kalp hızı- dinlenme kalp hızı).** Kalp hızı rezervinin %60-80'i olacak şekilde kalp hızı hesaplanarak egzersiz reçetesi düzenlenir.

Egzersizin Kontrendikasyonları: Mutlak Kontrendikasyonlar; Akut semptomatik konjestif kalp yetmezliği, Akut sistemik enfeksiyon, Yakın zamanda geçirilmiş Miyokard infarktüsü, İskemi veya akut kardiyak bir olayı düşündürecek EKG değişikliği, Akut pulmoner emboli veya pulmoner enfarktüsü, Unstable anjina, Ventriküler taşikardi veya diğer kontrolsüz tehlikeli aritmiler, Akut veya şüpheli miyokardit veya perikardit , Aort anevrizması veya şüphesi, Şiddetli aort darlığı

Kronik Hastalıklarda Egzersiz Reçetesi; Kronik hastalığı olan hastalarda hedefe ve amaca göre aynı egzersiz bileşenlerinin yoğunluğu değiştirilerek ayarlanır.

Egzersiz Reçetesini Yazarken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar: Egzersiz reçete ederken hastanın değişime hazır olup olmadığı sorgulanmalı, hedefler belirlenip, motivasyonel görüşmeler ile takip edilmelidir.

Egzersiz reçetesini yazmanın önündeki engeller: Hekimlerin bu konuda bilgi-beceri-tutum eksikliği, zaman azlığı, ücretlendirmenin olmayışı yer almaktadır.

SAĞLIĞIN KORUNMASI VE SAĞLIKLI YAŞAM

Erişkinde Taramalar, Periyodik Sağlık Muayenesi (PSM)

Doç. Dr. Memet Taşkın EGİCİ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi.Haydarpaşa Numune EAH. Aile Hekimliği Kliniği

PSM, sağlıklı görünen insanların yaş, cinsiyet ve risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş aralıklardaa değerlendirilmeleridir. Sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini azaltmak ya da ortadan kaldırmak amacıyla, tarama, muayene, testler, danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, kanıta dayalı olarak yapılandırılmış, kişiye özel, etkin ve uygulanabilir bir tarama programıdır. Aile hekimliği uygulamalarının önemli bileşenlerinden birisidir. Periyodik Sağlık Muayenesinde amaç kişilerin sağlık riskleriinin ortaya çıkmadan önlenmesdir.

- **Primordiyal koruma:** Riskli davranışlar gelişmeden ve henüz riskte olmayan kişilere yönelik uygulamalardır. Sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin yaygınlaştırılması, kitlesel sağlık eğitimleri
- **Birincil Koruma**: Risk faktörleri ya da çevre üzerine etki ederek hastalıkların gelişmesini önlemeye yönelik olarak sağlıklı kişiler yönelik girişimlerdir. Aşılamalar, demir ve d vitamini profilaksisi, kemoprofilaksiler
- **İkincil Koruma**: Mevcut olmakla beraber semptomlar ortaya çıkmadan hastalığı ya da riski belirlemeye yönelik işlemlerdir. Yenidoğan taramaları, DM, HT, Kanser taramaları vb. hastalık taramaları gibi erken tanı amaçlı uygulamalar
- **Üçüncül Koruma**: Hastalıkların tanı ve teadcvilerinin düzenli olarak yapılarak komplikasyonlarının önlenme amaçlanmaktadır.Diyabeti olan hastalarda kan şekeri regulasyınunundüzenli yapılması, iyi ayak bakımı suretiyle diyabetik ayak gelişimini önlemek
- **Dördüncül koruma:**

Gerekszi tetkik tedavi ve girişimlerin önüne geçerek hastayı ve toplumları korumak amaçlanmaktadır. Akılcı ilaç ve laboratuvar kullanımı vb. Temel prensip ‘’Önce zarar verme…’’ olmalıdır.

Periyodik Muayene Rehberleri

Dünyanın pek çok ülkesinde PSM ile ilgili kılavuzlar yayınlanmaktadır. Birleşik Devletler Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu (USPSTF: United States Preventive Services Task Force), Kanada Periyodik Sağlık Muayenesi Çalışma Grubu (CTFPHE: Canadian Task Force on Periodic Health Examination), Amerikan Aile Hekimleri Birliğinin (AAFP: American Academy of Family Physicians) bunlardan bazılarıdır. Ülkemizde ise T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan **Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri** yayınlanmıştır. Ayrıca konu bazlı çok sayıda rehber/ algoritma yayınlanmıştır.

Periyodik Sağlık Muayenesinde Temel Adımlar

- Anamnez (Şikayet? aile öyküsü? risk faktörleri?)
- Fizik muayene (sistem muayeneleri, boy, kilo, bel çevresi, tansiyon arteryel ölçümü vb.)
- Tarama testleri
- Danışmanlık ve sağlık eğitimi: sigara, alkol, kazalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar vb.
- Kemoprofilaksi
- Bağışıklama

Birincil Koruma Örnekleri

- Yaşam tarzı ile ilişkili danışmanlık ve değerlendirmeler
- Tütün kullanımı
- Alkol kullanımı
- Madde kullanımı
- Cinsel davranışlar
- Bağışıklama

İkincil Koruma Örnekleri

- Kardiyovasküler olaylardan korunmada risk değerlendirilmesi ve aspirin kullanımı
- İskemik inmeden korunmada aspirin kullanımı
- Arteriyel tansiyon takibi

- Serum lipid profili taraması
- Diyabetes mellitus taraması
- Tiroid fonksiyon anomalileri
- Obezite taraması
- Meme kanseri taraması
- Kolorektal kanser taraması
- Serviks kanseri ve prekanseröz lezyonların taranması
- Prostat kanseri taraması
- Kemik sağlığının korunması için bilgilendirme
- Sekonder osteoporoz / kırık riski
- Tüberküloz taraması
- Orak hücreli anemi ve talasemi major taraması
- Geriatrik Hastanın Kapsamlı Değerlendirilmesi

Kaynaklar:

1. Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 991/2015
2. Mazıcıoğlu M, Uzuner A. Periyodik Sağlık Muayenesi. Aile Doktorları için Kurs Notları, 1. Aşama. 1.Basım. TC.Sağlık Bakanlığı, Ankara, Ata Ofset, 2004;99-109.
3. Summary of recommendations for clinical preventive services, AAFP http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/ patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf adresinden 20.09.2022 tarihinde erişilmiştir.
4. U.S. Preventive Services Task Force Published Recommendations https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/topic_search_results?topic_status=P adresinden 20.09.2022 tarihinde erişilmiştir.
5. Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu. Periyodik Sağlık Muayenesi Örnekleri. *Ankara Medical Journal*. 2017;17(4):284-292. doi:10.17098/amj.364168
6. Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış, Türk Aile Hek Derg 2017; 21 (2): 82-89
7. Başer DA. ve ark. Erişkinlerin Aile Sağlık Merkezlerine periyodik sağlık muayenesine dair başvuru sıklıklarının ve hizmet alma durumlarının değerlendirilmesi Türk Aile Hek Derg 2020; 24 (2): 68-79

8. Taydaş O. (Danışman: Egici, MT) Hekimlerin periyodik sağlık muayeneleri hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışları ile sağlıklı
9. yaşam biçimi davranışlarının birlikte değerlendirilmesi Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi(2020) , Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Haydarpaşa Numune Eğt. ve Arş. Hastanesi Aile Hekimliği AD

DAVETLİ KONUŞMACILAR

KADIN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ

KADIN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ

Prekonsepsiyonel Bakım

Doç. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK
SBÜ Şişli Hamidiye Etfal SUAM Aile Hekimliği

Prekonsepsiyonel sağlık bakımı, maternal ve fetal risk oluşturan fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumları gebelikten önce saptayarak, uygun şekilde çözümleme veya yönlendirmeye dayanan bir hizmettir

Prekonsepsiyonel bakımın amacı gebelik öncesi kadın sağlığının optimizasyonu ile kadın, fetüs veya yenidoğan risklerinin azaltılmasıdır

3 ana hedefi vardır;

- Anne, fetüs ve hamilelik için olası riskleri belirleme.
- Bireyi bu riskler, riskleri azaltmak için müdahale yönetimi
- Optimum maternal, fetal ve gebelik sonuçları sağlamak

Hedef popülasyon

Gebelik öncesi bakım, şu anda gebe kalmaya ilgileri olsun ya da olmasın, periyodik sağlık muayenesi için başvuran çocuk doğurma potansiyeli olan tüm kadınlar için

Potansiyel Fırsatlar Ortaya Çıkar:

- Evlilik öncesi ofis ziyareti
- Kontrasepsiyon danışmanlığı ve sağlanması
- Negatif gebelik testi sonrasında
- Cinsel yolla bulaşan hastalık veya vajinal enfeksiyon için değerlendirme

- Doğum sonrası ofis ziyareti
- Gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili ofis ziyareti

Ön bilgiler de kişinin yaşı, eğitimi, mesleği. Medeni durum varsa partner bilgileri sorgulanır

Akraba evliliği ülkemizde sık görülmektedir. Akrabalık derecesinin nasıl hesaplandığına örnek verirsek anne veya babasından biri kardeş olan bir çiftin yaptığı evliliklere 1. derece akraba evliliği (kuzen evlilikleri) denir. Büyük anne veya büyükbabalarından biri kardeş olan çiftlerin yaptığı evliliklere ise 2. derece akraba evliliği (torun evlilikleri) denir. Mutlaka sorgulanmalı ve gerekli danışmanlık verilmelidir.

Eşi ve kendisinin kan gurubu yine sorgulanması gerekenlerdendir. Daha sonra Özgeçmiş ve soy geçmiş sorgulanır. Kısının sahip olduğu hastalıklar kullandığı ilaçların durumu kontrol edilir

Sonrasında tam bir muayene ve çeşitli tetkikler yapılıp sağlık durumu belirlenir. Yine yasına uygun kanser taramaları. Bağışıklama ve danışmanlık Hizmetleri verilmektedir.

Kişinin herhangi bir risk taşıdığı fark edildiğinde bunun tanı tedavisi yapılarak gebeliğe en sağlıklı bir şekilde başlaması sağlanmaya çalışılır.

KADIN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ

Gebe ve Lohusa Sağlığı

Dr. Öğr. Üyesi Sanem NEMMEZİ KARACA
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Aile Hekimliği AD

Gebelik ve ardından gelen lohusalık dönemi, bir kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimleri deneyimlediği en önemli yaşam evrelerindendir (1). Bu nedenle birinci basamakta takip süreçlerinde WONCA (Dünya Genel Pratisyen/Aile Hekimliği Ulusal Kolejler, Akademileri ve Akademik Dernekleri Birliği) Ağacı'nda belirtilen çekirdek yeterliliklerimizden biri olan biyopsikososyal bakış açısı ile yaklaşım sergilenmelidir (2).

Bu yazı 3. Harran Aile Hekimliği Günleri kapsamında gerçekleştirilen Kadın Sağlığı oturumunda gebe ve lohusa sağlığına dair güncel literatür bilgilerini içermektedir.

Rakamlarla Kadın Sağlığı ve Bakımın Gerekliliği

Kadın sağlığı açısından politikaları izlemeye yarayan bazı istatistikler bulunmaktadır. Bunlar arasında yer alan *Toplam Doğurganlık Hızı;* bir kadının doğurgan olduğu dönem (15-49 yaş) boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısıdır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2021 yılı verilerine göre Türkiye ortalaması 1,70 çocuk iken; toplantının yapıldığı Şanlıurfa ilinde 3,81 çocuk ile en yüksek sayıdadır. Ardından Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerindeki çevre iller takip etmektedir. *Kaba Doğum Hızı*, bin nüfus başına düşen canlı doğum sayısını ifade etmekte olup; Türkiye ortalaması 12,8 doğum iken; illere göre değerlendirildiğinde Şanlıurfa'da binde 29,1 ile en yüksektir (3).

Kadın sağlığını tehdit eden adölesan gebelikler ülkemiz için de önemli bir sorundur. Hizmete erişimdeki güçlükleri ve yetersiz sağlık bilinçleri nedeniyle diğer kadınlara kıyasla adölesan gebeler daha yüksek komplikasyon ve ölüm riskine sahiptirler (4). *Adölesan Doğurganlık Hızı*, 15-19 yaş arasındaki her bin kız çocuğu başına gerçekleşen ortalama canlı

doğan çocuk sayısıdır ve 2001 yılında binde 49 iken; 2021 yılında binde 13'e düşmüştür. Ancak ilk doğumun gerçekleştiği yaş ortalaması Şanlıurfa için 24,2 olup; ülkemizde en düşük olan iller arasında 3. sırada yer almaktadır. Öte yandan ülkemizde doğum yapan annelerin ortalama yaşı 2021 yılında 29,1'e yükselmiştir (3). İlk gebeliklerin daha ileri yaşlarda olması hem anne hem bebek sağlığı açısından bazı riskleri beraberinde getirmektedir.

Anne ölüm oranı, kadın ve anne sağlığı ile obstetrik hizmetlerin önemli göstergelerinden biri olup; kırsal alanlarda yaşayanlarda, yoksul kadınlarda ve diğer gebelere kıyasla adölesan gebelerde daha yüksektir (4).

Tüm bu istatistikler bizlere anne ve çocuk sağlığı açısından nitelikli izlemlerin önemini vurgulamaktadır. Şanlıurfa açısından daha önemli olması nedeniyle toplantıda böylesi bir oturuma yer verilmiş olması oldukça kıymetlidir. Aile Hekimliği Avrupa tanımı içinde yer alan toplum yönelimli olma ve birinci basamak yönetimi sorumluluğunu alabilme ilkelerine hassasiyeti vurgulamaktadır (2). Tüm aile hekimleri nüfuslarına bağlı toplumu etkileyen konulara hassasiyet göstermeli, farkında olmalıdır.

Doğum öncesi ve sonrası bakımın ülkemiz şartlarına en uygun şekilde izlenebilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığımız tarafından rehberler geliştirilmiş, sağlık çalışanlarının ücretsiz erişimine açılmış, bu sayede nitelikli izlemler standardize edilmeye çalışılmıştır. Bu program sayesinde her gebenin gebeliği süresince; en az 4 kez nitelikli bir şekilde izlenmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, normal doğum sonrası 24, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, doğum sonrası en az üçü hastanede olmak üzere toplam 6 kez lohusa izleminin yapılması ve kadınların gerektiğinde erken dönemde bir üst düzey hastaneye sevklerinin sağlanması amaçlanmıştır (5,6).

Bakımın İçeriği

Gebe veya lohusa kadınların birinci basamakta takiplerinde, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra holistik bakış açısıyla çevresel faktörler ve psikososyal durum açısından da yaklaşılması oldukça önemlidir (2,7). Riskli gebelerin tespit edilmesi ve ilk tanı anından itibaren üst basamaklarla koordineli olarak takibi gerekir (5).

Kadınların bu yaşam dönemlerinde pek çok fizyolojik değişimler gerçekleşmektedir. Ancak erken dönemde fark edilebilmesi ve gerekli yönlendirmelerin geç kalınmadan yapılabilmesi adına patolojik bulguların ve alarm semptomlarının iyi bilinmesi gerekir. Rehberlerde sorgulanması gereken başlıklar ve sevk kriterleri bulunmakla birlikte doğası gereği

birinci basamakta her hastanın mevcut bulgusunun ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekmektedir. Örneğin bulantı- kusma gebeliğe bağlı ortaya çıkabileceği gibi üriner sistem enfeksiyonunun bir bulgusu olabilir. Bu bağlamda ayrıntılı anemnez alınması ve fizik muayene yapılması uygun olacaktır (8).

Değerlendirilmesi gereken semptom ve bulgular arasında fiziksel ağrı, kramp, bulantı-kusma-reflü, konstipasyon/ hemoroid, erken membran rüptürü, vajinal akıntı, genito-üriner enfeksiyon, halsizlik, ödem, fundus yüksekliğinin gebelik haftası ile uyumu, kilo artışı, mevcut hastalık öyküsü (hipertansiyon, endokrin hastalıklar, diyabet, böbrek hastalığı, psikiyatrik hastalıklar, solunum sistemine yönelik hastalıklar vb), kronik ilaç kullanımı, ilaç alerjisi varlığı, geçirilmiş operasyon öyküsü, sigara-alkol-madde kullanım durumu, mevcut/ önceki gebeliklere ait obstetrik öykü ve uyku yer almaktadır. Sağlıklı bir kilo artışı için gebenin gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKİ) baz alınmalıdır. BKİ<18,5 olanlarda 12,5-18 kilograma kadar artış normal sınırlarda kabul edilirken; obez kadınların 5-9 kilogramdan fazla kilo almaları sağlık açısından sakınca yaratabilmektedir (8,9). Erken (15-19) yaş gebeliklerin önlenmesi esastır. Ancak gerçekleşirse riskli gebelik kategorisinde yakın takip gerekir. Periyodik bakılması gereken kan parametreleri gebelik takibinde önerilecek replasman tedavileri açısından da önemlidir.

Önerilen testler:

- Tam kan sayımı, ferritin
- Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri
- Açlık kan şekeri ve diyabet açısından risk değerlendirmesi
- Tiroid fonksiyon testleri (TSH; 1.trimester <2.5 mIU/L, 2.trimesterden sonra <3 mIU/L)
- Hepatit B- C, AIDS/HIV, sifiliz testleri
- Toxoplazma, CMV, kızamıkçık testleri
- Kan grubu (Rh uygunsuzluğu açısından değerlendirmek için)
- İndirekt coombs testi (Rh uyumsuzluğu olanlarda bakılır. 28. haftada tekrarlanır negatifse Rhogam yapılması açısından üst basamağa sevk edilir)
- Tam idrar tahlili (Bakteriüri ve proteinüri)
- İdrar kültürü (Tüm gebelik boyunca en az 1 kere istenmeli, asemptomatik bakteriüriyi değerlendirmek amacıyla tercihen 2. trimester başında alınmalı)
- Tarama Testleri: İkili/üçlü/dörtlü test, ayrıntılı organ taraması, oral glukoz tolerans testi (5).

Yakın tarihli 156 çalışmayı derleyerek yapılan bir meta-analizde gestasyonel diyabetin olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (10). Bu nedenle takip edilen tüm gebelerin bu açıdan değerlendirilmesi önemlidir.

Ağız-diş sağlığı, ailede genetik hastalık öyküsü, akraba evliliği ve göç öyküsü de ihmal edilmemesi gereken durumlardandır (5).

Her gebenin mümkünse gebelik öncesi dönemden itibaren eksik aşılarının ve gebelik aşılarının yapılmasının sağlanması ve/veya takibi aile hekimlerinin önemli görevlerindendir. Bu kapsamda gebelik döneminde yapılması gereken ve kontrendike olan aşılara dair T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2100170 numaralı Risk Grubu Aşılama Genelgesi esas alınarak TAHUD Erişkin Bağışıklama Danışma Kurulu tarafından hazırlanmış 'Erişkin Risk Grubu Bağışıklama Algoritması'ndan yararlanılabilir (11,12).

Pandeminin azalarak da olsa etkisinin devam ettiği düşünüldüğünde gebeler üzerindeki etkisi göz ardı edilmemelidir. Yapılan bir meta-analizde Covid-19 hastalığını geçirmenin preeklempsi, preterm eylem ve ölü doğum riskini arttırdığı, enfeksiyonun şiddetli olmasının preeklempsi, preterm eylem, gestasyonel DM ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (13). Koruyucu önlemlerin alınması gerektiği vurgulanmalıdır.

Doğum sonrası uterustan gelen kanla karışık sıvıya 'Loşia' adı verilir ve lohusa takibinde oldukça önemlidir. Loşianın miktarı zamanla azalmalı, pis kokulu olmamalı, üç hafta boyunca sürmeli, daha erken kesilmemeli, altıncı haftada bitmeli, daha fazla uzamamalıdır. Loşia karakteri rubradan, seroza ve albaya doğru olmalı, sıralama bozulmamalıdır. İlk 8 saatten sonra normal menstrual kanama gibidir. Lohusaların takiplerinde dikkat edilmesi gereken durumlar aşağıda özetlenmiştir:

- Hipotansiyon/ şok gelişmesi durumunda kanamanın kontrolü gerekir. Kanama açısından riski artıran durumlar (polihidramnioz, uzamış eylem, makrozomik bebek (>4000gr), çoğul gebelik, önceki doğumlarında kanama öyküsü vb.) akılda tutulmalıdır. Kanamanın devam etmesi halinde uterin kavite ve doğum kanalı değerlendirilmelidir. Atoni riski, müdahaleli doğumlarda plasenta retansiyonu göz ardı edilmemesi gereken hayati risk taşıyan durumlardır.
- Postpartum iki saat dolana kadar uterus involüsyonu takibi önemlidir.
- Göğüs ağrısı, takipne, öksürük ve taşikardi amniyon mayi embolisi veya tromboembolinin bir sonucu olabilir.

- Vajinal yolla doğum sonrası hemen ya da epizyotomi onarımı tamamlanınca perine (vajinal-rektal) muayenesi yapılmalıdır. Çok fazla ağrı varsa; vulva, vajen, perine, abdomen, insizyon hattı boyunca hematom varlığı araştırılmalıdır (6,14).

Gebe/ lohusa kadına verilmesi önerilen danışmanlıklar özetlenecek olursa;

- Anne sütü ve emzirme danışmanlığı
- Doğumun yapılacağı yer, bakıma yardımcı olacak kişi, eş desteği
- Fiziksel şikayetlere yönelik alınabilecek önlemler
- Lohusalar için kesi yeri/ epizyo bakımı
- Vitamin kullanımı
- Sağlıklı kilo artışının/ doğum sonrası ise kilo kaybının sağlanabilmesi için beslenme danışmanlığı
- Egzersiz/ doğum sonrası erken mobilizasyon
- Uyku hijyeni eğitimi
- Cinsel yaşam
- Aile planlaması (9,14).

Gebelikte psikososyal sorunların takip edilmesi ve önlenmesi, maternal ve fetal sağlığa etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Doğum sonrası gözlenebilecek ruh halleri arasında annelik hüznü (postpartum blues), postpartum depresyon, postpartum psikoz, doğum sonu kaygı bozukluğu, anksiyete ve obsesif kompulsif bozukluk sayılabilir. Poyatos-León ve ark tarafından yapılan 12 çalışmanın sonuçlarını derleyen bir meta-analizde gebelik ve postpartum dönemde egzersizin postpartum depresyonu azalttığı, psikolojik iyi oluşa katkı sağladığı bildirilmiştir (15).

Sosyolojik faktörler de gebelik ve doğum sonrası dönemde kadınları etkileyebilmektedir. Yeni kimlikler ve onların gerektirdiği rollere adaptasyon, eşin desteği, aile içi ilişkiler/iletişim, bakıma yardımcı olacak kişi, istemli gebelik/ plansız gebelik, diğer çocuklar ile birlikte bakım yükü, çalışma hayatına dair sorunlar, bakmakla yükümlü olunan bir başka kişinin varlığı, abortus/ ölü doğum öyküsü ya da anne ölümü/bakıcı anne bu sorunlardan bazılarıdır.

Sonuç olarak birinci basamak gebelik ve doğum sonu dönemde kadınların takibinde oldukça önemli bir noktadadır. Her temas kadına yardımcı olunabilecek bir avantaja dönüştürülmelidir.

Kaynaklar:

1. Gökyildiz Ş, Alan S, Elmas E, Bostanci A, Kucuk E. Health-promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. Int J Nurs Pract. 2014;20:390–97.
2. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı: Çekirdek Yeterlikler ve Özellikler. WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları – 4 Nisan 2011. Erişim Adresi: https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf
3. Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri, 2021. Yayım Tarihi:12. 05.2022, Sayı: 45547. Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2021-45547. Erişim tarihi: Ağustos 2022.
4. WHO. Maternal mortality. Erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality. Erişim tarihi: Ağustos 2022.
5. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925. Ankara; 2018. Erişim adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf. Erişim Tarihi: Ağustos 2022.
6. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 925, Ankara, 2014. Erişim adresi: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr_2.pdf. Erişim Tarihi: Ağustos 2022.
7. Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1):63-74.
8. Bastian LA, Brown H. Clinical manifestations and diagnosis of early pregnancy. UpToDate, Last updated: Aug 29, 2022.
9. Lockwood CJ, Magriples U. Prenatal care: Second and third trimesters. UpToDate, Last updated: Aug 18, 2022.
10. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2022;377:e067946.
11. Zeren Öztürk G, Arıca S, Egici MT. Erişkin Risk Grubu Bağışıklama Algoritması. 2021. Erişim adresi: https://www.tahud.org.tr/product/eri%C5%9Fkin-risk-grubu-ba%C4%9F%C4%B1%C5%9F%C4%B1klama-algoritmas%C4%B1. Erişim Tarihi: Ağustos 2022.

12. Arslan T, Başgül Yiğiter A. Gebelik Takibinde Güncel Yaklaşımlar. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(2):1-13.
13. Wei SQ, Bilodeau-Bertrand M, Liu S, Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2021;193(16):E540-E548.
14. Berens P. Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. Last updated: Sep 15, 2022.
15. Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. Birth. 2017;44(3):200-208.

KADIN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİ

Anne Sütü ve Emzirme Desteği

Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK
İnönü Üniversitesi

Anne sütünün ve emzirmenin faydaları bilinmesine rağmen hala emzirme oranları hem ülkemizde hem Dünyada istenilen düzeylerde değildir. Lancette yapılan çalışmada 5 yaş altı bebek ölümlerini ilk 6 ay anne sütü ve 6. Aydan sonra uygun tamamlayıcı beslenmeye geçişle %20 oranında azalttığı bulunmuştur. Anne sütü ilk 6 ayda bebeğin ihtiyacının %100' ünü, 6-12 ayda bebeğin ihtiyacının %50' sini ve 12.aydan itibaren de %30' unu karşılar.

- İlk haftada %7-10' a kadar kilo kaybı normaldir
- Yenidoğan bebeğin midesi
- İlk gün bilye kadar (~5ml)
- 3. gün pinpon topu kadar (~ 20ml)
- 10.gün yumurta kadar (~50ml)
- **ÖN SÜT**: Emzirmeye başlarken üretilen mavimsi süttür. **Sulu ve şekerli**
- **SON SÜT**: Emzirmenin sonlarında üretilen beyazımsı süttür. **Yağ içeriği fazla**

Anne de bebek de soğuk algınlığına yakalandığında, annenin sütünün içerisindeki lökositlerin sayısı 64 kat sadece bebek hasta olduğunda ise anne sütündeki lökositlerin sayısı 13 kat artıyor. **Bebeğin, salyası aracılığıyla anne bedenine bazı sinyalleri iletiliyor...**

KRONONÜTRÜSYON: Uyku hormonu olarak bilinen melatonin ve bu hormonu destekleyen bir aminoasit olan triptofan, anne sütünün içeriğinde mevcut ve uyku saatlerine göre farklı

seviyelerde salgılanıyorlar. Anne sütündeki melatonin seviyelerinin geceleri gündüzlere kıyasla beş kat daha fazla olduğu 2016 yılında yapılan çalışma ile ortaya kondu. Ayrıca Vücudun stres seviyelerini yöneten ve uyanma zamanı geldiğinde vücudu harekete geçiren kortizol, öğlen ve gece salgılanan sütlere kıyasla gündüz sütünde daha fazla miktarda bulunuyor.

Mikrobiyom, bağışıklık sisteminden ruh sağlığına kadar pek çok durumu etkileyebiliyor. Anne sütü, bebeklerin sağlıklı kalmasını sağlayan yararlı bakterilerin çoğalmasını sağlayarak mikrobiyomlar için süper bir besin özelliğini de koruyor.

Emzirme DESTEĞİ

Emzirmeyi desteklemek için çok fazla imkanımız mevcuttur.

- ✓ Gebelik kontrolünde
- ✓ Doğum sonu kontrolünde
- ✓ Aile planlaması uygulamasında
- ✓ Bebeğin büyümesinin izlenmesi sırasında
- ✓ Beslenme eğitiminde
- ✓ Aşılamalar sırasında

Danışmanlık Nedir; *Bilgi vermek (almak), deneyim edinmek, bir sorunu araştırmak, anlamak ya da çözmek için kurulan insanlar arası ilişki sürecidir. Danışanın yapması gerektiğini düşündüğümüz şeyleri ona söylemek, Öğüt vermek ya da Onu belli bir eyleme yönlendirmek anlamına gelmez.*

- ✓ *Danışmanlık yaparken: Yararlı sözsüz iletişim kullanın*
- ✓ *Açık uçlu sorular sorun*
- ✓ *Annenin söylediklerine ilgi gösterin ve tekrarlayarak vurgulayın*
- ✓ *Duygularını anlamaya çalıştığınızı göstermek için empati kurun*
- ✓ *Yargılayıcı sözcüklerden kaçının*

Travayda Destek…..

- ✓ *Travay sırasında anneye destek olacak ve rahatlatacak birinin olması*
  - *Şiddetli ağrı algısını azaltır*
  - *Hareketliliği cesaretlendirir*
  - *Stresi azaltır*
  - *Travayı ve doğumu hızlandırır*
  - *Tıbbi müdahale gereksinimini azaltır*
- ✓ *Sedasyon, sezaryen gibi girişimlerden zorunluluk olmadıkça kaçınılması*

Doğum Sırasında Destek…

- ✓ *Daha az ağrı kesici ilaç kullanımı bebeğin uyanıklığını arttırır*
- ✓ *Bebekte hipotermi ve hipoglisemi riskini azaltır, çünkü bebek daha az stresli olur ve böylece daha az enerji kullanır*
- ✓ *Erken ve sık emzirmeyi sağlar, ten tene temas*
- ✓ *Anne bebek bağlanması daha kolaylaşır*

Doğum sonrası ilk destekte..

- ✓ *İlk emzirme gerçekleşirken anne ve bebek üzerinde baskı olmamalıdır*
  - *Emmenin ne kadar sürdüğü*
  - *Bebeğin ne kadar iyi yerleştiği*
  - *Bebeğin ne kadar kolostrum aldığı üzerinde çok da durulmamalı*
- ✓ *İlk emzirme, beslenmeye başlamaktan çok memeye alışmak olarak düşünülmelidir*

Taburculuk olurken….

- ✓ *Annenin taburculuğa nasıl hazırlanacağını*
- ✓ *Taburcu olduktan sonra destek ve takibin geçerliliğini*
- ✓ *Çalışan anneler için emzirmeyi koruma yollarını*
- ✓ *Emzirmede grup desteğini, emzirmeyi iki yıl veya daha uzun süre sürdürmeyi anlatmak*

Emzirmenin iyi gittiğinin göstergeleri

- ✓ Bebek uyanık ve aktiftir, 24 saatte en az 8 kez beslenir
- ✓ 24 saatlik dilimde, bir süre uyanık kalabilir ve uzun sürelerle uyur
- ✓ Günde 6 veya daha fazla açık renkli idrar yapar ve 3 veya daha fazla gaita yapabilir
- ✓ Annenin memesi emzirmeden önce dolgundur, emzirme bitince boşalmıştır, memeler ve meme uçları rahattır
- ✓ Anne bebeğine bakarken kendinden emin hisseder

Anneden anneye destek grubunda;

- ✓ Kadınların akraba ve arkadaşlardan bilgi ve destek alma alışkanlıkları güçlendirilmiştir
- ✓ Bebek beslenmesi/bakımı, sorundan ziyade normal bir faaliyet olarak görülür
- ✓ Tartışma grupları yönlendirilir, yardım deneyimli anneler tarafından sağlanır
- ✓ Anneler, rahatlar ve kendilerine daha fazla güvenirler
- ✓ Gebeler tecrübeli annelerle karşılaşırlar
- ✓ Anneler grup toplantıları dışında birbirlerine yardımcı olabilirler ve arkadaşlıklar kurabilirler.

DAVETLİ KONUŞMACILAR

BAĞIMLILIKLA MÜCADELE

BAĞIMLILIKLA MÜCADELE

Tütün Bağımlılığı ve Tedavi Yöntemleri

Prof. Dr. Kamile MARAKOĞLU
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD Bşk.

Tütün patlıcangiller (solanaceae) familyasından genellikle bir yıllık, bazı türler itibariyle çok yıllık bitkidir. Bitki sistematiğinde solanaceae familyasının "nicotiana" cinsi içerisinde yer alır. Nicotiana cinsine dâhil yaklaşık 65 tür vardır. Bu türlerden sadece "Nicotiana tabacum" ve "Nicotiana rustica", sigara, puro, pipo vb. tütün mamullerinin yapımında kullanılır.

Tütün kullanımı, tüm dünyada önlenebilir ölüm ve hastalık nedenlerinin başında gelmesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 1.1 milyar kişi tütün kullanmaktadır. Tütün her yıl 8 milyondan fazla insanı öldürmektedir. Tütün ürünleri arasında en yaygın olarak kullanılan sigaradır ve bu nedenle tütün ve sigara sözcükleri çoğu kez birbirinin yerine kullanılmaktadır. Türkiye'de de en çok sigara olmak üzere, nargile, az miktarda puro ve pipo ile yerel olarak sarmalık tütün ve Maraş otu tüketilmektedir. Tütün kullanımı içerisinde sigara tüketimi %94.8 ile ilk sırada yer almaktadır.

Ülkemizde sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle her yıl 110 bin kişi hayatını kaybetmektedir. Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde erkekler arasında en yüksek sigara içme sıklığına sahip ülkeler arasındadır. Türkiye'de erişkinlerde sigara içme prevalansı, PİAR çalışmasına göre 1998'de erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3 olup, 2003 yılı ulusal hastalık yükü çalışmasına göre 18 yaş üstü erkeklerde sigara içme sıklığı %51 olarak bulunmuştur. Ülkemizde 2008 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (KYTAR) göre 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %32,si; erkeklerin %48'i, kadınların %15'i, 2012 KYTAR sonucuna göre 15 yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %27,3'si; erkeklerin %42'si kadınların %13'ü sigara kullanmaktadır. Türkiye'de erişkin yaş gurubunda sigara kullanım

oranı DSÖ 2015 raporlarına göre %22 olarak kaydedilmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu Türkiye Sağlık Araştırmasına göre 2019 yılında 15 yaş ve üzerindeki yetişkin bireylerin %28'i; erkeklerin %41,3'ü, kadınların %14,9'u tütün ürünü kullanmaktadır.

Her bir sigarada; vücut için zehirli, tahriş edici, kanser yapıcı ya da kanserin ortaya çıkmasını kolaylaştırıcı formaldehit, siyanür, amonyak, karbonmonoksit, naftalin, kadminyum, aseton gibi 4000'den fazla kimyasal madde bulunmaktadır. Bunlardan en az 81 tanesinin (arsenik, benzen, vinil klorür v.b) doğrudan kansere sebep olduğu tespit edilmiştir.

Sigara kullanımı erişkinlik döneminde; başta akciğer kanseri olmak üzere dudak, dil, gırtlak, yemek borusu, mide, böbrek, lösemi gibi pek çok kansere, kalp-damar hastalıklarına, KOAH ve astıma, erken yaşlanmaya ve erken ölüme yol açabilmektedir. Cildin erken yaşlanması, mide ülseri ve gastro-özofageal reflü, katarakt, tat ve koku alma duyularında zayıflama, kemik yoğunluğunda azalma, diş kaybı, yara ve ameliyat sonrası iyileşme zorluğu, şeker hastalığı, bel ve sırt ağrıları, bağışıklık sisteminde zayıflamaya neden olmaktadır. Ölüme yol açan davranış ve bağımlılıklar incelendiğinde; obezite, alkol kullanımı, enfeksiyonlar, toksik ajanlar, yangınlar, trafik kazaları ve esrar, eroin gibi yasadışı madde kullanımları arasında sigara ölüme yol açan durumlar arasında ilk sırada yer almaktadır. Ergenlik döneminde sigara tüketilmesi hem erkek hem de kadında infertiliteyi (kısırlığı) artırmaktadır. Gebelik esnasında ise düşükleri tetiklemekte, istenmeyen gebelik kayıplarına (ölü doğum), hipertansiyona ve gebelik toksemisine, folat, Bı, B6, B12 vitamin eksikliklerine, yarık damak ve dudak oluşumuna, akciğer gelişiminde problemlere yol açmaktadır. Gebelikte sigara içimi düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna neden olmaktadır. Sigara içindeki karbonmonoksit, nikotin, toluen, siyanid ve kadmiyum gibi bileşimlerin dramatik olarak fetal büyüme defektlerine yol açtığı gösterilmiştir. Bebeklik ve çocukluk döneminde ise annenin sigara içmesi ve pasif maruziyet çocuklarda bilişsel-davranış problemlere, hiperaktiviteye ve sebebi açıklanamayan mental redardasyonlara yol açmaktadır. Ani bebek ölümlerine, sık orta kulak ve üst solunum yolu enfeksiyonlarına, astım ve pnomöniye, yanıklar ve yanıklara bağlı ölümlere yol açmaktadır. Annenin emzirme döneminde sigara içimi süt miktarını ve içeriğini ciddi şekilde etkilemektedir. Annelerin doğum sonrası sigara içmeyi sürdürmeleri anne sütünün miktarını %30 azaltmakta, sütteki yağ miktarını, C vitaminini de azaltarak yeni doğanların daha az kilo almasına neden olmaktadır. Anne sütüne geçen nikotini alan bebekte intestinal kolik (gaz sancısı), bulantı, kusma, uyku problemi ve aşırı ağlama meydana gelmektedir.

Sigara bırakmak için öncelikle Sağlık Bakanlığına bağlı, polikliniklerinin birinden davranışsal terapi ve etkili bir medikal tedavinin alınması önemlidir. Ülkemizde Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı sigarayı bırakmak isteyenlere destek olmak amacıyla kurulmuştur. Danışma hattına gelen çağrılar, sigara bırakma konusunda eğitim almış operatör aracılığı ile 7/24 saat hizmet verecek şekilde karşılanmaktadır. Yapılan değerlendirme sonucunda bağımlılık düzeylerine göre kişilere ya sigara bırakma planı yapılmakta ya da kişiler sigara bırakma polikliniğine yönlendirilmektedir. Sigara bırakma tedavisinde bireysel davranış değişikliği ve psikoterapinin yanında temel olan FDA ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından onaylı medikal tedaviler yer almaktadır. Bu tedaviler kişiye özel olup, mutlaka hekim önerisi ve kontrolleri doğrultusunda kullanılmalıdır.

Sonuç olarak; toplum sağlığının korunmasında önemli yer alan hekimler, her görüşmede hastasının sigara içme durumunu sormalı ve sigara içenlere bırakması konusunda önerilerde bulunmalıdır. Sigara bırakma tedavisinin ilk basamağı hastayı sigarayı bırakması konusunda motive etmek, bilgilendirmek ve desteklemektir. Sonuçta hastalık yok hasta var prensibi göz önünde bulundurularak, hastanın daha önceki sigara bırakma deneyimleri, kullandığı ilaç ve yöntemler de göz önünde bulundurularak kişiye özel en etkili ve güvenli ilaç hastaya önerilmelidir. Sigara bırakma hastalarına davranış terapisi eşliğinde uygun medikal tedavi verilip, telefon ve klinik izlemlerle iki yıl takip yapılması başarıyı artırmaktadır.

BAĞIMLILIKLA MÜCADELE

Madde Kullanım Bozuklukları

Dr. Öğr. Üyesi İrep KARATAŞ ERAY
Ankara Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

Madde kullanım bozuklukları (MKB), sadece bireyin sağlığını değil; bireyin üyesi olduğu aileyi ve içinde bulunduğu toplumu hukuki, sosyal ve ekonomik açıdan etkileyen bir halk sağlığı problemidir

Bireyin özgür iradesi ile başlayan süreç, zaman içinde bireyin özerkliğinin ortadan kalkması ve bireye yabancı olan yeni tutum ve davranışların ortaya çıkmasıyla sonuçlanmaktadır.

Bağımlılık yapıcı maddeler birbirine geçişkendir. Tütün ürünü ve alkol kullanımının önlenmesi, diğer maddelerin kullanımının önlenmesine yönelik en önemli birincil önleme faaliyetidir. Koruyucu hekimlik kapsamında aile hekiminin öneri ve mesajları, bağımlılık sorununun yaygınlaşmasını önleyici etkenlerden biridir. Madde kullanımının Aile Hekimleri tarafından erken tespit edilmesi ve riskli durumların tanınması da bağımlılık gelişmeden müdahale edilmesi açısından önemlidir.

Bir çok psikiyatrik hastalık gibi MKB'nin de temelinde biyopsikososyal nedenler yatmaktadır. Bireysel özellikler; aile ve çevreden kaynaklanan faktörler, genetik yatkınlık büyük önem taşımaktadır.

Çocuk ve gençlerin madde kullanımlarının önünü açan "risk faktörleri" ve madde kullanımından koruyan "koruyucu faktörler" arasındaki denge adolesan döneminde madde kullanımını belirlemektedir. Aile Hekiminin bu risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri bilmesi, madde kullanım sürecini anlaması ve erken müdahale açısından önemlidir.

DSM-V ile birlikte "madde kötüye kullanımı" ve "madde bağımlılığı" tanı kriterleri birleştirilerek 11 tanı ölçütü olan "Madde Kullanım Bozukluğu" tanısı kabul edilmiştir.

«Madde bağımlılığı, bir maddenin belirgin bir etkiyi elde etmek için alınması sürecinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen madde alımına devam edilmesi, bırakma isteğine rağmen bırakılamaması, aynı etkiyi elde edebilmek için giderek madde miktarının arttırılması ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması durumudur.»

DSM-V'de (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) madde kullanım bozukluğu (MKB)'na yol açtığı kabul edilen on farklı madde/madde kümesi tanımlanmıştır:

1.Alkol,
2. Kafein,
3.Esrar,
4. Halüsinojenler,
5. İnhalanlar,
6. Opiatlar,
7. Sedatifler-hipnotik ve anksiyolitikler,
8. Uyarıcılar (amfetamin benzeri maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar),
9. Tütün
10. Diğer ya da bilinmeyen maddeler.

MKB'nun patofizyolojisinde görev alan nörotransmitterler arasında opioidler, katekolaminler (özellikle dopamin) ve gama amino bütirik asit (GABA) bulunmaktadır.

Bir yıl içinde kişi aşağıdakilerden en az ikisi kendini göstermeli, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açmalıdır:

1. İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
5. Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe (işte, okulda, evde)
6. Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)
7. Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme
9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme

10. Maddeye tolerans gelişmiş olması
    İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi
    Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu
11. Yoksunluk belirtileri (Bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas sızıları, ateş vb.). Her madde yoksunluk belirtisi göstermez.

Madde kullananların ¾'ünün başlangıç yaşının yirmi yaş altı olduğu gösterilmiştir. Öncelikle alkol/sigara gibi yasal maddeler daha sonra ise yasadışı maddeler denenmektedir. MKB tanısı bağımlılığa kadar giden bir süreci ifade eder. İlk 2 evre birinci basamakta müdahale başarısının daha yüksek olduğu temas ve aralıklı kullanım evresi iken işlevselliğin bozulduğu düzenli kullanım ve bağımlılık evrelerinde ikinci ve üçüncü basamakta; AMATEM (Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Eğitim Merkezi) ve ÇEAMATEM (Çocuk ve Ergen)'lerde, tedavi ve rehabilitasyon gerekmektedir.

Bu, aile hekimleri açısından önemlidir. Bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyulmadan önce madde kullanımının taranmalı ve riskli kullanım sırasında erken müdahale yapılmalıdır. Kullanılan farklı tarama testleri mevcuttur; Alkol için SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment), CAGE (Cut down, Annoy, Guilt, Eye opener; Türkçesi KESİ olarak kullanılıyor); tüm maddeler için CAGE-AID, CRAFFT, ASSIST, vb…

CAGE-AID (KESİ) Alkol ve madde tarama testi

Kesmek: Alkol ya da maddeyi kesmeniz ya da azaltmanız gerektiğini düşündünüz mü?

Eleştiri: Çevrenizdeki insanlar alkol ya da madde kullanımından dolayı sizi eleştirdiler mi?

Suçluluk: Alkol ya da madde kullanmaktan dolayı kendinizi kötü ya da suçlu hissettiniz mi?

İlk iş: Sabah uyandığınızda kendinize gelmek ya da akşamdan kalma belirtilerini yok etmek için hiç Iilk iş olarak alkol ya da madde aldınız mı?

CRAFFT

Car Hiç alkol ya da madde etkisi altında iken ya da alkol ya da madde aldığınızda araba kulandınız mı ? Böyle araba kullanan birisinin aracına bindiniz mi?

Relax Hiç rahatlamak, daha iyi hissetmek veya formda olmak için alkol ya da madde kullandınız mı?

Alone Hiç yalnız kaldığınızda alkol ya da madde kullandınız mı?

Forget Hiç alkol ya da madde kullandığınız sırada yaptıklarınızı unuttuğunuz oldu mu?

Friends Hiç arkadaş ya da aile üyelerinizden biri alkol ya da maddeyi azaltmanız gerektiğini söyledi mi?

Trouble Hiç alkol ya da madde kullanımı yüzünden başınız derde girdi mi?

KISA MÜDAHALE

Araştırmalar, kısa müdahale tekniklerinin alkol-madde kullanımının bırakılmasında etkin olduğunu, bireyin kullandığı alkol ve madde miktarını önemli ölçüde azalttığını ve bağımlılık gelişiminin önlendiğini göstermiştir. Bir çok çalışmada uzun süreli tedavi ve terapilerin etkinliği ile kısa müdahalelerin etkinliğinin benzer olduğu da bildirilmiştir

MKB kriterlerini karşılamayan fakat riskli kullanım için pozitif tarama sonucu olan hastalara kısa müdahale uygulanır. Kısa müdahale ile kişinin farkındalığını ve değişime olan inancını artırmak, değişim için kendi sorumluluğunu almak ve kendi kaynaklarını kullanmak konusunda motivasyonunu artırmak için yapılan görüşmelerdir. 5-15 dakikadan bir saate kadar değişebilen sürelerde ve 1-5 seanstan oluşur. Etkli kısa girişim FRAMES ve 5A modeli uygulanabilir. Motivasyonel görüşme teknikleri değişim konusunda kararsız olan hastalar için en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir.

Akademisyenler ve alanında uzmanlardan oluşan eğitimciler tarafından, 81 ilde bulunan Akran Eğitimi almış kişilere "genel değerlendirme, risk taraması, kısa müdahale ve izleme/sevk" adımlarının anlatıldığı eğitim verilmiştir. Bu eğitimciler tarafından 19.187 aile hekimine bağımlılık eğitimi verilerek sorumlu olduğu nüfusta uyuşturucu kullanan birey ya da ailesine erken tanı ve danışmanlık hizmeti sunması ve yüksek bağımlı olmayan hastaların ayakta tedavilerinin desteklenmesi sağlanmaktadır.

SÜREÇTE DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

- Tüm bu süreçte kişinin ayık olması gerekmektedir
- Entoksikasyon ve yoksunluk belirtilerinin varlığı değerlendirilmelidir, acil endikasyonudur.
- Eşlik edebilecek psikiyatrik diğer tanıların sıklığı akılda bulundurularak hasta değerlendirilmeli, ona göre aynı anda uygun tedavi başlanmalıdır.
- AMATEM ve ÇEAMATEM'ler hakkında bilgi sahibi olunmalıdır.
- Görüşme sırasında tehlikeli alkol kullanım düzeyini belirleyebilmek için yeterli bilgiye sahip olmalıdır (BAPIRT; Günlük standart içki miktarını hesaplayabilmeli)
- AA (Adsız Alkolikler) ve NA (Narkotik Anonimler) gibi gruplardan haberdar olunarak hastalara önerilmelidir.

2018 yılında da aile hekimlerinin faydalanmaları için tanı, danışmanlık, tedavi ve yönlendirme süreçlerine yönelik bilgilerin yer aldığı "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Kısa Müdahale Rehberi" hazırlanarak kullanıma sunulmuştur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Genel Müdürlüğü).

Bu sunumu hazırlarken gönülden destek olan kıymetli meslektaşım Doç. Dr. Tijen Acar'a teşekkür ederim.

Kaynaklar:

1. Şengezer T., Aile Hekimliğinde Madde Bağımlılığına Yaklaşım. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2012;3(2):46-50

2. Kısa Müdahale Tehlikeli ve zararlı madde kullanımı için ASSIST bağlantılı kısa müdahale Birinci basamak tedavi için el kitabı, DSÖ
https://www.sbu.edu.tr/FileFolder/Dosyalar/ykBkZcpZ/2019_7/2-kisa-mudahale-34facdf9.pdf

Alkol Ve Madde Kullanim Bozukluklari Tedavi Ve İzlem Klinik Protokolü, SB Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/42286/0/alkolmaddekullbozuklklaritedaviizlemkp05012022pdf.pdf?_tag1=0BCAA049767C1154EB02DAF253584C2892076C2A

BAĞIMLILIKLA MÜCADELE

Teknoloji Bağımlılığı

Prof. Dr. Engin Burak SELÇUK
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Teknoloji Bağımlılığı: Teknoloji ve internetin bilinçli olmayan, kontrolsüz bir şekilde kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan davranışsal bağımlılıklar;

- Oyun oynama bozukluğu,
- Kumar oynama bozukluğu,
- Sosyal medyanın ve akıllı telefonun aşırı kullanımı gibi bağımlılık yapıcı alt davranışlarla kendini gösteren bağımlılık türü teknoloji bağımlılığı olarak tanımlanır.

- DSM-5 İnternet Oyun Oynama Bozukluğu: Goldberg (1996) DSM-IV'te madde kullanım bozukluğu için yer alan tanı ölçütlerine dayandırdığı, tolerans, geri çekilme ve önemli sosyal ve mesleki etkinliklerden vazgeçme ya da bu etkinliklerin azalmasına odaklanan İnternet Bağımlılığı Bozukluğu için tanı ölçütleri önermiştir.

- DSM-5'te ise bu bozukluğa genel internet bağımlılığı olarak değil de "internet oyun oynama bozukluğu" olarak yer verilmiş ve bu bozukluk ileri araştırmalar yapılabilmesi için DSM-5'in üçüncü bölümüne eklenmiştir.

- Zihnin internet oyunlarıyla meşgul olması ya da obsesyonların olması (zihinsel meşguliyet);

- İnternet oyunları oynanmadığında yoksunluk (geri çekilme) belirtilerinin ortaya çıkması;

- İnternet oyunları oynama süresinin sürekli artması (tolerans);

- İnternet oyunlarını oynamayı bırakma girişimlerinde başarısız olunması (süreklilik);

- Keyif alınan uğraşılar gibi diğer yaşam etkinliklerine olan ilginin azalması (yerine geçme),
- Tüm olumsuzluklarına rağmen internet oyunlarını oynamayı sürdürmek (sorunlar),
- İnternet oyun süresi ve sıklığı konusunda diğerlerine yalan söyleme (yanıltma),
- Kaygı ya da suçluluk duygularını hafifletmek ya da bunlardan kaçınmanın bir yolu olarak internet oyunlarına yönelmek (kaçınma),
- İnternet oyunlarını oynuyor olmaya bağlı olarak bireyin fırsatları kaçırması, ilişkilerini kaybetmesi ya da tehlikeye sokması (çatışma) olmak üzere, dokuz tanı ölçütü önerilmektedir. Bu tanı ölçütlerinden tolerans ve geri çekilme alt boyutlarının en önemli boyutlar olduğu; bu dokuz tanı ölçütünden beşinin son bir yıl içerisinde görülüyor olması durumunda ise internet oyun oynama bozukluğu tanısının konulabileceği ifade edilmektedir.

Teknoloji Bağımlısı bir kişi;

- Ruhsal ve bedensel sıkıntılara rağmen teknolojiyi kullanmaya devam eder.
- Bağımlı olduğu şeyle gittikçe daha çok vakit geçirmek ister.
- Teknolojiyi istediği gibi kullanamazsa aksi, sinirli ve öfkeli olur.
- Bağımlı olduğu şeyi kullanmazken bile onu düşünür.
- Sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanır.
- Bilgisayarda, tablette ve telefonda oyun oynarken ya da internette vakit geçirirken zamanın nasıl geçtiğini anlamaz.

Risk Grupları:

- Aileleri teknolojiyi olumsuz ve bilinçsiz kullanan bireyler,
- Sosyal ilişkilerinde kendini ifade etmekte güçlük yaşayanlar,
- Aile içi çatışmalar yaşayan, sağlıklı iletişimi olmayan aile üyeleri,
- Hayatlarında kaliteli vakit geçirebileceği aktiviteler bulunmayanlar,
- Spordan uzak duran ve hareketsiz yaşamı tercih edenler,
- Olumsuz ve bağımlı arkadaş çevresi bulunanlar,
- Ders başarısı sürekli düşük olan ya da okul dışı faaliyetlere karşı isteksiz olanlar,
- Arkadaş edinme, iletişim kurma ve iletişimi devam ettirme becerileri az olanlar.

Çözüm Önerileri:

- Çocuklarınızı arkadaşları ile doğal yollardan görüşmeleri için yönlendirin, akran grupları içerisinde sosyalleşmesini sağlayın.
- Çocuklarınızı yetenek ve ilgi alanlarına uygun spor dallarına yönlendirin.
- Çocuğunuzun arkadaşlık ilişkilerini destekleyin, onları bir araya getirecek aktivite planlayın.
- Çocuğunuzun bilgisayar kullanımını kontrol edin ve sanal ortamdaki arkadaşlarını tanıyın. Bilgisayarlarınızda güvenli internet uygulamalarının olmasına özen gösterin.
- Çocuğunuzla birlikte vakit geçirin. Keyif alabileceğiniz aktiviteler planlayın.
- Akıllı telefon/tablet vb. gibi teknolojik aletleri çocukları teselli etmek, boş zamanlarını değerlendirmek ve susturmak için kullanmayın. Haftalık çizelgeler oluşturarak buna göre teknolojik alet kullanım planı oluşturun.
- Sadece ekran süresine odaklanmayın, çocukların kontrolsüz ve uzun süre internet kullanmasını denetleyin. İnternet filtrelerinden destek alınabilir.
- Yemek ve çay saatlerinde bilgisayar başındaki çocuğa servis yapmayın, size katılması için teşvik edin. Sorumluluklarını onun yerine yüklenmeyin.
- Televizyon veya internet benzeri teknolojik alet merkezli ev düzeni kurmayın. Teknolojik aletler ortak kullanım alanında olabilir.
- Akıllı telefon/tablet vb. yoğun kullanımı olmaması için ona görevler verin ve aldığı görevleri yerine getirmesi için çocuğunuzu destekleyin.
- Çocuğunuza internet kullanımının olumsuz süreçleri hakkında çok fazla mesaj vermeye çalışmayın. Çocuk çok fazla verilen mesajları unutur veya karıştırır. Sık sık aynı cümleleri kurmak sürecin önemini azaltacaktır. Az, doğru ve sizin için en önemli mesajı vermeye çalışın.
- Çocuğunuza ahlak dersi vermeyin, eleştirme/suçlama yapmayın. Onun yaşadığı duyguları inkâr etmeyin, anlamaya çalışın.
- Yaralayıcı mesajlar kullanmaktan kaçının. Yaralayıcı mesajlar kullanıldığında iletişim bozulur ve iletişimin bozulması ile çocuk kendisini savunmaya başlar. Bu savunmalar sonucu çocuk içine kapanır veya sık sık yalan söyler.

Kaynaklar:

1. American Psychological Association (2019). Digital guidelines: Promoting healthy technology use for children. [Link: https://www.apa.org/topics/social-media-internet/technology-use-children]
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (2018). Children & young people's mental health in the digital age: Shaping the future. [Link: https://www.oecd.org/els/health-systems/Children-and-Young-People-Mental-Health-in-the-Digital-Age.pdf]
3. World Health Organization (WHO) (2018). Addictive behaviors: Gaming disorder. [Link: https://www.who.int/news-room/q-a-detail/gaming-disorder]
4. World Health Organization (WHO) (2021). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Link: https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1586542716]
5. World Health Organization (WHO) (2018). Addictive behaviors. [Link: https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviours#tab=tab_2]
6. World Health Organisation (WHO). (2011). Safety and security on the Internet challenges and advances in member states. [Link: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44782/9789241564397_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=]
7. United Nations Children's Fund (2017). The state of the world's children: Children in a digital World. [Link: https://www.who.int/news/item/24-04-2019-to-grow-up-healthy-children-need-to-sit-less-and-play-more]

DAVETLİ KONUŞMACILAR

BİRİNCİ BASAMAKTA SIK RASTLANAN DURUMLAR

BİRİNCİ BASAMAKTA SIK RASTLANAN DURUMLAR

Evde Bakım-Evde Sağlık

Doç. Dr. Didem KAFADAR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Evde bakım/sağlık hizmetleri, evde bakıma ihtiyacı olan kişiye, ailelerine ve hastaya bakım verenlere yönelik hizmetlerdir. Yaşlı, engelli, kronik hastalığı olan bireylere yaşadıkları ortamlarda tıbbi ve sosyal destek hizmetleri sağlamak aynı zamanda hastaya bakım veren kişilere hasta bakımı ile ilgili ve psikososyal açıdan destek olmak amaçlanmaktadır.

Türkiye'de de yaşlı nüfus artmakta ve kronik hastalıklarla yaşayan kişiler de artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından Türkiye'de yaşlı nüfusun (65 yaş ve üzeri), 2016-2021 arası beş yılda %24 artarak toplam nüfus içindeki oranının %9,7'ye yükseldiği bildirilmiştir. 2025 yılında yaşlı nüfusun %11 olacağı öngörülmektedir. Evde sağlık hizmetleri; hasta bakımın devamlılığının sağlanması için özellikle kronik hastalığı olan kişilerin hastalık takiplerinin yapılması ve bakım desteği verilmesi aşamasında çok önemli bir rol oynamaktadır.

Evde ortamında sunulan sağlık hizmetleri yönetmeliklerle tanımlanmıştır. 2005'de "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" yürürlüğe girmiş ve evde bakım hizmeti; "Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını sağlar" şeklinde tanımlanmıştır.

2015 tarihli "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik", evde sağlık hizmetine gereksinimi olan bireylerin muayenesi, tetkik ve tedavisi, tıbbi bakımı ve rehabilitasyonunun evinde ve aile ortamında yapılması, hem bu kişilere hem de aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek verilmesi amaçlanarak evde sağlık hizmetinin oluşturulması, hizmet esaslarının tanımlanması ve yurt genelinde uygulanmasını sağlamak üzere hazırlanmıştır.

Evde Sağlık Hizmeti (ESH) sunumunda, hasta ziyaretlerinde hastanın tıbbi öyküsü, mevcut hastalıkları, kullandığı ilaçları, tedavisine uyumu, alışkanlıkları, yakınması hastaya ya da bakım veren kişilere sorularak hasta dosyasına kaydedilir. Hastanın fizik muayenesi, nörolojik muayenesi, beş duyu muayenesi yapılır ve kaydedilir. Hastanın banyo yapması, giyinmesi, tuvalete gitmesi, yataktan ve sandalyeden kalkabilmesi, idrar ve dışkı kontrolü ve yemek yemesi ile ilgili günlük yaşam aktiviteleri ve telefon kullanabilme, ilaçlarını kendisinin kullanabilmesi gibi enstrümental yaşam aktiviteleri değerlendirilerek olası fonksiyonel yetersizlikleri saptanır. Özellikle kronik hastalıkları bulunan yaşlı hastaların yaşadıkları yerin, muhtemel düşmelerden korunacak şekilde düzenlenmesi için gerekli öneriler de hasta yakınlarına yapılmalıdır. Evde sağlık hizmeti alan hastalarda ağız ve diş sağlığı da önemlidir. Gerektiğinde Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM)'ye başvurarak ADSM ekiplerinden destek alınmalıdır.

Hastaların kognitif fonksiyonları, nutrisyonel durumları, olası demans, depresyon ve psikososyal riskler açısından da değerlendirilmeleri gereklidir. Hastalarda kognitif, nörolojik, enfeksiyon, bası yarası gibi sorunlar olabilir. Risk altındaki hastalar da ilgili multidisipliner ekip tarafından değerlendirilerek gerekli tedavi ve bakım yaklaşımları gerçekleştirilir. Ayrıca sosyal sorunlar ve bakım verenlerin hastalık farkındalığı ve bakım ile ilgili sorunları olabilir. Bu nedenlerle, evde sağlık ekibi multidisipliner çalışmalıdır. Ekipte hekim, hemşire, yardımcı sağlık personellerinin yanısıra gerek görüldüğünde hastanın tıbbi durumu ve gereksinimleri doğrultusunda diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet görevlisi ve konsültasyon hizmetlerinin sağlanması için ilgili branş uzman hekimleri evde sağlık ekibine destek verirler.

Hastayı hastalığı ile ilgili primer takip eden uzman hekimlerden hasta ile ilgili tıbbi özgeçmiş ve güncel tıbbi durum ile ilgili bilgileri, takibin nasıl planlanacağı ve ne sıklıkla tetkik ve değerlendirmeye gerek duyulacağı konusunda bilgi almak için ilgili hekimlerle iletişim kurulmalıdır. Ayrıca gerektiğinde hastanın hastaneye nakli ve hastaneden nakli de evde sağlık ekiplerince planlanabilir.

Bir diğer önemli konu, hastaya bakım veren kişilerin ve hasta yakınlarının; hastanın hastalığı, tedavisi, kullandığı ilaçlar, takibinde neler yapılacağı ile ilgili farkındalığının olmasıdır. Hastanın tedaviye uyumu, olası risklerden korunması (düşme, bası yarası vb), hasta cihaz kullanıyorsa cihaz kullanımı ve bakımı gibi konularda hastaya bakım veren kişilerin yeterli bilgisi olmalı ve deneyim kazanmalıdır. Eğer bu konularda eksiklik varsa evde sağlık ekipleri hastayı ve hasta yakınını bilgilendirmelidir. Bu nedenle, evde sağlık ihtiyacı olacak hasta

hastaneden taburcu olurken hastaya bakım verenlere tıbbi durumu ve takibi ile ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılmalı, hastane sağlık personeli tarafından bakım verecek kişilerin farkındalığı ve bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

Hastaya bakım veren kişilerin hastayla ilgili hastanın tanısına ve klinik durumuna göre değişmekle beraber acil yakınmalarının yönetimi ve acil servise hangi durumlarda başvurması gerektiği ve akut semptomlar konusunda da bilgisi yeterli olmalıdır.

Evde sağlık hastasının en sık karşılaştığı durumlardan birisi bası yarasıdır. Bası yarasının evreleri vardır. Erken evrede belirtilerin fark edilmesi, hastayı ülser de olabilen ciddi yaralardan koruyacaktır. Bu konuda bakım verenlerin bilgi sahibi olması ve gerekli bakımı zamanında sağlaması önemlidir.

Kaynaklar:

https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20559&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636#

Evde Bakım, Bahar Z ve Beşer A (ed), Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 1. Baskı, 2017.

BİRİNCİ BASAMAKTA SIK RASTLANAN DURUMLAR

Birinci Basamakta Yara Bakımı

Dr. Öğr. Üyesi Hasan ELKAN
Harran Üniversitesi

Yara: Doku bütünlüğünün cerrahi veya travmatik olarak bozulmasındır. Yara herhangi bir ajanın fiziksel bir hasar yaratması ile vücutta normal bütünlüğün bozulmasıdır. Yara deyiminin karşılığı olarak erozyon, ülser ve fissür deyimleri de kullanılır. Erozyon, dermise geçmeyen fokal epidermis kayıplarını belirleyen bir deyimdir, iz bırakmaz, kronik değildir. Fissür, çatlak şeklindeki dikey yaraları belirleyen doku kayıplarıdır. Epidermis ve/veya dermisi tutabilir. Ülser ise dermis ve epidermisde doku kayıpları ile seyreden fokal yaralardır. Ülserler kronikleşerek klinisyenler açısından zaman zaman tedavisi zor durumlar yaratabilirler. Yaraların iyileşmesi için kesin süreler verilemez ancak makul sürede iyileşemeyen yaralar, yavaş veya az ilerleme gösteren yaralar için kronik deyimi kullanılır, ilerleme hastanın genel durumundan tedaviye, nedene kadar değişen birçok faktöre bağlıdır. Postoperatif yara bakımında, temel esaslar dışında standart bir tedavi şekli yoktur. Her yaranın kendi özelliklerine göre hareket etmek gerekir. Postoperatif dönemde yara bakımına başlarken göz önünde bulundurulması gerekli noktalar; yaranın lokalizasyonu, yaranın türü, peroperatif kontaminasyon derecesi, hastanın hemodinamik stabilitesidir. Yara iyileşmesi, komplikasyonları ve skar gelişimi multifaktöryel, oldukça karışık patofizyolojik komponentleri içerir.

Yara iyileşmesi: Yaralanmış dokuyu tekrar normal durumuna getirmeye çalışan normal bir doku cevabıdır.

Yara iyileşmesi evreleri: Yara iyileşmesi, sadece yara bölgesiyle sınırlı değil, tüm sistemleri barındıran hücresel, fizyolojik ve biyokimyasal olaylar bütünüdür. Bütün yaralar aynı temel prensiplerle iyileşirler. Yara iyileşmesi temel olarak 3 safhada gerçekleşir: 1. İnflamasyon 2.

Proliferasyon 3. Maturasyon Yara iyileşmesinin fazları İnflamasyon fazı, Proliferasyon fazı (İyileşme fazı veya fibroplazi fazı) Diferansilasyon fazı olmak üzere 3 evredir.

Yara türleri: Yaralar kontaminasyon durumlarına göre. Temiz yaralar; Cerrahi diseksiyon sırasında yapılan birçok yara steril şartlarda yapılır ve nadiren enfeksiyon gelişir. Temiz yaralarda antibiyotik profilaksisine gerek yoktur. Tiroidektomi, mastektomi, biyopsi, splenektomi, adrenalektomi, sempatektomi, lümen açılmasını gerektirmeyen fıtık ameliyatları bu gruba girerler. Temiz kontamine yaralar; Bu yaralarda kontaminasyon deriye ek olarak sindirim, solunum ve ürogenital sistemlerin açılması ile olur. Yani bir cerrahi diseksiyon sırasında eğer mukoza ile kaplı kaviteye giriliyorsa, başlangıçta temiz olan yara buradaki bakterilerle kontamine olur. Histerektomi, kolesistektomi, komplikasyonsuz ülser için yapılan mide rezeksiyonu bu gruba girerler. Bu tip yaralarda antibiyotik profilaksisi gerekir. Bunun için uygun geniş spektrumlu antibiyotik, ameliyat öncesi dönemde hemen anestezi indüksiyonundan önce verilmelidir. Operasyon süresi uzarsa antibiyotiğin yarılanma süresine göre gerekirse doz tekrarlanır. Kontamine yaralar; Bu yaralar zaten ameliyat sırasında mikro organizmalarla kontamine olmuştur. Açık yaralanmalar, gastrointestinal sistem, genitoüriner sistem ve biliyer sisteme ameliyat öncesi olan direkt açılmalar bu tip yaralanmalara örnektir. Bu tip kontamine yaralar daha sonra enfekte olabilir. Kolondan fekaloid materyalin, safra kesesi veya koledoktan enfekte safranın veya kanser nedeniyle rezeksiyon yapılan mideden akan muhteviyatın karın boşluğunu kontamine etmesi ile bu tip yaralar ortaya çıkar. Akut apandisit, akut kolesistit, koledok taşı ve mide kanseri ameliyatları, ince ve kalın barsak rezeksiyonları bu gurubun tipik girişimleridir

Yara iyileşmesini etkileyen faktörler: lokal faktörler, sistemik faktörlerdir.

Lokal faktörler: Enfeksiyonlar, iskemi, yabancı cisimler, doku gerginliğinin fazla olması, tekrarlayıcı elbise değiştirmesi, bazı temizlik ajanları, vücut yüzeyine yapışıklıklar, cerrahi teknikteki yetersizlikler ve yanlış sütür materyalidir.

Sistemik faktörler: malnutrisyon, dehidratasyon, protein düzeyi, kan glikoz düzeyi, yaş, kollajeno vasküler hastalıklar, üremi, karaciğer hastalıkları, hemopoetik hastalıklar, radyasyon, sigara içmek, steroid kullanımı, obesite, anemi gibi faktörlerdir.

Yara bakımı: Postoperatif yara bakımı yaranın tipine, lokalizasyonuna, hastanın hemodinamik durumuna ve yarada gelişecek komplikasyoların varlığına göre farklılıklar gösterecektir. Enfeksiyon beklentisi olmayan temiz yaralarda ilk 48 saatlik dönemden sonra pansuman

yapmaya gerek yoktur. Temiz alan açık bırakılır. Elbise ile teması olan bölgelerde, terlemeye müsait bölgelerde, ano-genital bölgeye yakın temiz yaralarda ilk 48 saat sonrasında yarayı pansuman malzemesi ile kapatmaya gerek yoktur. Ancak günlük olarak gözlenir. Hava ile temasta yara daha kuru kaldığından enfeksiyon olasılığı azalır ve havanın etkisiyle kabuk oluşumu daha çabuk ve güçlü olur. Temiz steril yaranın dışına sızan sarımtırak renkli, seröz sıvı cilt altı lenfatiğidir. Bunun temizlenmesine gerek yoktur. Şüpheli durumlarda kültür alınmalıdır. Kontamine ve kirli yara bakım ilkeleri farklılık göstermektedir. Pansumanlarda amaç, yarayı fiziksel ve kimyasal araç ve metodları kullanarak enfekte olmadan iyileşmesini sağlamaktadır. Enfekte olsa da yarayı temizlerken veya temizledikten sonra yeniden enfekte etmemek en az bu amaç kadar önemli olmalıdır. Yara takibinde nekroze ve canlı doku ayırımı önemlidir. Yara bakımında dikkat edilmesi gereken prensipler şunlardır: Yara bakımında çok dikkatli olunmalı, etraf cilt antiseptiklerle ve steril serum fizyolojikle temizlenmelidir. Bakımı yapan sağlık ekibi steril eldiven ve maske kullanmalıdır. Yara çevresindeki kıllar tıraş edilmelidir. Özellikle sekonder ya da tersiyer yaralarda ve abse drenajı gerekli olgularda sedasyon ve lokal anestezi gerekli olabilir. Büyük, travmatik ve kirli yaralarda geniş debritmanlar gerekebilir. Yabancı cisimler temizlenmeli, yara bakımı günlük, gerekli olgularda 6 saatte bir kez yapılmalı, her yara bakımında nekrotik alanlar temizlenmelidir. Debritman gereken her yara bakımı, mutlaka ameliyathanede steril koşullarda ve sedatif anestezi altında olmalıdır. Yara çevresi geniş bir şekilde antiseptiklerle (tercihen Povidoneiodine) temizlenmeli, anaerob enfeksiyon varlığında %3'lük hidrojen peroksit kullanılmalıdır. Yarada gelişecek kanamalara dikkatli hemostaz yapılmalıdır. Çünkü enfeksiyon varlığı, ortamın hemostaz kapasitesini azaltacaktır. Drenajı gerekli yaralarda, ideal dren türü emme kapasiteli, dış ortamla bağlantısız, içerideki sıvıyı vakumla boşaltma prensibinde olan suction drenlerdir. Uzun süre kalması beklenen drenlerde, enfekte olma olasılığı düşük, reaksiyonu düşük silikon drenler kullanılmalıdır. Yara drenajında penröz ve kauçuk drenlerden kaçınılması gereklidir. Yara bakımından sonra yaraya mutlaka steril pansuman malzemesi konmalıdır. Bu pansuman malzemesi steril gaz ve steril pamuktan oluşur. Kullanılan materyal emici karakterde olmalıdır. Asla tek başına pamuk kullanılmamalıdır. Son yıllarda steril yara örtülerinin kullanımı giderek artmaktadır.

Yara iyileşmesi komplikasyonları: Hematom, seroma, yara enfeksiyonu, yara ayrılması ve evisserasyon, keloidler ve hipertrofik skarlardır.

Hematom: Yarada kan ve pıhtının toplanması sonucu oluşur. Hematomun en sık nedeni yetersiz hemostazdır. Erken masif kanamalarda mutlaka cerrahi girişim ile hemostaz

sağlanmalıdır. Geç kanamalarda en sık nedenler, hemostaz bozuklukları ve hipertansiyon suçlanır. Geç kanamalar genelde kendini hematom olarak gösterirler. En sık koagülasyon bozukluğu olan, trombositopenik, antikoagülan ilaç kullananlarda görülür. Genelde 4-5. günlerde görülür. Daha çok yaranın alt kısmından akıntı olur. Yara enfeksiyonlarına, ateş ve yara ayrışmalarına neden olacağı için mutlaka drene edilmelidir

Seroma: Yarada seroanjioz sıvı birikmesidir.

Sıklıkla mastektomi gibi deri flebi kaldırılan veya lenf disseksiyonu yapılan aksiller ve inguinal girişimler sonrası oluşur. Seroma oluşumunu önlemek için kapalı emici drenler yerleştirilir. Seroma cerrahi müdahaleden sonra insizyonun altında şişlik ve rahatsızlığa neden olur. Enfeksiyon veya hematom eklenirse kesi yerinde kızarıklık ve ısı artışı semptomlara eşlik eder. Yara iyileşmesini geciktirdiği ve bakteri çoğalmasına uygun bir ortam oluşturduğu için boşaltılmaları gerekir, Kronik seromalar periyodik aspirasyonlarla veya kapalı emici drenlerle tedavi edilmelidir.

Yara yeri enfeksiyonu: Tüm enfeksiyonların %38'i yara enfeksiyonlarıdır. Yara enfeksiyonunu etkileyen çevre, hasta ve cerrahi teknikle ilgili çok sayıda faktör vardır.

Tedavi: Yaranın açılarak drenajın yapılması şarttır. Ayrıca kültür ve antibiyogram için örnek alınır; antibiyogram cevabına göre uygun antibiyotik başlanır. Enfekte ölü dokular çıkarılmalıdır. Ölü hücreler sıvıda biriktiğinden sıvı boşaltılmalı ve temizlenmelidir. Eksüda oluşumu azaltılmalıdır.

Yara ayrılması ve evisserasyon: Ameliyat yarasının kısmen veya tamamen ayrılmasına yara ayrılması; karın duvarının tüm tabakalarının ayrılması sonucu karın içi organların dışarı çıkmasına evisserasyon denir.

Yara ayrılması ve evisserasyon için risk faktörleri: yetersiz cerrahi kapatma tekniği,artmış intraabdominal basınç, ileri yaş, eşlik eden hastalıklar, malnütrisyon, ilaç etkileşimi,yara problemleri (enfeksiyon ve hematom),şiddetli öksürme veya öğürme gibi nedenler evisserasyon riskini arttırır.

Yara ayrılması ve evisserasyonun tedavisi: Yarası açılmış veya evisserasyon gelişmiş hastanın dışarı çıkan barsakları ıslak steril bir kompres ile kapatılır ve tekrar kapama için operasyona alınır daha sonra Dışarı çıkan organlar yıkanıp temizlendikten sonra yara kalın

monoflaman dikiş materyali ile kapatılır. Yaranın peroperatif deri florasıyla enfekte olması riskine karşı geniş spekturumlu antibiyotikler kullanılmalıdır.

Keloidler ve hipertrofik skarlar: Keloidler, predispoze kişilerde derinin travmaya karşı aşırı doku reaksiyonu şeklinde gelişen yara bölgesi dışına doğru uzanan benign fibröz büyümelerdir. Hipertrofik skarlar ise yaranın oluştuğu bölgeye lokalizedir, yara yerinin dışına taşarsa keloid olarak tanımlanır.

Etiyolojide; Travma, yara gerginliği ve hormonal etkiler kritik faktörlerdir. Keloidler ve hipertrofik skarlar sıklıkla pubertede oluşurlar ve özellikle hipertrofik skarlar menapozdan sonra geriler. Akromegalilerde ve gebelerde risk artmıştır.

Özet olarak yara bakımında genel prensipler şunlardır: Kanama kontrolü iyi yapılmalıdır, ağrı kontrolü için uygun analjezi sağlanmalıdır, tetanoz profilaksisi rutin uygulanmalı aşı geçmişi sorgulanmalı şüphe durumunda tekrar edilmelidir. Yara temizliğine dikkat edilmelidir, yaranın detaylı muayenesi yapılmalı ve uygun tedavi planlanmalıdır. Kapatma yöntemi yara tipine uygun seçilmelidir, antibiyotik profilaksisi geniş spektrumlu antibiyotik ile sağlanmalıdır.

BİRİNCİ BASAMAKTA SIK RASTLANAN DURUMLAR

Sık Rastlanan Psikiyatrik Hastalıklar

Dr. Öğr. Üyesi Ülker ATILAN FEDAİ
Harran Üniversitesi

Giriş

Dünyada yaklaşık 450 milyon kişinin ruhsal ve davranışsal bozukluğu olduğu düşünülmektedir. Yaşamları boyunca her dört kişiden birinin bir veya birden fazla ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşadığı bilinmektedir (1). Nöropsikiyatrik hastalıklar dünyada hastalık ve yaralanmalar kaynaklı Yeti yitimine göre düzenlenmiş yaşam yılları (Disability Adjusted Life Years=DALYs) kayıplarının %13'ünden sorumludur. 2020 yılına kadar %15'e ulaşacağı, depresyonun tek başına %5.7'lik kayba yol açacağı tahmin ediliyordu (2). Dünyada yeti yitimi ve erken ölüme en sık yol açan 10 hastalıktan 5'i depresyon, şizofreni, bipolar mizaç bozukluğu, alkolizm ve kompulsif bozukluk olmak üzere psikiyatrik sorunlar/hastalıklardır (3). Ruhsal bozukluklar topluma sadece psikolojik, sosyal ve ekonomik yük getirmenin yanında ayrıca fiziksel hastalıkların riskini de artırmaktadır (4).

On dört ülkeden 26.000 kişinin katıldığı bir çalışmada birinci basamakta depresyon %10.4 oranında ve yaygın anksiyete bozukluğu %7.4 oranında saptanmıştır. Bu sonuçlar ruhsal bozuklukları önlemede birinci basamağın rolünün önemini vurgulamaktadır. Dünyanın birçok bölgesinde tedavi edilebilir ruhsal problem yaşayan her 3-4 kişiden birinin birinci basamağa başvurduğu düşünülürse birinci basamağın önemi daha iyi anlaşılabilmektedir (4).

Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete bozuklukları en yaygın görülen psikiyatrik sendromlardır ve yetişkinlerin yaklaşık 5'te 1'inde yaşam boyu öykülerinde izlenmektedir (5).

Korku ve anksiyete iki olumsuz duygudur. Korku tehlikeyle karşı karşıya kalındığında kişide oluşan birçok duygu ve beyin durumlarını işaret eder. Anksiyetenin farkı ise korku gibi aniden oluşan tehlikeye değil, yaklaşan tehlikeyi öngören durumlarda ortaya çıkan duygu ve beyin değişiklikleridir. Bu nedenle anksiyete beyinde kalıcı değişikliğe neden olmaktadır. Anksiyete bozukluklarında ise bu tepkiler düzensizdir, kişinin hayatını bozacak şekilde abartılı veya uzun sürelidir (5).

DSM-5 ile anksiyete bozukluklarının alt tiplerinde Yaygın Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu (YAB), Panik Bozukluğu, Agorafobi, Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), Özgül Fobi, Seçici Konuşmazlık (Mutizm), Ayrılma Kaygısı Bozukluğu yer almaktadır. Daha önce bu başlık altında olan ‘’obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar’’ ve ‘’travma ve stresle ilişkili bozukluklar’’ çıkarılmıştır. DSM-IV’ te ilk tanısını genellikle bebeklik, çocukluk veya adölesan dönemde alan bozukluklar altında bulunan ‘’ayrılık anksiyetesi bozukluğu’’ tanısı DSM-5 ile birlikte anksiyete bozukluğu başlığına dahil edilmiştir. Ayrıca DSM-5 ile birlikte agorafobi ayrı bir başlık olarak ele alınmıştır (5).

Yaygın anksiyete bozukluğu; işlevsel bozulmaya neden olacak düzeyde kontrol edilemeyen endişenin en az 6 aydır devam etmesiyle karakterize ruhsal bir hastalıktır. Bu endişeye ‘’huzursuzluk veya kilitlenmiş veya sinirli hissetme, kolay yorulma, odaklanmada zorluk, irritabilite, kas gerginliği veya uyku bozukluğu’’ semptomlarından en az üçünün eşlik etmesi gerekiyor. Endişe çoğunlukla zaman, sağlık finans gibi gündelik yaşamdan ve günlük basit aktivitelerden kaynaklanmaktadır. Ayrıca bu hastalar stres faktörünün şiddetini ve olasılığını abartmaya ve felaketleştirmeye meyillidir. Ayrıca bu kişiler endişelerini başka acil konulardan daha önemsiz görmemektedir (6). YAB için DSM-5 tanı ölçütleri genel bir rehber sağlamaktadır ve buna göre tanı konmaktadır. (Tablo 1)

Tablo 1: DSM-5 Yaygın Anksiyete Bozukluğu Kriterleri
A. En az altı ay sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak aşırı bir kaygı ve kuruntu (endişeli beklentiler) vardır. B. Kişi kuruntularını denetim altına almakta zorlanır. C. Bu kaygı kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder. 1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma 2. Kolay yorulma 3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması 4. Kolay kızma 5. Kas gerginliği 6. Uyku bozukluğu D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntı ya da sosyal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. E. Bu bozukluk bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz. F. Bu bozukluk başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.
Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri. In: Köroğlu E, ed. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. p.121-122

YAB hastalarının birinci basamak sağlık hizmetlerini diğer hastalara göre iki kat daha fazla kullandığı yapılan çalışmayla saptanmıştır. YAB hastaları genellikle fiziksel semptomlarla başvurmaktadırlar; birinci basamakta görülen YAB hastalarının %13'ünde temel yakınma anksiyetedir. Çoğunluğu ağrı, uyku problemleri ve somatik belirtilerle başvurmaktadırlar. Bu hastalarda göğüs ağrısı, kronik yorgunluk, irritabl bağırsak, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları gibi tıbbi durumlar izlenebilmektedir (7, 8, 9).

Yaygın anksiyete bozukluğu yaşam boyu prevelansı %5'tir. Genellikle onlu yaşların sonunda başlar. Kadınlarda erkeklerden daha sık izlenmektedir (10). YAB sıklıkla diğer anksiyete bozuklukları ve depresyonla daha nadiren de madde bağımlılığı komorbiditesi ile izlenebilir (8, 9). Bu kişilerde gastrik hastalıklar, kardiovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve ağrı sendromu gibi tıbbi hastalıkların da bulunma riski de artmaktadır (11).

YAB tedavisi farmakolojik ve psikolojik tedavi olarak ve kombine olarak ayrılmaktadır. Psikolojik tedavi yaklaşımlarından bilişsel davranışçı terapi (BDT)' nin yapılan meta analizler sonucunda YAB semptomlarını azaltmada belirgin şekilde etkili olduğu saptanmıştır (12, 13). YAB için özel BDT protokollerinin kanıta dayalı yapılan araştırmalar sonucunda belirsizliğe tahammülsüzlüğü, zayıf problem çözme becerisi, endişenin işlevi ve faydası hakkında olumlu ve olumsuz metakognitif inançları içermesi gerektiği sonucuna varılmıştır (14). Psikodinamik terapi de faydalı olabilir, ancak bugüne kadarki araştırma bulguları net değildir (15).

YAB tedavisinde etkililik açısından iyi kanıtlara sahip farmakolojik müdahaleler arasında selektif seratonin re-uptake inhibitörler (SSRI), seratonin ve noradrenalin reuptake inhibitörler (SNRI), trisiklik antidepresanlar (TCA), benzodiazepinler, pregabalin, ketiapin XR ve diğer tedaviler yer alır. Birinci sıra ajanlar randomize kontrollü çalışmalar sonucunda saptanmış olup SSRI'lardan sertralin ve essitalopram SNRI'lardan duloksetin ve venlafaksin XR'dir (16, 17). Paroksetinin birinci sıra tedavide kullanımı içinde benzer kanıtlar mevcuttur. Bire bir karşılaştırmalarda, SSRI'ların ve SNRI'lerin etkinliği benzer görünmektedir (17). 12 haftalık, çift kör iki çalışmada, agomelatin'in plasebodan daha etkili olduğu ve esitalopram kadar etkili olduğu bulundu (18). Antikonvülzan özelliği olan pregabalin, yapılan çalışmalarda plasebodan daha etkili olduğu ve YAB hastalarında benzodiazepinler kadar etkili olduğu saptandı (19).

Benzodiazepinlerin YAB da etkinliği gösterilmiştir ancak bağımlılık, yoksunluk sendromları yan etkileri nedeniyle ikinci sıra ajan olarak kullanılmaktadır (20). Trisikilik antidepresan ilaçlardan imipramin placebodan üstün olduğu ve Benzodiazepinler kadar etkili olduğu saptanmıştır (21). Bununla birlikte, aşırı dozda yan etkiler ve potansiyel toksisite nedeniyle, ikinci seçenek olarak imipramin önerilir. Ayrıca Bupropion XL hakkında çok az veri varken, YAB'li hastalarda 12 haftalık bir çalışmada essitalopram kadar etkili olması ikinci sıra olarak kullanımını desteklemektedir (22). Vortioksetin içeren, sekiz haftalık, plasebo kontrollü iki benzer çalışmada elde edilen sonuçlar çelişkiliydi (23). Sonuçlardaki farklılıklar, iki çalışma arasındaki katılım farklılıklarıyla ilişkili olabilir diye düşünülerek vortioksetinin de YAB'de yararlı olabileceğini düşündürmektedir (24). YAB tedavisinde ketiapin XR'nin etkinliğine dair iyi kanıtlar vardır. Bununla birlikte, ketiapin, plasebo veya antidepresanlara kıyasla daha fazla kilo alımı ve sedasyon ve advers olaylar nedeniyle daha yüksek bırakma oranları ile ilişkilendirilmiştir (25). Buspiron, yapılan birkaç çalışmada plasebodan daha etkili ve benzodiazepinler kadar etkili olarak saptanmıştır (26). Hidroksizin, yapılan çalışmalarda plasebodan daha üstün ve benzodiazepinler ve buspirona benzer etkinlik göstermiştir (27).

Sitalopram, fluoksetin, mirtazapin için birincil tedavi olarak sınırlı veriler, yan etkiler veya klinik deneyim eksikliği nedeniyle üçüncü basamak seçenekler olarak önerilmektedir (28).

Propranolol etkinliği gösterilmediği için önerilmemektedir (29).

Antidepresanı başlarken meydana gelen anksiyojenik etkiyi en aza indirmek amacıyla düşük başlangıç dozları ile başlamalı ve yavaş titrasyon yapılmalıdır. İlk yanıt 3-4 hafta gibi izlense de etkinlik açısından değerlendirme amaçlı 8-12 hafta beklenebilir. SSRI'lar trisiklik antidepresanların ve monoamin oksidaz inhibitörlere göre daha rahat tolere edilebilir ve daha güvenilirdirler. Yan etkileri başlangıç döneminde izlenen uykusuzluk, sinirlilik, baş dönmesi, bulantı ve diyaredir. Bunlarda genellikle kullanıma bağlı olarak azalma izlenir ancak gelişen cinsel işlev bozukluğu yaygın izlenen etkilerdendir. SSRI'larla izlenen nadir ancak ölümcül olabilen yan etkiler seratonin sendromudur. Bir kısım hasta grubunda hiponatremi, osteoporoz ve agranülositoz bildirilmiştir. NSAİ ile beraber alındığından gastrointestinal kanama riskinin artması kanıtlanmış olumsuz bir durumdur. Venlafaksin XR ile ayrıca ağız kuruluğu, terleme, kabızlık gibi yan etkilerin izlendiği bildirilmiştir. Doza bağlı olarak hipertansiyon yapabilmekte ve hastalara tansiyon takibi önerilebilir. Hem SSRI hem de SNRI ile ilacı bırakma sonrası ilaç çekilme semptomları izlenebilmektedir. İlacı kesimden 2-4 gün sonra sinirlilik, anksiyetede artış, baş dönmesi, ağırlık, halsizlik, uyku bozukluğu izlenebilir (30).

Trisiklik antidepresanlar, histaminik (H1), alfa-1 adrenerjik(a1) ve muskarinik kolinerjik (M1) reseptörleri bloke etmesi nedeniyle buna bağlı hipotansiyon, ağız kuruluğu, bulanık görme, kabızlık gibi yan etkiler yapmaktadır. Nöbet eşiğini düşürme ve kardiyak yan etkiler sebebiyle de bu ilaçlar pek tercih edilmemektedir (30).

Benzodiazepinler ana inhibitör nörotransmitter olan GABA'nın etkinlerini arttırırlar. Çoğu karaciğerde de sitokrom (CYP) aracılı oksidasyon yoluyla metabolize olurken, lorazepam konjugasyonla metabolize edilir. Karaciğer fonksiyon bozukluğu olanlarda tercih edilebilir. Genellikle 3-4 hafta gibi kısa süreli uykusuzluk, huzursuzluk gibi antidepresanın ilk olumsuz etkilerini gidermek amacıyla antidepresana ek olarak kullanılır (30).

Depresif Bozukluk

Major depresif bozukluk (MDB) en sık izlenen duygudurum bozukluğudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre tüm dünyada yeti yitimine sebep olan en sık ikinci rahatsızlıktır. Tek bir atak halinde olabileceği gibi tekrarlayan ataklarla da seyredebilir. Hastalar tek atak geçirip hastalık öncesi işlevselliğine tamamen dönebilirken, hastaların % 50- 80'inde daha

sonra yineleyici MDB ölçütlerini karşılayan yeni bir hastalık dönemi başlayabilmektedir. Hastalık dönemleri arasında işlevsellik genellikle normale döner ancak hastaların %20-35'inde artık belirtiler ile sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulma devam edebilmektedir (31). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışması sonuçlarına göre genel popülasyonda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı erkeklerde % 2.3, kadınlarda % 5.4 ve tüm nüfusta % 4 olarak saptanmıştır (33). Kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 2 kat daha fazla izlenmektedir. Depresyon kadınlarda 18-44 yaş arasında fazladır. Bu fark 45-65 yaş arasında azalırken 65 yaş sonrası kadınların aleyhinde tekrar artmaktadır (32). Kişinin biyolojik ailesinde depresyon ya da diğer duygudurum bozukluklarının geçirilmiş olunması hastalık riskini 2-4 kat artırmaktadır (34). Birçok çalışmayla düşük sosyo gelir düzeyine sahip kişilerde daha çok MDB izlendiği ve aralarında tutarlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur (35, 36). MDB ve medeni durum arasında ilişki olduğunu destekleyen birçok çalışmada yapılmıştır. Bekar boşanmış ya da ayrı yaşıyor olmak MDB için bir risk faktörü olabilmektedir (37, 38). Yalnız kadınlar evli kadınlardan daha düşük depresyon oranına sahiptir ancak erkekler için durumun tersi geçerlidir. Kentsel yaşam sürenlerin maruz kaldığı stresin daha fazla olması sebebiyle kırsal yaşam sürenlere göre depresyon riski daha fazladır (32).

Depresyon; çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi elem keder duygularını kapsayan duygusal bir yaşantıdır (34). Bu duygular, olumsuz hayat deneyimlerine karşı sıklıkla verilebilen bir tepki olarak ortaya çıkabilir. Ortaya çıkan her benzer duygu durumu depresyon değildir. Depresyonda bu gibi duygular süreklilik gösterir, kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini bozacak hale gelir (39). Depresyon tipik olarak; etkinliklerden ya da daha önce kişinin zevk aldığı durumlardan artık zevk alamama ve bunlara ilgisini kaybetmeyle kendini gösteren, çökkünlük, karamsarlık beraberinde keder elem gibi duygularıyla seyreden depresif bir duygu durumdur. Buna mental ve fiziksel alanlarda enerji azlığıyla seyreden psikomotor yavaşlama, düşünce içeriği kısıtlılığı ve bilişsel yavaşlamanın da eşlik ettiği kişinin işlevselliğinde belirgin azalma ile giden bir hastalıktır (34). MDB için DSM-5 tanı ölçütleri genel bir rehber sağlamaktadır ve buna göre tanı konmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2: DSM-5 Yeğin (Majör) Depresyon Bozukluğu
A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur, bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ve zevk alamamadır. 1. Çökkün duygudurum, nerdeyse her gün ve günün büyük bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir ya da durum başkalarınca gözlemlenir. 2. Bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün ve günün büyük bölümünde bulunur. 3. Klio vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma ya da neredeyse her gün yeme isteğinde azalma ya da artma 4. Nerdeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma. 5. Neredeyse her gün psikodevinsel kışkırma (ajitasyon) ya da yavaşlama 6. Neredeyse her gün bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü) 7. Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları 8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama 9. Yineleyici ölüm düşünceleri B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur. C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz D. Bu durum diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz. E. Hiçbir zaman bir mani dönemi yada hipomani dönemi geçirmemiştir.
Amerikan Psikiyatri Birliği. DSM-5 Tanı Ölçütleri. In: Köroğlu E, ed. 2. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. p.92-94

MDB hastalarının yaklaşık %60 ilk olarak birinci basamak hekimlerinden yardım istemektedir (40). Birinci basamak verilerine bakacak olursak %50' sinde depresif belirtiler vardır ancak hastaların %5-10'u MDB tanı kriterlerini karşılamaktadır. Birinci basamak hekimi aşağıda yazılan durumlarla karşılaştığında hastayı psikiyatri uzmanına sevk etmeli ya da ekip çalışması için yardım istemelidir (41).

-Hastanın intihar riski varsa,

-Psikotik belirtiler eşlik ediyorsa

-Hastanın işlevselliği ileri derecede bozulduysa

-Bipolar bozukluk şüphesi varsa

-Öyküsünde bipolar bozukluk tanısı varsa

-Hekim hastayı tedavi etmede, yönetmede kendini yetersiz hissediyorsa

-Tanıyı kesinleştirmek ya da ayrıcı tanıyı sağlamak amacıyla

-Depresif atak şiddetliyse

-Hastada karmaşık psikososyal unsurlar baskınsa

-Psikiyatrik ya da tıbbi eş tanı varsa

-Hastada yas tepkisine depresyon eşlik ediyorsa

-Etkin doz ve sürede tedavi denenmesine rağmen düzelmiyorsa ya da kısmi yanıt alınmışsa

-Hasta psikiyatriste sevk olmak istiyorsa

Depresif bozukluk intiharın en sık izlendiği psikiyatrik hastalıktır. Depresyonlu hastaların yaklaşık %75 inde pasif ölüm düşünceleri ve intihar düşüncesi bulunmaktadır (34). Depresyon hastalarının yaklaşık %15'i intihar nedeniyle hayatını kaybetmektedir (42). Tamamlanmış intihar otopsi sonuçlarına bakıldığından tamamlanmış intihalarının %60'ında depresif bozukluk belirtileri saptanmıştır (34). İntihar edenlerin yaklaşık üçte ikisinden fazlasının son birkaç hafta ya da ay öncesinde farklı düzeylerde sağlık hizmetlerine başvurdukları ancak intihar mağdurları arasında depresyonun tanınması ve yeterli tedavi uygulanma oranlarının %20-25 dolaylarında olduğu izlenmektedir. İntihar davranışı birinci basamakta nadir karşılaşılan bir durum olsa da intihar eğilimi olmayan hastalarla karşılaştırıldığında intihar mağdurlarının yaşamlarının son 4 haftasında daha fazla aile hekimi ziyareti yaptığı izlenmiştir (42).

MDB tedavisinde psikolojik ve farmakolojik tedavi yaklaşımları vardır. Farmakolojik tedavi olarak ilk basamakta SSRI ve SNRI tercih edilmekle birlikte yeni antidepresan sınıfı da seçilebilir. SSRI; sitalopram, essitalopram, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin, sertralin SNRI; venlefaksin, duloksetin diğer yeni antidepresanlar ise; agomelatin, bupropiyon, mirtazapin, maklobemid, vilazadon, vortioksetindir. Bu ajanların genel etkileri benzerdir ancak reseptör farmakolojisindeki farklılıklar ve yan etki profilleri nedeniyle seçim farklılıkları olabilmektedir. Günümüzde trisiklik antidepreanlar ve MAO inhibitörlerinin tolerabilitelerinin

zor olması ve güvenlik ile ilgili endişeler nedeniyle kullanımları kısıtlanmıştır. Farmakolojik tedavi yaklaşımlarında akut dönem ve sürdürüm tedavisi olarak ikiye ayrılır. Akut dönem yaklaşık 8-12 hafta sürer, tedavideki temel amaç remisyonu sağlamak ve işlevselliği yeniden kazandırmaktır. Bu amaçla hastayla etkili bir terapötik ilişki kurulur ve gerekli psikoeğitimler verilir. Hastaya en uygun antidepresan seçilerek tedavi başlanır ve yan etkiler açısından yakın takip edilir. Birinci basamak antidepresan ile en az 4-6 hafta tedavi edilir fayda sağlanmadıysa izleyebileceğimiz üç yol vardır. Birincisi; kişi tolere edebiliyorsa doz artışı yapılmalı, ikincisi; mevcut tedaviyi aynı sınıftan veya farklı sınıftan bir antidepresan ile değiştirmek son olarak da atipik antidepresan, lityum, triiyodotironin veya farklı bir nörotransmitter üzerinden etki gösteren ikinci bir antidepresanla kombine tedaviye geçmektir. Sürdürüm tedavisi 6-24 ay bazen daha uzun sürebilmektedir. Bu tedavideki amaç kişiye tam işlevsellik kazandırma, hayat kalitesini elde etmesini sağlama ve asıl amaç da rekürrensi engellemektir (43). İyileşme sonrasında yeniden hastalanma riski yüksektir. İki kez majör depresif atak geçiren hastaların yeniden hastalanma olasılığı %60-90 iken üçten fazla atak geçirenlerde bu oran %95 olmaktadır (44). Sürdürüm tedavisini ne zaman sonlandırılması gerektiğine dair kesin bir veri yoktur. Ancak 5 yıl içinde başka bir depresif dönemin daha olduğu veya dönemler arası iyileşmenin yeterli olmadığı hastalarda 3 yıllık koruyucu sağaltım rutin olarak düşünülebilir (31). İki veya daha çok ilaç kesme girişimi ve sonrasında 1 yıl içinde yinelemenin görüldüğü durumlarda süresiz veya yaşam boyu koruyucu sağaltım düşünülebilir (45). Kesimden sonraki ilk 6 ay riskin en çok olduğu dönem olduğundan yakın takip edilmelidir (31).

Sonuç

Yaygın anksiyete bozukluğu ve majör depresif bozukluğu birinci basamakta en sık rastlanan psikiyatrik hastalıklardır. Depresyon tanısı sıklıkla atlanabilmektedir. Tanı konmuş hastalarda ise tedavi birçok nedenle yetersiz kalabilmektedir. Depresyonu tanıyabilmek ve tedavi edebilmek için öncelikle bu hastalığın bir sendrom olduğunu ve hastaların başvuru belirtilerinin farklılık gösterebileceğini düşünmek gerekir. Depresyonu ortaya çıkaran, devam etmesine neden olan etkenleri anlama, bu etkenlerin ve yarattığı sonuçların bilinmesi konusunda sadece konu ile ilgili profesyoneller değil tüm sağlık çalışanlarının bilgili ve duyarlı olması gereklidir. Aynı şekilde yaygın anksiyete bozuklukları hastalarıyla birinci basamak hekimleri sıklıkla karşılaşmaktadır ve hekimlerin farkındalığını arttıracak bu konuda eğitim programları, uygun tarama araçları ile hekimler desteklenmeli, ulusal tanı ve tedavi rehberleri ile tanınmasında fayda sağlanmalıdır.

Kaynaklar:

1) World Health Organization (WHO). The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization, 2001
2) World Health Organization (WHO). The world health report 2004: Changing history. Geneva, World Health Organization, 2004.
3) Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. Geneva, World Bank, Word Health Organization and Harvard School of Public Health, 1996.
4) Mavreas VG. Prevention of mental disorders in primary care. In Issues in Preventive Psychiatry (Eds Christodoulou GN, Lecic-Tosevski D, Kontaxakis VP): Basel, Karger 1999 p: 17-29.
5) Merikangas KR. Anksiyete Bozuklukları: Giriş ve Genel Bakış. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. Bozkurt A., Dalbudak E. (çev. eds.). Türkçe: Kaplan&Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2022: 1720-1722
6) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; Fifth 2013
7) Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Suppl 13:20-26.
8) Wittchen HU, Hoyer J. Generalized anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 11:15-21.
9) Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):445-452. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.010
10) Kımmel RJ, Roy-Byrne P. Anksiyete Bozuklukları: Anksiyete Bozukluklarının Klinik Özellikleri. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. Bozkurt A., Dalbudak E. (çev. eds.). Türkçe: Kaplan&Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2022: 1723-1730
11) Comer JS, Blanco C, Hasin DS, et al. Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related

conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry*. 2011;72(1):43-50. doi:10.4088/JCP.09m05094blu

12) Siev J, Chambless DL. Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders [published correction appears in J Consult Clin Psychol. 2008 Oct;76(5):iii]. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(4):513-522. doi:10.1037/0022-006X.75.4.513
13) Borkovec TD, Ruscio AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 11:37-45.
14) Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *J Anxiety Disord*. 2005;19(3):329-343. doi:10.1016/j.janxdis.2004.02.002
15) Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2009;166(8):875-881. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09030441
16) Coric V, Feldman HH, Oren DA, et al. Multicenter, randomized, double-blind, active comparator and placebo-controlled trial of a corticotropin-releasing factor receptor-1 antagonist in generalized anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2010;27(5):417-425. doi:10.1002/da.20695
17) Ball SG, Kuhn A, Wall D, Shekhar A, Goddard AW. Selective serotonin reuptake inhibitor treatment for generalized anxiety disorder: a double-blind, prospective comparison between paroxetine and sertraline. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(1):94-99. doi:10.4088/jcp.v66n0113
18) Stein DJ, Ahokas A, Márquez MS, et al. Agomelatine in generalized anxiety disorder: an active comparator and placebo-controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2014;75(4):362-368. doi:10.4088/JCP.13m08433
19) Montgomery SA, Tobias K, Zornberg GL, Kasper S, Pande AC. Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: a 6-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled comparison of pregabalin and venlafaxine. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(5):771-782. doi:10.4088/jcp.v67n0511
20) Mitte K, Noack P, Steil R, Hautzinger M. A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25(2):141-150. doi:10.1097/01.jcp.0000155821.74832.f9

21) Rickels K, Downing R, Schweizer E, Hassman H. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(11):884-895. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820230054005

22) Bystritsky A, Kerwin L, Feusner JD, Vapnik T. A pilot controlled trial of bupropion XL versus escitalopram in generalized anxiety disorder. *Psychopharmacol Bull*. 2008;41(1):46-51.

23) Rothschild AJ, Mahableshwarkar AR, Jacobsen P, Yan M, Sheehan DV. Vortioxetine (Lu AA21004) 5 mg in generalized anxiety disorder: results of an 8-week randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial in the United States. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2012;22(12):858-866. doi:10.1016/j.euroneuro.2012.07.011

24) Baldwin DS, Nutt DJ. On assessing potential efficacy for vortioxetine in generalized anxiety disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2012;22(12):841-843. doi:10.1016/j.euroneuro.2012.07.018.

25) Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD008120. Published 2010 Dec 8. doi:10.1002/14651858.CD008120.pub2

26) Davidson JR, DuPont RL, Hedges D, Haskins JT. Efficacy, safety, and tolerability of venlafaxine extended release and buspirone in outpatients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(8):528-535. doi:10.4088/jcp.v60n0805

27) Guaiana G, Barbui C, Cipriani A. Hydroxyzine for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD006815. Published 2010 Dec 8. doi:10.1002/14651858.CD006815.pub2

28) Varia I, Rauscher F. Treatment of generalized anxiety disorder with citalopram. *Int Clin Psychopharmacol*. 2002;17(3):103-107. doi:10.1097/00004850-200205000-00002

29) Meibach RC, Dunner D, Wilson LG, Ishiki D, Dager SR. Comparative efficacy of propranolol, chlordiazepoxide, and placebo in the treatment of anxiety: a double-blind trial. *J Clin Psychiatry*. 1987;48(9):355-358.

30) Ravındran L, Stein MB. Anksiyete Bozuklukları: Anksiyete Bozukluklarında Kullanılan Somatik Terapiler. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. Bozkurt A., Dalbudak E. (çev. eds.). Türkçe: Kaplan&Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2022: 1778-1784

31) Küey L, Gülseren Ş. Sağaltım Öncesi Değerlendirme, Tanısal Değerlendirme ve Olgu Formülasyonu. In: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S (eds). Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı. Ankara: Bayt Yayıncılık; 2008:13–35
32) Merikangas KR, Rıhmer Z. Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. Bozkurt A., Dalbudak E. (çev. eds.). Türkçe: Kaplan&Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2022: 1614-1619
33) Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yeti yitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları: Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998
34) Işık E, Işık U, Taner Y. Çoçuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar; Ankara, Ziraat Gurup Matbaacılık: 2013
35) Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002
36) Horwath, E., Cohen, R. S., & Weissman, M. M. (2002). Epidemiology of depressive and anxiety disorders. In M. T. Tsuang & M. Tohen (Eds.) Textbook in Psychiatric Epidemiology; 2002:389-426.
37) McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clin Psychol Psychother*. 2010;17(1):33-43. doi:10.1002/cpp.611
38) Akiskal HS. Duygudurum Bozuklukları. Traihsel Süreç ve Kavramsal Genel Bakış İn: BJ Sadock, VA Sadock, Ruiz P eds. Bozkurt A., Dalbudak E. (çev. eds.). Türkçe: Kaplan&Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2022: 1599-1613
39) Olchanski N, McInnis Myers M, Halseth M, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. *Clin Ther*. 2013;35(4):512-522. doi:10.1016/j.clinthera.2012.09.001
40) Karamustafalıoğlu O. Aile Hekimleri için Psikiyatri. İstanbul, Medya Tower Yayınevi 2010.
41) Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar, 3. Baskı İstanbul, MN Medikal&Nobel 2006
42) Rıhmer Z, Pompili M. Duygudurum Bozuklukları: İntihar (Öz Kıyım) Davranışı In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. Bozkurt A., Dalbudak E. (çev. eds.). Türkçe:

Kaplan&Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2022: 1667-1676

43) Yatham LN, Kennedy SH. Duygudurum Bozuklukları: Depresyon ve Bipolar Bozukluğun Farmakolojik Tedavisi In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P eds. Bozkurt A., Dalbudak E. (çev. eds.). Türkçe: Kaplan&Sadock's Comprehensive Text book of Psychiatry. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2022: 1676-1700

44) Keller MB, Hanks DL. Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. *J Clin Psychiatry*. 1995;56 Suppl 6:22-29.

45) Paykel ES. Continuation and maintenance therapy in depression. *Br Med Bull*. 2001;57:145-159. doi:10.1093/bmb/57.1.145

DAVETLİ KONUŞMACILAR

KRONİK HASTALIKLAR 1

KRONİK HASTALIKLAR 1

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)

Uzm. Dr. Gülşah ETHEMOĞLU
Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları AD

Zararlı gaz ve partiküllere karşı, havayolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuar yanıtı ile ilişkili, genellikle ilerleyici özellikte, kalıcı hava akımı kısıtlanması ile karakterize, yaygın, önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.

KOAH alevlenmelerle seyredebilir ve alevlenmeler stabil dönemden farklı bir tedavi gerektirir. Hastalığın ilerlemesinde ve mortalitede en önemli etkenlerin başında alevlenmeler gelmektedir.

KOAH'ın Türkiye'deki prevalansı %19,2 gibi yüksek bir oran olmasına rağmen KOAH'lı hastaların ancak 1/3 -1/10'u KOAH tanısı almaktadır. Bundaki en önemli etken hastaların doktora başvuruda gecikiyor olması ve doktorların spirometreye ulaşma ve yorumlama güçlükleridir. Bu sorunu gidermenin en iyi yolu halktaki KOAH bilincini artırmak ve birinci basamak hekimlerinin KOAH tanısı konusunda gerekli bilgi ve tecrübeyi edinmelerini sağlamaktır.

PATOGENEZ: Zararlı gaz ve partiküller inhalasyon yoluyla alınarak akciğerde artmış inflamatuar yanıta neden olmaktadır. Oluşan bu kronik inflamatuar yanıt, akciğer parankiminde doku harabiyetine (amfizem) ve normal doku tamir ve savunma mekanizmalarında bozulmaya (küçük havayollarında fibrozis) yol açmaktadır. Bu patalojik değişiklikler sonucunda hava hapsi ve ilerleyici hava akım kısıtlanması meydana gelmektedir.

RİSK FAKTÖRLERİ: KOAH gelişiminde başlıca risk faktörleri sigara dumanı, erkek cinsiyet, yaş, iç ve dış ortam hava kirliliği, genetik faktörler, solunum yolu enfeksiyonları, düşük sosyoekonomik düzey, mesleki toz ve kimyasallar, akciğerlerin büyüme ve gelişmesindeki sorunlar olarak sıralanabilir.

TANI: Dispne, kronik öksürük ve/veya balgam çıkarma şikayeti olan olgularda ve/veya hastalık için risk faktörlerine maruziyet öyküsü olan kişilerde KOAH düşünülmelidir ve tanı konabilmesi için spirometri mutlaka yapılmalıdır (1). Spirometride postbronkodilatör FEV1/FVC'nin %70'in altında olması persistan hava akımı kısıtlanması olduğunu gösterir, uygun semptomlar ve maruziyet varlığında tanının konulmasını sağlar.

Semptomlar: KOAH için en karakteristik semptomlar kronik ve progresif dispne, öksürük ve balgam çıkarmadır.

Öksürük: KOAH'ın ilk semptomu genellikle kronik öksürüktür ve hasta tarafından sigaraya bağlı olduğu düşünülerek patolojik bir semptom olarak değerlendirilmez. Öksürük başlangıçta aralıklı olabilir ancak ilerleyen zamanlarda her gün olan ve gün boyu devam eden bir karakter alır. KOAH'ta kronik öksürük balgamlı veya balgamsız olabilir. Bazı hastalarda öksürük olmadan da anlamlı hava yolu obstrüksiyonu gelişebilir (2).

Balgam: KOAH'lı olgularda balgam genellikle az miktarda, beyaz-gri renkte, koyu kıvamlı ve yapışkan vasıfta inatçı bir balgamdır. Miktarı genellikle 10-50 ml aralığındadır. Kronik bronşit, başka bir nedene bağlı olmaksızın, birbirini izleyen iki yıl boyunca üç veya daha fazla ay sürekli balgam çıkarma için kullanılan tanımdır, zaman içinde değişkenlik gösterir (3,4). Balgam pürülansının olması enfektif bir alevlenmeyi gösterir.

Dispne: KOAH'ın temel semptomu dispnedir. Orta şiddetten itibaren KOAH'ta, hava akımı kısıtlılığı belirginleştiği için hastalar sıklıkla günlük aktivitelerini etkileyen nefes darlığından yakınırlar, genellikle bu evrede semptomlarının belirginleşmesi nedeniyle doktora başvurur ve KOAH tanısı alırlar.

Fizik Muayene: KOAH'ı değerlendirmede önemli bir basamak olmasına rağmen tanısal değeri düşüktür. Solunum fonksiyonlarında belirgin bozulma olmadan, hava akım kısıtlanmasına ait fizik muayene bulguları ortaya çıkmayabilir.

İnspeksiyonda; göğüs ön-arka çapında artma, yardımcı solunum kaslarının kullanılması, büzük dudak solunumu, alt kostalarda paradoksik hareket, pretibial ödem, boyunda venöz dolgunluk, kaşeksi, siyanoz, asteriksis gözlemlenebilir.

Palpasyonda hepatojuguler reflü saptanabilir.

Perküsyonda hipersonorite tespit edilebilir.

Oskültasyonda; solunum seslerinin şiddetinde azalma, ekspiryumda uzama, ciddi hava yolu obstrüksiyonu varlığında sessiz akciğer, hışıltılı solunum (wheezing), ronküsler, raller duyulabilir.

Spirometri: Spirometrik değerlendirmede maksimal inspirasyon sonrasında güçlü bir şekilde ekshale edilen volüm (FVC) ve bu manevranın birinci saniyesinde ekshale edilen volüm (FEV1) ölçülmekte ve bu iki ölçümün oranı (FEV1/FVC) hesaplamaktadır. Spirometrik ölçümler yaş, boy, cinsiyet, ırk özelliklerine göre belirlenmiş referanslara göre değerlendirilir (5,6). KOAH'tan şüphelenilen hastada bronkodilatatör sonrası FEV1/FVC <%70 olması kalıcı hava akım kısıtlanması olduğunu gösterir ve KOAH 'ı destekler.

KOAH'lı hastanın değerlendirilmesi: KOAH'lı olguyu değerlendirirken yapılması gerekenler;

Spirometrik inceleme(Tablo 1), semptom değerlendirmesi(Tablo 2,Tablo 3), alevlenme öyküsü ve komorbiditelerin belirlenmesidir.

Tablo 1. KOAH'ta postbronkodilatör FEV1 değerine dayalı hava akımı kısıtlanmasının sınıflaması (FEV1/FVC < 0.70 olan hastalarda)		
Evre 1	Hafif	FEV1 ≥ %80
Evre 2	Orta	%50 ≤ FEV1 < %80
Evre 3	Ağır	%30 ≤ FEV1 < %50
Evre 4	Çok ağır	FEV1 < %30

Tablo 1: KOAH'ta bronkodilatatör sonrası FEV1 değerine göre hava akımı kısıtlanmasının sınıflaması

Tablo 2. "Modifiye Medical Research Council (mMRC)" dispne skalası	
Derece 0	Sadece ağır egzersiz sırasında nefesim daralıyor.
Derece 1	Sadece düz yolda hızlı yürüdüğümde ya da hafif yokuş çıkarken nefesim daralıyor.
Derece 2	Nefes darlığım nedeniyle düz yolda kendi yaşıtlarıma göre daha yavaş yürümek ya da ara ara durup dinlenmek zorun- da kalıyorum.
Derece 3	Düz yolda 100 m veya birkaç dakika yürüdükten sonra nefesim daralıyor ve duruyorum.
Derece 4	Nefes darlığım yüzünden evden çıkamıyorum veya giyinip soyunurken nefes darlığım oluyor.

Tablo 2. "Modifiye Medical Research Council (mMRC)" nefes darlığı skalası

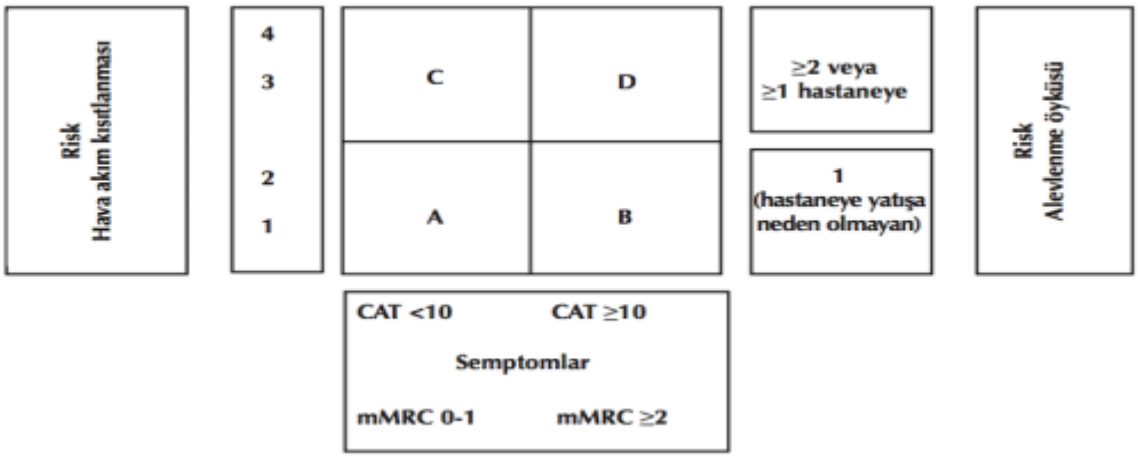
Tablo 3. KOAH Değerlendirme Anketi (CAT)		
SKOR		
Hiç öksürmüyorum	0 1 2 3 4 5	Sürekli öksürüyorum
Akciğerlerimde hiç balgam olmaz	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerim her zaman balgam ile dolu
Göğsümde hiç tıkanma/daralma hissetmiyorum	0 1 2 3 4 5	Göğsümde çok daralma hissi mevcut
Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim daralmıyor	0 1 2 3 4 5	Yokuş veya bir kat merdiven çıktığımda nefesim çok daralıyor
Evdeki hareketlerimde hiç zorlanmıyorum	0 1 2 3 4 5	Evdeki hareketlerimde çok zorlanıyorum
Akciğerlerimin durumuna rağmen evden çıkarken hiç çekinmiyorum	0 1 2 3 4 5	Akciğerlerimin durumu nedeniyle evden çıkmaya çekiniyorum
Kendimi çok enerjik hissediyorum	0 1 2 3 4 5	Kendimi hiç enerjik hissetmiyorum
TOPLAM SKOR		

Tablo 3. KOAH Değerlendirme Anketi CAT (COPD Assessment Test)

Alevlenme Riski: KOAH'ta alevlenme normal hastalık seyrinin dışında, ek olarak tedavi gerektiren, semptomlarda akut kötüleşme olarak tanımlanabilir. Alevlenmeler, hafif, orta, ağır alevlenmeler olarak sınıflandırılmıştır. Hafif alevlenmede kısa etkili beta-2 agonistler ile tedavi yeterliyken, orta alevlenmede kısa etkili beta-2 agonistlere ek olarak uzun etkili bronkodilatörler, antibiyotikler ve/veya oral kortikosteroidlerle tedavi gerekmektedir. Ağır alevlenmelerde ise hastaneye yatış gerekliliği mevcuttur. Ağır alevlenmelerde solunum yetmezliği tabloya eşlik edebilir. Yılda iki ve daha fazla orta alevlenme veya bir ve üzerinde hastaneye yatış gerektiren alevlenme geçirilmesi "sık alevlenme" olarak tanımlanmaktadır.

Komorbiditeler: KOAH'ta komorbidite olarak sıklıkla kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, iskelet kas disfonksiyonu, osteoporoz, anksiyete, depresyon ve akciğer kanseri saptanmaktadır.

Evreleme: GOLD 2021'e göre değerlendirme Şekil 1'de bildirilmiştir



Şekil 1: GOLD 2021'e göre KOAH'ta yeni birleşik değerlendirme şeması

- A grubu: Düşük Risk, Az Semptom

GOLD 1 veya 2 (hafif veya orta derecede hava akım kısıtlanması),

ve/veya 0-1 alevlenme /yıl ve alevlenmeye bağlı hastaneye yatış yok,

CAT<10 veya mMRC 0-1

- B grubu: Düşük Risk, Fazla Semptom

GOLD 1 veya 2 (hafif veya orta derecede hava akım kısıtlanması),

ve/veya 0-1 alevlenme /yıl veya hastaneye yatışa neden olan alevlenme yok,

CAT ≥ 10 veya mMRC ≥ 2

- C grubu: Yüksek Risk, Az Semptom

GOLD 3 veya 4 (ağır veya çok ağır hava akım kısıtlanması),

ve/veya ≥2 alevlenme yıl veya ≥1 hastaneye yatışa neden olan alevlenme,

CAT<10 veya mMRC 0-1

- D grubu: Yüksek Risk, Fazla Semptom

GOLD 3 veya 4 (ağır veya çok ağır hava akım kısıtlanması),

ve/veya ≥2 alevlenme yıl veya ≥1 hastaneye yatışa neden olan alevlenme,

CAT ≥10 veya mMRC≥2

AYIRICI TANI: Ayırıcı tanıda KOAH'la en sık karıştırılan ve ilk akla gelmesi gereken hastalık astımdır (Tablo 4). Ayrıca bronşektazi, konjestif kalp yetmezliği, obliteratif bronşiyolit, tüberküloz, difüz panbronşiyolit de ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer hastalıklardandır.

Özellikler	**KOAH**	**ASTIM**
Başlangıç	Genelde >40 yaş	Genelde <40 Yaş
Sigara	Genelde >10 paket/yıl	Daha az önemli
Balgam	Sık	Sık değil
Allerji	Sık değil	Sık
Hastalık Seyri	İlerleyici (Alevlenmelerle birlikte)	Stabil (Alevlenmelerle birlikte)
Spirometre	İyileşme olabilir ancak asla	Genelde normale döner
Semptomlar	Kalıcı progresif	Aralıklı ve değişken/Gece sabaha karşı

Tablo 4. KOAH ve Astım Ayırıcı Tanısı

KOAH'tan Korunma: KOAH'tan korunmada I. Basamak hekimlerinin en önemli sorumluluğu uygun risk faktörleri olan hastalarda KOAH'ı düşünmek, spirometreye yönlendirmek ve risk faktörlerini elimine etmek için destek yöntemler uygulamaktır. Bu amaçla tütün kullanımının önlenmesi ve bırakılması, iç ve dış ortam hava kirliliğinin önlenmesi, aşıların uygulanması, mesleki maruziyetin önlenmesi, düzenli fiziksel aktivite önerilmektedir.

Tütün Kullanımının Önlenmesi Ve Bırakılması: KOAH gelişiminde en önemli risk faktörü tütün kullanımıdır. Bu nedenle KOAH'ın oluşumunu ve progresyonunu etkileme kapasitesi en yüksek tedavi, sigaranın bırakılmasıdır. Gelen her hastanın sigara içimini sorgulanmalı, kaydedilmeli ve bırakma konusunda yardım edilmelidir. Sigara bıraktırmada Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından beş basamaklı bir program önerilmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Kısa klinik görüşme ile yaklaşım (5 Ö yaklaşımı)	
Öğren	Sigara içme durumunu öğren. Her hastanın her başvurusunda sigara kullanma durumunun sorulması ve kaydedilmesini sağlar.
Öner	Bırakma önerisinde bulun. Açık, güçlü şekilde her sigara kullanan kişinin bırakmasını önerir.
Ölç	Bırakma kararlılığını ve nikotin bağımlılık düzeyini değerlendir. Hastanın bırakma girişimi için istekliliğini ve amacını belirler. Her sigara içen kişiye örneğin 30 gün içinde bırakmak için istekli olup olmadığını sorar.
Önderlik Et	Bırakma sürecini ve tedaviyi yönlendir.
Örgütle	Bırakma sonrası dönemi düzenle, takip vizitlerini organize et.

Tablo 5. Kısa klinik görüşme ile yaklaşım (5 Ö yaklaşımı)

TEDAVİ: KOAH'ta tedavi stabil dönemde ve alevlenme döneminde farklılık göstermektedir.

STABİL KOAH TEDAVİSİ: Tedavide amaç semptomların ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, egzersiz toleransının arttırılması, hastalığın ilerlemesinin ve alevlenmelerin engellenmesi ve mortalitenin azaltılması olarak özetlenebilir.

Nonfarmakolojik Tedavi: Çevresel risk faktörlerine maruziyetin azaltılması/kaldırılması, sigara içiminin bırakılması, günlük düzenli fiziksel aktivite (haftanın en az beş günü, günde en az 30 dakika süre ile orta yoğunlukta fizik aktivite -örneğin yürüyüş), aşılama ve gerektiğinde semptomatik tedavi uygulanmalıdır.

Aşılama:

- İnfluenza aşısı hastaneye yatışı gerektiren ASYE ve ölümleri azaltır (Kanıt A)
- PCV13 (pnömokokal konjuge aşı) ve PPSV23 (pnömokokal polisakkarit aşı) ≥ 65 yaş olan tüm hastalara önerilmektedir.
- Polisakkarid pnömokok aşısı ek olarak yaşı <65 ve genç olmasına rağmen kardiyak hastalığı olan KOAH'lı olgularda önerilmektedir. Yaşı <65 ve FEV1'i < %40 olan olgularda toplumda gelişen pnömoni insidansını azalttığı gösterilmiştir .
- Pnömokokal konjuge aşı 13 suşa etkili bir konjuge aşıdır, koruyuculuğunun en az dört yıl sürdüğü bilinmektedir.
- 2021' de TDAP(difteri, tetanoz, boğmaca)

- 2022'de 50 yaş ve üzeri için suçiçeği aşısı(zonadan korunmak için)
- Covıd -19 aşısı KOAH 'ta önerilen aşılar listesine girmiştir.

Farmakolojik Tedavi: KOAH'ta ana tedavi bronkodilatör tedavidir. Farmakolojik tedavi sadece semptomatik hastalarda verilmelidir. Semptomu olmadan KOAH olduğu tespit edilen hastalarda farmakolojik tedavi verilmemelidir.

KOAH tedavisinde kullanılan ilaçlar;

1) Bronkodilatörler

a) Antikolinerjikler-Ipratroprium-Tiotropium

b) Beta 2 agonistler –Salbutamol -İpratropium+Salbutamol

c) Metilksantinler –Teofilin

2) Kortikosteroidler

a) Sistemik kortikosteroidler

b) İnhaler kortikosteroidler Budesonid, Flutikazon, Beklometazon

3) Fosfodiesteraz-4 inhibitörleri

4) Diğer ilaçlar(Mukolitikler)

Bronkodilatörler: Semptomların kontrolünde temel tedaviyi oluşturur. İnhalasyon tedavisi tercih edilir. Bronkodilatörleri kombine uygulamak tedavi etkinliğini arttırır.

Kortikosteroidler: Oral ve inhaler steroidlerin KOAH'taki etkileri astıma oranla azdır. KOAH'da sık alevlenme geçiren hastalarda (Grup C ve D) önerilmektedir. Tek başına inhaler ya da oral kortikosteroidle uzun süreli tedavi önerilmemektedir.

KOAH'TA ALEVLENME YÖNETİMİ: KOAH alevlenmesi, hastanın solunum yolu semptomlarında günlük gözlemlenen normal değişikliğin ötesinde ve ilaç değişikliğine yol açan bir kötüleşme ile karakterize akut olaydır.

Etyolojisinde %50-70 oranında trakeobronşiyal enfeksiyonlar (bakteriyel etkenler %40-50 viral etkenler %30-40, atipik bakteriyel etkenler %5-10) sorumlu ajan olarak bildirilmiştir. Ayrıca iç ve dış ortam kirliliği de atakları tetikleyebilmektedir.

KOAH alevlenmesi sırasında semptomlar genellikle 7 ile 10 gün arasında sonlanır. KOAH alevlenmelerinin hastalığın ilerlemesine katkıda bulundukları iyi bilinmektedir. Bir hastanın gelecekte geçireceği alevlenme sıklığının en güçlü prediktörü bir önceki yılda yaşamış olduğu alevlenmelerin sayısıdır.

Alevlenme Tedavisi: Alevlenmelerin %80'inden daha fazlası bronkodilatörler, kortikosteroidler ve antibiyotiklerden oluşan farmakolojik tedavilerle poliklinik bazında yönetilebilmektedir.

Hastaneye yatan hastalarda alevlenme şiddetinin hastanın klinik belirtilerine göre belirlenmesi önerilmekte ve hastalık üç grupta sınıflandırılmaktadır:

- Düzey 1:Solunum yetmezliği yok(Evde tedavi önerilir).
- Düzey 2:Akut solunum yetmezliği-hayatı tehdit edici değil
- Düzey 3:Akut solunum yetmezliği-hayatı tehdit edici

KOAH'LI HASTADA İZLEM: KOAH'lı hastanın izlem vizitlerinde;

Risk faktörlerine maruziyet, hastanın mevcut hastalık durumu, hastalığın günlük yaşama etkileri, prognoza etkili faktörler, hastalık progresyonu, komplikasyonlar, tedavi etkinliği, tedavinin yan etkileri, günlük fiziksel aktivite, aşı uygulamaları ve komorbiditeler değerlendirilmelidir.

İzlem sıklığı hastalığın ağırlığına göre değişir. İleri evre hastalar 3 ayda bir erken evre hastalar yılda bir ya da iki vizitle takip edilebilirler. I. Basamak hekimi KOAH tanısı almış hastalarını (stabil seyretseler dahi) yılda bir II. Basamak vizitine yönlendirmeli ve tedavi değişikliği gerekip gerekmediği konusunda dikkatli olmalıdır.

Tedavi uyumu olmasına rağmen yaşam kalitesi düzelmeyen, alevlenme sıklığı değişmeyen hastalarda tedavi değişikliği veya kombinasyonu söz konusu olabilir.

COVID VE KOAH: COVID-19 enfeksiyonu semptomlarını, devam eden kronik semptomlardan ya da akut alevlenmeden ayırt etmek zor olabilir. Bu nedenle COVID-19 şüphesi varlığında SARS-CoV-2 testi düşünülmelidir.

Spirometri, toplumda COVID-19 prevalansının yüksek olduğu dönemlerde, yalnızca KOAH tanısı için mecburi ise ve/veya girişimsel işlemler veya cerrahi değerlendirme için gerekli ise yapılmalıdır.

KOAH hastaları sosyal mesafe, el yıkama ve maske gibi standart enfeksiyon kontrol yöntemlerine uymalıdır. Özellikle yıllık grip aşısı olmak üzere uygun aşılarını güncel olarak yenilemelidirler.

İnhale kortikosteroidler, uzun etkili bronkodilatörler veya kronik makrolid kullanımı stabil KOAH yönetimi için endike olduğu şekliyle kullanılmalıdır.

KOAH alevlenmelerinde sistemik steroidler ve antibiyotikler her zamanki endikasyonlarına göre kullanılmalıdır.

Asemptomatik veya hafif COVID-19 olan hastalarda genel KOAH protokolleri uygulanmalıdır.

Orta ve ağır COVID-19 geçiren hastalar genel KOAH hastası bakımından daha sık ve dikkatli takip edilmeli ve özellikle oksijen tedavisi yönünden dikkat gösterilmelidir.

Orta veya ağır dereceli COVID-19 enfeksiyonu geçirenler, yatan hastalarda ve pnömoni gelişenlerde gelişen farmakoterapötik yaklaşımlara göre deksametazon ve antikoagülanlar uygunluk durumuna göre kullanılmalıdır.

KOAH ve ağır ARDS olan hastalarda akut solunum yetmezliği uygun oksijen desteği, prone pozisyon, noninvaziv ventilasyon ve akciğer koruyucu stratejiler ile tedavi edilmelidir.

Kaynaklar:

1. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, et al. International varia- tion in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population based prevalence study. Lancet 2007;370:741-50.
2. Elliot MW, Adams L, Covkcroft A, MacRae KD, Murphy K, Guz A. The language of breathlessness. Use of verbal descriptors by patients with cardiopulmonary disease. Am Rev Respir Dis 1991;144:826-32.
3. Medical Research Council Committee on the Aetiology of Chron- ic Bronchitis. Definition and classification of chronic bronchitis for clinical and epidemiological purposes. A report to the Medical Research Council Committee on Aetiology of Chronic Bronchitis. Lancet 1965;1:775-9.
4. Allinson JP, Hardy R, Donaldson GC, Shaheen SO, Kuh D, Wed- zicha JA. The presence of chronic mucus hypersecretion across Adult Life in Relation to Chronic Obstructive Pulmonary Disease Development. Am J Respir Crit Care Med 2016;193:662-72.

5. 16. Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, et al. Standardisation of spirometry. Eur Respir J 2005;26:319-38.
6. 17. Pellegrino R, Viegi G, Brusasco V, et al. Interpretative strategies for lung function tests. Eur Respir J 2005;26:948-68.

KRONİK HASTALIKLAR 1

Birinci Basamakta Kardiyovasküler Hastalıklara Yaklaşım

Doç. Dr. Ahmet KESKİN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği AD

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), erken yaşlarda başlayıp, yaşam boyunca sinsi gelişen ve genellikle semptomların ortaya çıkmasıyla ileri bir safhaya ilerleyen kronik bir hastalıklardır. Toplumların yaşlanması ve beklenen yaşam süresindeki artış ile gelişmiş ülkelerde kalp ve damar hastalarının sayısı giderek artmakta ve bunlara bağlı sağlık ve maliyet yükü de artmaktadır. Sonuç olarak; dünya genelinde kalp ve damar hastalıklarının uzun bir süre daha birinci sırada ölüm sebebi olmaya devam edeceği tahmin edilmektedir.

Dünya üzerinde en sık ölüm sebeplerine bakıldığında; İlk sırada kardiyovasküler hastalıklar (%37) yer almaktadır. Kanserler (%27), diyabet (%24), kronik solunum yolu hastalıkları (%8) ve %4'ü bulaşıcı hastalıklardan oluşmaktadır. 2020'de küresel olarak KVH'ye bağlı yaklaşık 19 milyon ölüm gerçekleşmiştir ve bu 2010'a göre %18,7'lik bir artış göstermiştir.

Kardiyovasküler hastalıklar, Avrupa bölgesinde en yaygın ölüm nedeni olmaya devam etmekte olsa da 53 Avrupa bölgesi ülkesinin 15'inde erkekler için ve 6 ülkede kadınlar için kanserden ölümler KVH'dan ölümleri geçmiştir. Avrupa'da her yıl 60 milyondan fazla potansiyel yaşam yılı KVH nedeniyle kaybedilmektedir. Avrupa'da erkeklerden daha fazla kadın KVH'dan ölmektedir. Yaşa göre standardize edildiğinde ise hem morbidite hem de KVH'a bağlı ölüm oranları erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. Ülkemizde yapılan Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları yardımı ile yürütülmüş olan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasında; 15 yaş ve üzerinde koroner kalp hastalığı sıklığı erkeklerde %3,8 kadınlarda %2,3 bulunmuştur. Erkeklerde, sıklık yaşla beraber artarak 75 yaş üstünde %2'ye yaklaşmaktadır.

Aile Hekimlerinin en önemli görevlerinden biri de nüfusu içindeki risk altındaki bireyleri tanımlayabilmesidir. KVH risk düzeyini belirlemek için bilinen ve kullanılan 110 adet risk değerlendirme aracı bulunmaktadır. Bunların arasında en güncel ve kabul görenlerden birisi de geniş bir Avrupa nüfusunun prospektif verilerine dayanarak hazırlanan SCORE sistemidir. SCORE sistemi görünürde sağlıklı olan, klinik veya pre-klinik hiçbir belirti göstermeyen bireylerde risk tahmini yapmayı amaçlamaktadır. Birinci basamakta çalışanların da rahatlıkla kullanabileceği SCORE sistemi, çoğu risk hesaplama sistemlerinden farklı olarak, 10 yıllık süreçte yalnızca ölümcül aterosklerotik bir olayın gelişme olasılığını hesaplamayı hedeflemektedir. 2021 yılında güncellenerek SCORE 2 sistemi kullanılmaya başlanmıştır.

Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine baktığımızda;

- Yaş (erkeklerde ≥45, kadınlarda ≥55 veya erken menopoz)
- Aile öyküsü (birinci derece akrabalardan erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması)
- Sigara içiyor olmak
- Hipertansiyon (kan basıncı ≥140/90 mmHg veya antihipertansif tedavi görüyor olmak)
- Hiperkolesterolemi (total kolesterol ≥200 mg/dl, LDL-kolesterol ≥130 mg/dl)
- Düşük HDL-kolesterol değeri (<40 mg/dl)
- Diyabetes mellitus (diyabet bir risk faktörü olmanın yanı sıra, koroner kalp hastalığı varlığına eşdeğer bir risk taşıdığından risk değerlendirmesinde ayrı bir yeri vardır)
- Obezite, fiziksel inaktivite, psiko-sosyal etkenleri görmekteyiz.

Birinci Basamakta Kardiyovasküler Hastalıklara Non-farmakolojik Öneriler;

- Sigarayı bırakmak
- Alkol tüketimini makul ölçülere indirmek veya bıraktırmak
- Tuz alımını azaltmak
- Meyve ve sebze tüketimini artırmak ve doymuş ve toplam yağ alımını azaltmak
- Fiziksel aktiviteyi arttırmak
- Stresten kaçınmak

DAVETLİ KONUŞMACILAR

KRONİK HASTALIKLAR 2

KRONİK HASTALIKLAR 2

Obezite-Yağlı Karaciğer

Prof. Dr. Tahsin CELEPKOLU
Dicle Üniversitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık açısından risk oluşturan anormal ve aşırı yağ birikimini aşırı kilo veya obezite olarak tanımlamıştır. Son 30-40 yılda ülkemizin de dahil olduğu birçok ülkede yapılan büyük ve kapsamlı çalışmalarda prevalansının giderek arttığı gösterilmiştir. Obezite, Metabolik Sendrom, Tip 2 Diabetes Mellitus, Hipertansiyon, Dislipidemi, Kardiyovassküler Hastalıklar, Serebrovasküler Hastalıklar, Nonalkolik Karaciğer Hastalığı, Osteoartrit, Uyku problemleri, Depresyon, Sosyal sorunlar ve kansere yol açabilen veya birlikte görülme sıklığı yüksek olan çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Prevalansının yüksek olması ve önemli kronik hastalıklarla birlikte sık görülmesi sağlıkta çok ciddi maliyet yükü de getirmektedir. Bunların yanında obezitenin yaşam kalitesini düşürdüğü de unutulmamalıdır.

Obezitenin sınıflaması için Beden Kitle İndexi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ hesabı; kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden boyun karesine bölümü ile elde edilen sonuçtur. DSÖ'ne göre yetişkinlerde BKİ kullanılarak oluşturulan Obezite sınıflaması Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Obezite Sınıflaması

Sınıflama	**BKİ (kg/m^2)**
Zayıf	<18.5
Normal	≥18.5 ve ≤ 24.9 arası
Fazla kilolu	≥25 ve ≤ 29.9 arası
Obezite	≥30
1. Derece obez	≥30 ve 34.9 arası
2. Derece obez	≥35 ve 39.9 arası
3. Derece obez	≥40

Bu sınıflamada özellikle Güney Asya ve uzak doğudaki ülkelerde farklılıklar olduğu ve o ülkenin standartlarının göz önüne alınması gerektiği de vurgulanmıştır.

Obezite taramasında en çok BKİ kullanılır. Bunun için de boy ve kilo uygun şekilde bakılması gereken parametrelerdir. Boy ve kilo dışında bel çevresi ve bel/kalça oranı da özellikle abdominal obezite açısından çok önemlidir. Bel çevresi BKİ 25-35 arasına olan tüm yetişkinlerde bakılması gereklidir. Taramada damgalanma, kabullenmeme ve tedavi seçeneklerini bilmeme önemli engellerdir. Obezitede taramada kullanılan antropometrik ölçümler dışında vücut yağ oranlarını da gösterebilen elektriksel biyoimpedans diğer tanı yöntemlerindendir.

Obezite tedavisinde beslenme, egzersiz, bilişsel davranışçı terapi, farmakolojik tedavi ve bariyatrik cerrahi tedavi yöntemleri kullanılır. İlk üç tedavi basamağı tüm obezlere hatta fazla kilolu olup abdominal obezitesi olan yetişkinlere birinci basamakta rahatlıkla uygulanabilirken, son iki tedavi için ise belli endikasyonlar dahilinde endokrinoloji uzmanlarının olduğu merkezlerde ve obezite cerrahisi merkezlerinde uygulanabilmektedir.

Karaciğer yağlanması (Yağlı Karaciğer / Nonalkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı)

Karaciğer yağlanması, kronik karaciğer hastalığının en yaygın formu olup yetişkinlerdeki prevalansı farklı çalışmalarda %20-40 arasında olduğu gösterilmiştir. Siroza kadar ilerleyebilir bir durudur. Tip 2 diabetes mellitus, dislipidemi ve obezitede birlikteliği çok fazla. Obez bireylerde yağlı karaciğer gelişme riski obez olmayanlara göre 3.5 kat daha fazla. Yağlı karaciğerde tanı; biyokimyasal ve ultrasonografik parametrede anormalliklerle beraber alkol kullanımı (>21 birim alkol/hafta erkekte, >14 alkol/hafta kadında 2 yıl boyunca) olmaması ve Karaciğerde yağlanmayı arttırabilecek diğer sebepler (kronik karaciğer hastalığı, hepatotoksik ilac kullanımı, hepatit C ve diğer kronik viral hastalıklar, hemakromatosis, Wilson hastalığı, malnutrisyon, ciddi kilo kaybı, otoimmun/immunolojik hastalıklar, vb.) olmaması gerekir. Karaciğer biopsisi Karaciğer yağlanması tanısı için altın standart tanı yöntemidir.

Karaciğer yağlanmasında risk faktörleri arasında; yaş, genetik faktörler, Tip 2 diabetes mellitus, abdominal obezite, insülin direnci ve hipertrigliseridemi sayılabilir. Taramada abdominal obezite ölçümü, karaciğer enzimleri ve karaciğer ultrasonu kullanılır. Tedavide en önemli unsurlar uygun beslenme, düzenli egzersiz, yavaş ve devamlı kilo kaybının sağlanmasıdır. Bu yöntemlerle birinci basamakta karaciğer yağlanması kontrol altına tutulamayan hastalar gastroenteroloji polikliniklerine yönlendirilmelidir.

KRONİK HASTALIKLAR 2

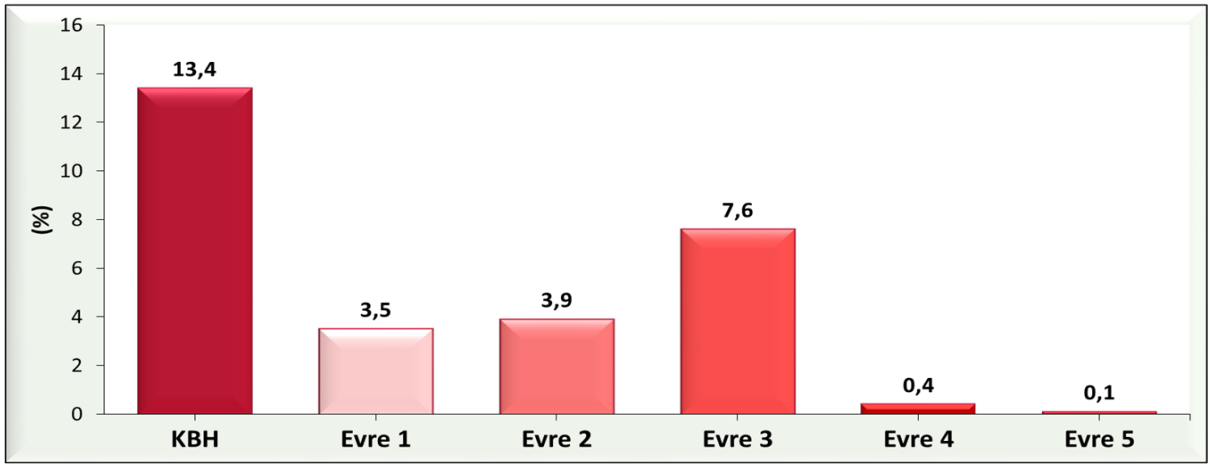
Birinci Basamakta Böbrek Hastalıkları

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem CİNDOĞLU
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD

Birinci Basamakta Böbrek Hastalıkları Neden Önemlidir?

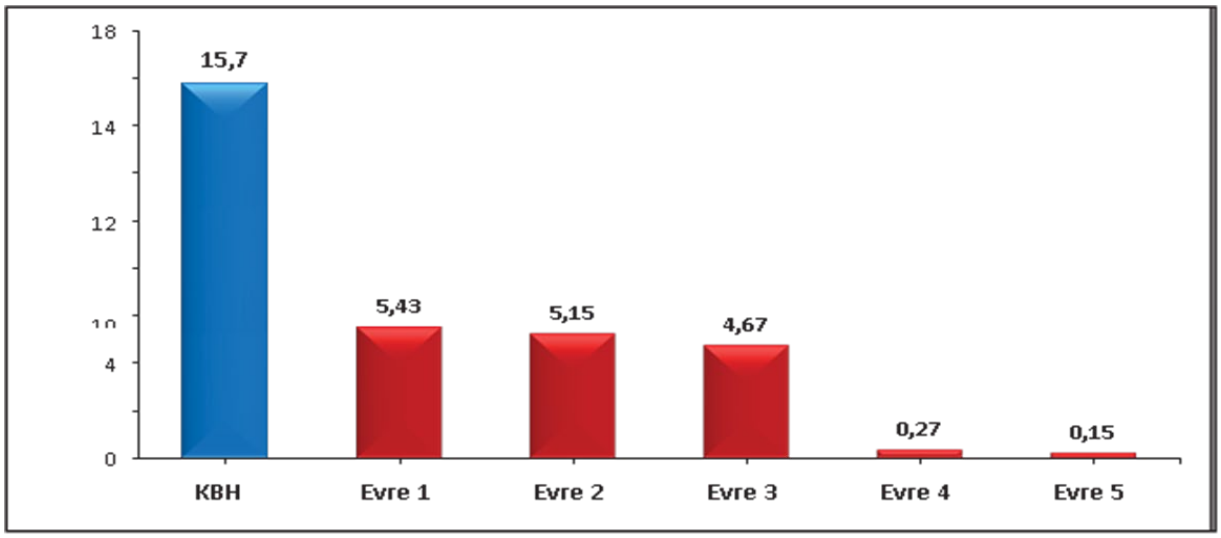
Böbreğin işlevleri yabancı kimyasal maddelerin ve metabolik yıkım ürünlerinin atılması (üre, kreatinin, ürik asit, ilaçlar, katkı maddeleri…), vücut sıvı elektrolit dengesinin sağlanması (Na+, K+, H+, bikarbonat, Ca++, fosfor, Mg++), ekstraselüler sıvı hacmi ve arter basıncının düzenlenmesi (RAAS, renal PG, renal kallikreinkinin sistemi…) Asit-baz dengesinin düzenlenmesi, eritrosit yapımının düzenlenmesi (EPO…), 1,25 dihidroksi Vit D3 yapımı, glukoz sentezi sıralanabilir.

Böbrek hasarı ve neden olduğu hastalıklar dünyada ve ülkemizde salgın halini almış önemli bir halk sağlığı sorunudur. Erken saptandığında sıklıkla önlenebilir veya ilerlemesi geciktirilebilir olmasına karşın, farkındalığının ve erken tanısının düşük olması birçok olguda buna olanak vermemektedir. Halen tüm dünyada 2 milyonu aşkın kişi diyaliz ve böbrek nakli tedavileri ile yaşamını sürdürmektedir. Gelecekteki 10 yıl içinde bu sayının iki katına çıkması ve toplam tedavi maliyetinin 1,5 trilyon doları aşması beklenmektedir (Şekil 1). 2012 yılı sonu verilerine göre ülkemizde diyaliz uygulanan veya böbrek nakli yapılmış yaklaşık 62.000 hasta bulunmakta ve toplam sağlık bütçesinin %5'ten fazlası bu hastaların tedavisi için harcanmaktadır.



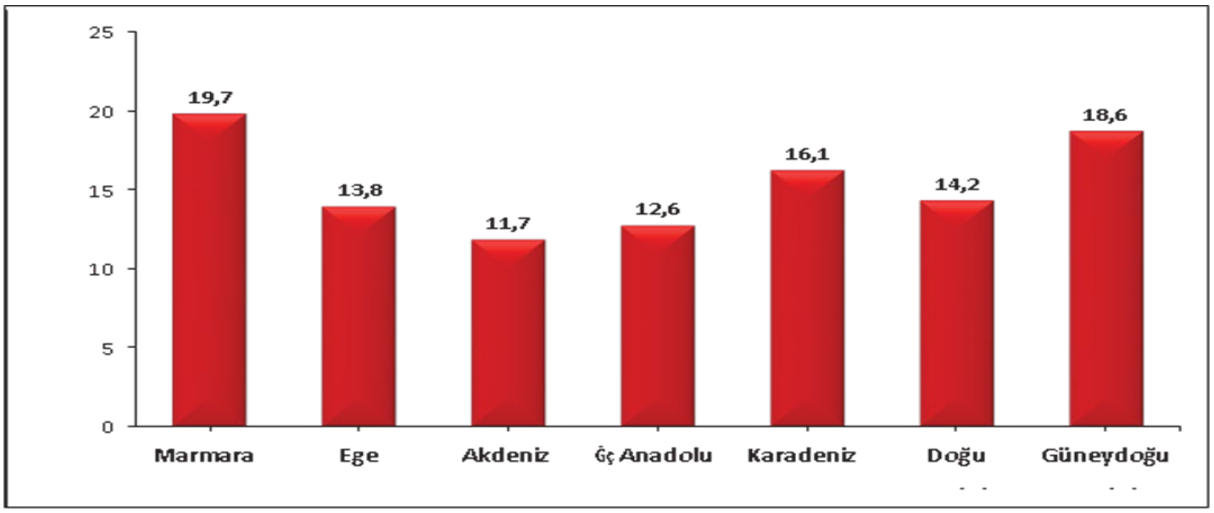
Şekil 1. Dünyada KBH'nın Prevalansı ve Evrelerine Göre Dağılımı

Farklı ülkelerde yapılan epidemiyolojik çalışmalar genelde benzer sonuçlar vermiştir. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, dünyada KBH oranı yüzde 10-16, mikroalbüminüri oranı ise yüzde 6-14 arasında değişmektedir. Yakın dönemde Hill ve arkadaşları, dünyada KBH sıklığına ilişkin yaklaşık 7 milyon hastayı kapsayan 100 epidemiyolojik çalışmanın meta-analizini yayınlamışlardır. Bu meta-analize göre, dünya genelinde erişkin popülasyonun yüzde 13.4'ünde KBH bulunmaktadır. Sonuç olarak, günümüzde dünyada 600 milyondan fazla insanda KBH olduğu tahmin edilmektedir. Diğer deyişle, genel olarak her 7-8 erişkinin birinde değişik derecelerde böbrek hastalığı olduğu düşünülmektedir. Genel yetişkin populasyondaki KBH oranı %15,7 dur. Diğer deyişle yaklaşık yetişkin 6 kişiden birisinde KBH vardır. Düşük GFH (<60 ml/dk) olan hasta oranı ise %5.1 olup her 20 yetişkinin birisinde kritik düzeyde KBH olduğu saptanmıştır(Şekil 2).



Şekil 2. Türkiye'de KBH'nın Prevalansı ve Evrelerine Göre Dağılımı

KBH prevalansı bakımından coğrafik bölgeler arasında anlamlı farklılıklar mevcuttur. Şekil 3'te görüldüğü gibi, KBH sıklığı Marmara ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde en yüksek, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinde ise en düşüktür. Lojistik regresyon analizi ülkemizde KBH sıklığının kadınlarda, yaşlılarda, kırsal bölgede yaşayanlarda, bazı coğrafik bölgelerde (Marmara, Güneydoğu Anadolu) ikamet edenlerde, hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı olanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir.



Şekil 3. Türkiye'de bölgelere göre kronik böbrek hastalığı prevalansı (CREDIT çalışması)

Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalar, hastalığın farkındalığının %10'un altında olduğunu göstermiştir. Kronik Böbrek Hastalığına bağlı 2-4 klinik belirteci olan hastalarda bile farkındalık oranı yüzde 10'u geçmemektedir. Türk Nefroloji Derneği (TND) tarafından yapılan Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışmasına (CREDIT) göre ülkemizde böbrek hasarının farkındalığı %2'nin altındadır.

KRONİK BÖBREK HASARI

Kronik böbrek hastalığı (KBH), çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişen kronik, ilerleyici ve geri dönüşümsüz nefron kaybı ile karakterize bir hastalıktır. Böbrek yapısında veya işlevinde üç aydan daha uzun süreli anormallik olması şeklinde tanımlanır.

- Sık görülen,
- Renal ve KV morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan,
- Farkındalığı ve erken tanısı düşük olan,
- Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen,

- Büyük ekonomik yük getiren,
- Ancak, önlenebilen veya geciktirilebilen bir hastalıktır.

National Kidney Foundation - Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF-KDOQI) Kronik Böbrek Hastalığı Değerlendirme ve Sınıflama Kılavuzuna göre;

- 3 ay veya daha uzun süren BÖBREK HASARI (GFH azalması olsun veya olmasın)
- Patolojik (yapısal) anormallikler
- Böbrek hasar göstergeleri
- İdrar anormallikleri (proteinüri vs)
- Kan anormallikleri (renal tubuler sendromlar)
- Görüntüleme yöntemlerindeki anormallikler
- Böbrek transplantasyonu VE / VEYA 3 ay veya daha uzun süren GFH AZALMASI (<60 mL/dk/1.73 m2) (Böbrek hasarı olsun veya olmasın)

Kronik Böbrek Hastalığı Tanı Kriterleri

KBH Kriterleri (en az biri 3 aydan uzun süredir var olmalı)	
Böbrek hasar belirteçleri	• Albüminüri (idrarla albümin atılımı ≥30 mg/24 saat; idrar albümin/kreatinin oranı ≥30 mg/gr • İdrar sediment anormallikleri • Tübüler bozukluğa bağlı anormallikler • Histolojik olarak saptanmış anormallikler • Görüntüleme ile saptanmış yapılar anormallikler • Böbrek nakli öyküsü
GFH azalması	GFH <60 ml/dk/1.73 m^2

Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri

KBH'nın gelişimi ve olumsuz sonuçları açısından risk artışına yol açan durumlar ve etkenler "risk faktörleri" olarak tanımlanır. KBH için risk faktörlerini tanımlamak; gerek yüksek risk grubunda yer alan bireylere yapılacak tarama testleri ile hastalığın erken evrede saptanması ve ilerlemesinin engellenmesi, gerekse KBH'nın olumsuz sonuçlarının azaltılması bakımından oldukça önemlidir (Tablo 1).

Tablo 1. Kronik Böbrek Hastalığı Risk Faktörleri

İleri yaş	Diabetes mellitus	Kardiyovasküler hastalık
Siyah ırk	Hipertansiyon	Proteinüri
Ailede KBH öyküsü	Otoimmün hastalıklar	Obezite
Düşük doğum ağırlığı	Üriner enfeksiyonlar	Dislipidemi
Böbrek kitlesinde azalma	Sistemik enfeksiyonlar	İlaç toksisitesi
Düşük sosyoekonomik düzey	Ağır metal toksisitesi	Sigara

Kronik Böbrek Hastalığı Evrelemesi

KBH'nın evrelendirmesinin, progresyon ve komplikasyon risk tabakalandırmasına dayanan hastalık yönetimine yön verecek nitelikte olması gerekir. Risk tabakalaması hastaların izlenmesi, eğitimi ve uygun tedavilerin seçiminde bir kılavuz olarak kullanılmalıdır (tablo 2).

Tablo 2. 2012 yılı KDIGO kılavuzuna göre kronik böbrek hastalığında GFH ve albüminüri kategorileri.

GFH Evreleri	GFH (ml/dk/1.73 m^2)	Tanım
G1	≥90	Normal veya yüksek
G2	60 - 89	Hafif azalmış
G3a	45 - 59	Hafif-orta derecede azalmış
G3b	30 - 44	Orta-şiddetli derecede azalmış
G4	15 - 29	Şiddetli azalmış
G5	<15	Böbrek yetmezliği
Albüminüri Evreleri	**AER (mg/gün)**	**Tanım**
A1	<30	Normal/yüksek normal
A2	30-300	Yüksek
A3	>300	Çok yüksek

KDIGO kılavuzunda önerilen bu yeni sınıflama, progresyon hızı ve komplikasyon riskleri açısından prognozun öngörülmesi ve buna göre izlem sıklığının ve uzmana sevk belirlenmesi açısından yol gösterici olabilir. KBH'nın erken evrelerinden itibaren, başlıca kardiyovasküler

olaylara bağlı olmak üzere morbidite ve mortalite riskleri artmıştır.Risk artışı GFH 60 ml/dk'nın altına indiğinde başlamakta ve hastalık ilerledikçe belirginleşmektedir. Bu nedenle, kılavuzlarda azalmış böbrek fonksiyonu bağımsız bir kardiyovasküler risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Hatta GFH'da azalma olmaksızın mikroalbüminüri varlığına da artmış mortalite riski eşlik etmektedir (Şekil 4).

				Persistan Albüminüri Kategorileri		
				A1	A2	A3
				Normal / yüksek normal	Yüksek	Çok yüksek
				<30 mg/gr <3 mg/mmol	30-300 mg/gr 3-30 mg/mmol	>300 mg/gr >30 mg/mmol
GFH Kategorileri (ml/dk/1,73 m²)	G1	Normal veya yüksek	≥90			
	G2	Hafif azalmış	60-89			
	G3a	Hafif - orta derecede azalmış	45-59			
	G3b	Orta - şiddetli derecede azalmış	30-44			
	G4	Şiddetli azalmış	15-29			
	G5	Böbrek yetmezliği	<15			

Şekil 4. GFH ve albüminüri kategorilerine göre kronik böbrek hastalığı prognozu (KDIGO 2012). Yeşil: Düşük risk (Böbrek hastalığının diğer belirtileri, kronik böbrek yetmezliği yoksa), Sarı: Orta derecede artmış risk, Turuncu: Yüksek risk, Kırmızı: Çok yüksek risk

Böbrek Hastalığı İçin Tarama Testleri

- Serum kreatinin düzeyi
- Glomerüler filtrasyon hızı
- Spot idrarda albümin/reatinin veya protein/kreatinin
- Tam idrar analizi

BİZ NE YAPMALIYIZ?

Erken dönem böbrek hasarı olan kişilerin büyük çoğunluğu ortaya çıkarılamamıştır. Bizim hedef kitlemiz bu noktadır. Böbrek hastalığı gelişimi için risk altındaki bireyleri saptamalıyız. Risk altındaki bireylere yapılacak düzenli taramalar ile böbrek hastalığının erken evrede tanısını sağlamalıyız. Böbrek hasarlarının ortaya çıkarılabilmesi için günümüzde kolaylıkla yapılabilen serum kreatinin, hesaplanmış GFR ve idrar albumin testleri mevcuttur.

Böbrek Hastalığının Erken Tanınması/Tarama

Yıllık olarak böbrek hastalığı açısından taranması önerilen grup

- Hipertansiyon
- Diyabet
- Kardiyovasküler hastalık
- Ailesinde böbrek hastalığı öyküsünün varlığı
- KBH insidansının yüksek olduğu durumlar
- İnatçı hematüri (ürolojik nedenler ekarte edilmiş)
- Tekrarlayan ÜSE'ları, taş hastalığı ya da üriner obstrüksiyon
- Böbreği etkileyebilecek sistemik hastalığı olan bireyler
- ✓ SLE,
- ✓ Hiperürisemi,
- ✓ Multiple myeloma,
- ✓ Küçük damar vaskülitleri
- ✓ Hepatit B,C, HIV vs.
- Potansiyel nefrotoksik ilaçlar ile uzun süre tedavi gören hastalar
- ✓ NSAII, ACEi, ARB, Lityum, Siklosporin, Takrolimus vb.

HEDEF DEĞERLER

- ✓ Proteinüri; artmış KVH riski ACE inhibitörü/ ARB (hiperkalemi, kontendikasyonlar dikkat !)
- ✓ Hedef kan basıncı < 130/80 mmHg
- Proteinüri varsa <125/75 mmHg
- ✓ Hedef hemoglobin Hb>13 KV mortalite riski <10 g/L->13.0 g/L olmamalı
- ✓ Hedef HbA1c<7.0
- ✓ Hedef LDL > 100 mg/Dl (geçirilmiş KVH varsa < 70 mg/dL)

Evre	Yaklaşım	Hekim
Evre 0	Tarama ve risk azaltımı	Aile Hekimleri
Evre 1	Tanı Komorbid durumların tedavisi Progresyonu engelleme Kardiyovasküler risk azaltımı	Aile Hekimleri İç Hastalıkları ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanları
Evre 2	Progresyonu saptama ve yavaşlatma Kardiyovasküler risk azaltımı	İç Hastalıkları Uzmanları Pediatrik Nefroloji Uzmanları
Evre 3	Progresyonu yavaşlatma Komplikasyonların saptanması ve tedavisi Kardiyovasküler risk azaltımı	İç Hastalıkları Uzmanları Nefroloji Uzmanları
Evre 4	Komplikasyonların tedavisi Kardiyovasküler risk azaltımı Renal replasman tedavisine hazırlık	Nefroloji ve Pediatrik Nefroloji Uzmanları
Evre 5	Renal replasman tedavileri (üremi varsa) Komplikasyonların tedavisi Kardiyovasküler risk azaltımı	Nefroloji Uzmanları

Şekil 5. Kronik böbrek hastalığının evrelerine göre eylem planı

Sonuç olarak; KBH'lı hastanın uygun bakım ve sevk yönetimi hayat kurtarıcıdır. Aile hekimleri bu konuda birinci basamak ve çok önemli**.** KBH hastaları için nefroloji uzmanları ile ortak çalışılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, et al. Global prevalence of chronic kidney disease – A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 2016; 11: e0158765
2. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, et al. A population based survey og chronic renal disease in Turkey- The CREDIT study. Nephrol Dial Transplant 2011;26:1862-71.
3. Türkiye Böbrek Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023.
4. Rovin BH, Adler SG, Barratt J, Bridoux F, Burdge KA, Chan TM, et al. Executive summary of the KDIGO 2021 Guideline for the Management of Glomerular Diseases. Kidney Int. 2021 Oct;100(4):753-779.
5. Ostermann M, Bellomo R, Burdmann EA, Doi K, Endre ZH, Goldstein SL, et al. Conference Participants. Controversies in acute kidney injury: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Conference. Kidney Int. 2020 Aug;98(2):294-309.

KRONİK HASTALIKLAR 2

Birinci Basamakta Gastrointestinal Sistem Hastalıklarına Yaklaşım

Doç. Dr. Murat ALTUNTAŞ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş:

Gastrointestinal sistem hastalıkları toplumda çok sık görülen bir grup hastalıktır ve sağlık kuruluşlarına olan başvuruların da önemli bir kısmını oluşturur.

İçerik:

Birinci basamakta sıklıkla karşılaştığımız sindirim sistemi patolojileri aşağıda belirtilmiştir:

Gastroözofagial Reflü Hastalığı (GÖRH):

Fizyolojik bir olay olan gastroözofageal reflü semptom ve/veya komplikasyonlara yol açtığında gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) olarak adlandırılmaktadır (1) . Patofizyolojisinde; alt özefagus sfinkterinde(AÖS) gevşeme sırasında aşırı asit reflüsü, bozulmuş AÖS istirahat basıncı sayılabilir. Pyrosis, regürjitasyon, globus, odinofaji, disfaji semptomları görülür (2). En sık komplikasyonu özefajit, en önemli komplikasyonu Barrett özofagusudur ki bu durum adenokarsinom riskini 30 kat arttırır (3). Bunun dışında hemoraji ve striktür oluşumu da komplikasyonlar arasında sayılabilir.

Tipik GÖRH semptomlarıyla gelen hastada tedavide öncelikle proton pompa inhibitörleri (PPİ) ve antisekretuvar tedavi denenmelidir. Hastaların büyük bir kısmı buna yanıt verir ve ileri tetkik gerekmez. İntraözefageal pH monitörizasyonu, özofageal manometri gibi testler de ileri tetkik olarak kullanılabilir. Disfaji, odinofaji, anemi, gastrointestinal kanama bulguları, kilo kaybı gibi bulguları alarm semptomudur ve hastalara endoskopi önerilmelidir

(4). Ayrıca 40 yaşın üstündeki bireylerde reflü tanısı konulduğunda Barrett özofagus ihtimalini değerlendirmek adına endoskopik inceleme önemlidir (2).

İlaç dışı tedavi önerilerinde; yatak başını yükseltmek, yatmadan önceki 3 saat içinde yemekten kaçınmak, yemeklerden sonra dik pozisyonda durmak, kızartma-acılı-baharatlı-yağlı yiyeceklerden, kafein, çikolata, sigara ve alkolden uzak durmak sayılabilir. Proton pompa inhibitörleri; asit supresyonu sağlarlar. GÖRH'te hem semptomatik düzelme hem de mukozal iyileşmenin sağlanması açısından kullanılabilecek en etkin tedavidir. Antiasitler, aljinatlar ve H2 reseptör antagonistleri de tedavi seçeneklerindendir (5).

Gastrit/Peptik Ülser:

Gastrit; mide mukozası enflamasyonudur. Peptik ülser ise; gastrointestinal kanalda asit ve pepsin içeren mide salgısı ile temas edebilen herhangi bir yerde mukozadan başlayan ve en az muskularis mukozayı da içine alan, sınırları belli doku kaybı ile karakterize akut veya kronik bir yaradır (6). Özofagus alt ucunda, midede ve duodenumda görülebilir. Sebepleri; asit maruziyeti ve mukozal koruyuculuğun azalmasıdır. H.pylori enfeksiyonu etyolojide çok önemli bir yere sahiptir. Duodenum ülserinde %95, gastrik ülserde %75-85 etiyolojik faktör H. pyloridir (7). Eradikasyonu, peptik ülser iyileşmesini hızlandırır. Bununla birlikte; NSAİD kullanımı, aspirin kullanımı, stres, kortikosteroid kullanımı da sebepler arasındadır.

Semptomları arasında epigastrik ağrı, epigastrik yanma, dispeptik şikayetler, bulantı, kusma, geğirme, şişkinlik, erken doyma sayılabilirken hastaların bir kısmı da asemptomatiktir(2). Duodenum ülserleri, gastrik ülserlere göre 2-3 kat daha yaygındır. Duodenal ülserlerde oluşan ağrı; besinlerle, antiasitlerle rahatlar. Gastrik ülserlerde ise yemekten hemen sonra başlayan ağrı, mide boşalması bitene kadar devam eder. Tanı anamnez ve fizik muayene ile konulabilir. Kesin teşhis için endoskopi gerekmektedir. Özellikle mide lokalizasyonlu ülserlerde biyopsi alınması oldukça önemlidir.

Tedavisinde; beslenme önerileri yapılır ve düzenli PPİ kullanımı önerilir. Dispeptik semptomlarda rahatlama sağlamak adına antiasitler önerilebilir. H2 Reseptör antagonistleri, bizmut, sükralfat da tedaviye eklenebilir.

İrritabl Barsak Sendromu (İBS):

Organik bir patoloji ile açıklanamayan, barsak alışkanlıklarında değişim ve kronik karın ağrısı ile karakterize bağırsağın fonksiyonel bir hastalığıdır (8). Kadın olmak, östrojen kullanımı, uzamış gastroenterit, antibiyotik kullanımı, gıda intoleransı, iskemik kolit

hikayesinin olması, kötü yaşam şartları ve yüksek öğrenim düzeyi risk faktörlerini oluşturmaktadır. Fonksiyonel karın ağrılarından ayrımında en önemli kriter; İBS'deki karın ağrısının defekasyon ile rahatlamasıdır. İBS'deki karın ağrısının özellikleri: İyi lokalize olmayan, aralıklı, defekasyon ile rahatlayan, gece olmayan, stres ile ilişkili, yemek sonrası artan olarak sıralanabilir.

İBS tanısı için Roma IV kriterlerine göre (9);

(Şikayetlerin tanıdan en az 6 ay önce başlamış olması gerekir ve son 3 ayda tanı kriterlerini doldurmalıdır. Buna göre; son 3 ayda, haftada en az 1 gün tekrarlayan karın ağrısı olmalı ve aşağıdaki kriterlerden 2 veya daha fazlası eşlik etmelidir.)

• Defekasyon ile ilişkili (defekasyon sonrası rahatlama)

• Dışkılama sıklığında değişme

• Dışkı şeklinde değişme akılda tutulmalıdır.

Ayrıca alarm semptomlarına da özellikle dikkat etmek gerekir ki (2);

Alarm semptomlarıRektal kanama

- Gece ağrıları
- Elektrolit bozuklukları
- Kilo kaybı
- Anemi
- Sedimentasyon yüksekliği
- CRP yüksekliği
- Ailede kolon kanseri öyküsü
- Ailede inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü
- Geç başlangıç yaşı

şeklinde sayılabilir.

Altın standart ve tam kür sağlayan bir tedavi yöntemi yoktur. Hastaya da bu durum uygun bir dille açıklanmalıdır, şikayetlerinin zaman zaman artıp azalabileceği konusunda bilgi verilmelidir (2). Gaz üreten besinlerden kaçınmak, lifli besinleri tercih etmek denenebilir. Semptomatik tedaviler uygulanabilir. Karın ağrısı için antispazmodikler, diyare için opioid agonistleri, kabızlık için laktüloz içeren ajanlar, probiyotikler denenebilir.

Konstipasyon:

Az sayıda dışkılama, zor dışkı geçişi veya her ikisi ile karakterize edilen yetersiz dışkılama olarak tanımlanmaktadır (10). Normal defekasyon sayısı günde 3 kez ile 3 günde 1 kez olarak kabul edilmektedir. Sedanter yaşam tarzı, yetersiz sıvı alımı, yaşlılık, düşük fiberli diyet, irritabl barsak hastalığı (İBS) kabızlık için risk faktörleridir. Antipiretik ve analjezik ilaçlar (morfin, kodein), antikolinerjik ilaçlar, antidepresanlar, demir ve kalsiyum preparatları da kabızlığın sık nedenlerindendir.

Fonksiyonel konstipasyon için Roma-IV tanı kriterleri: (Semptomların tanıdan en az 6 ay önce başlamış ve son 3 aydır devam etmiş olması gerekir.) (9)

1) Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasını içermeli:
   a) Defekasyonların dörtte birinden fazlasında aşırı ıkınma olmalı
   b) Defekasyonların dörtte birinden fazlasında topak şeklinde veya keçi pisliği şeklinde feçes çıkarma
   c) Defekasyonların dörtte birinden fazlasında yetersiz boşalma hissi olması
   d) Defekasyonların dörtte birinden fazlasında anorektal bölgede engelleme veya tıkanma hissi olması
   e) Defekasyonların dörtte birinden fazlasında elle defekasyona yardım etme (örneğin parmakla rektumu boşaltma veya pelvise bası yapma)
   f) Haftada üç kezden az spontan defekasyon olması
2) Laksatif kullanmadan yumuşak, şekilsiz feçesin nadiren olması
3) İBS tanısı için yeterli kriterin olmaması şeklindedir.

Tedavide; diyette lif içeren gıdalar arttırmak oldukça önemlidir. Ayrıca dehidratasyon bulgusu olmasa dahi günlük 2-2.5 litre su tüketimi önerilmelidir. Barsak alışkanlıklarını düzenlemek adına hastalara; defekasyona yeterli ve düzenli zaman ayırmasını söylemek, fiziksel aktivitede artışı desteklemek ve kabızlığa sebep olacak ilaç varsa düzenlemek etkili olacaktır (11). Laktüloz, polietilen glikol, stimülan laksatifler (senna ve bisakodil) ,enema, gliserin suppozituvarlar tedavide kullanılabilir.

Diyare:

Sulu dışkılamadır. Süresine göre; akut (<2 hafta), persistan (2-4 hafta) ve kronik (>4 hafta) olarak, fizyopatolojisine göre ise; osmotik ve sekretuvar ishal olarak, lokalizasyonuna göre ise ince barsak) ve kalın barsak tipi olarak sınıflandırılır (12).

Akut ishal çoğunlukla kendini sınırlar. En sık viral sebeplere (rotavirüs, adenovirüs, norovirüs) bağlı olur. Gıda zehirlenmeleri (S.aureus, B.cereus, C. Perfringens), bazı ilaçlar (laksatifler, antiasitler, laktuloz, kolşisin, diüretikler, propranolol, aspirin, NSAİD) da sebep olabilir.

Tedavide bol sıvı alımı ve beslenmenin devamı önerilir. Oral rehidratasyon sıvısı ve probiyotikler tedaviye destek amaçlı verilebilir. Hastalar dehidratasyon yönünden değerlendirilmelidir. Gereken durumlarda (orta dehidratasyon-halsizlik,ortostatik hipotansiyon, ileri dehidratasyon–bilinç bulanıklığı vb.) intravenöz replasman için sevk edilmelidir (2). Hastanın ateşi 38.5 °C'tan yüksekse, kanlı ishal varsa, immün yetmezlik mevcutsa, yaş >65 ise dışkı mikroskopisi ve kültürü açısından yönlendirilmelidir.

Ampirik antibiyotik kullanımı gereği düşünülüyorsa ilk tercih olarak siprofloksasin 500 mg 2x1 (7 gün) tercih edilebilir. 10 günden uzun süren ishallerde paraziter enfeksiyon düşünülmelidir ve tedavide metronidazol 250 mg 3x1 (5-7 gün) verilebilir.

Kronik ishalde enfeksiyoz ajanlar nadiren görülür. Sulu, inflamatuvar, yağlı diyare olarak farklı gruplarda incelenebilir. Anamnez çok önemlidir. Alarm semptomları varlığında ve kronik kanlı ishallerde hasta vakit kaybetmeden gastroenterolojiye sevk edilmelidir.

Kolon kanseri açısından alarm semptomları sorgulanmalıdır ki bunlar (4);

- 50 yaşın üzerinde olmak
- Bağırsak alışkanlığında değişiklikler (son zamanlarda ortaya çıkan kabızlık veya diyare)
- Alt gastrointestinal sistem kanaması
- Demir eksikliği anemisi
- Son zamanlarda ortaya çıkan karın ağrısı, gaz, şişkinlik
- Açıklanamayan kilo kaybı
- Ailede kolorektal kanser hikayesi
- Palpable abdominal veya rektal kitle şeklinde ifade edilebilir.

Hastanın fizik muayenesi yapılmalıdır ve hemogram/geniş biyokimya tahlilleri istenmelidir. Tedavi hedefe yönelik yapılmalıdır. Anamnezde alınan bazı ipuçları olası tanıya yaklaştırabilir (13):

- Devamlı ishal, abdominal ağrı, diyare dışında ateş, kilo kaybı, anoreksi, bulantı, kusma, malnütrisyon, vitamin eksiklikleri, kemik kaybı, yorgunluk: Ülseratif kolit, crohn gibi patolojileri düşündürürken,
- Kronik ishal, bol miktarda, yağlı ve pis kokulu dışkılama, kilo kaybı: Malabsorbsiyon sendromlarını,
- Arada olan kabızlık dönemi varlığı: İBS'yi
- Oral demir tedavisine yanıtsız anemi, tedaviye yanıtlı, ancak kısa sürede nüks olan: Çölyak hastalığını düşündürebilir.

Sonuç:

Yukarıda detaylarıyla belirtilen tüm bu patolojiler için öncelikle hedef; var olan yakınmanın doğru şekilde ele alınması olmalıdır ki, bu da anamnez ve fizik muayenenin önemini bir kez daha ortaya çıkartmaktadır.

Kaynakça:

1. Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol 2006;101:1900-20.
2. Günher Arıca S., Öztürk G. (2020). *Aile Hekimliği Sık Görülen Hastalıklar ve Reçeteleme Rehberi.* İstanbul: EMA Tıp Kitabevi.
3. Yeginsu, A., Ergin, M., Köseoğlu, R. D., & Başsorgun, C. İ. (2009). Barrett özofagusu. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, *17*(3), 221-228.
4. Fidan, S. (2018). Birinci Basamakta Gastrointestinal Sistem Kanserlerinin Alarm Bulguları. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 22(3), 191-196.
5. Vardar, R. (2012). Gastroözofageal Reflü Hastalığı. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 16(2), 126-132.
6. Bozkurt N. Sindirim Sistemi Hastalıklarında Beslenme, Baysal A, Editör. Diyet El Kitabı. Ankara. Hatiboğlu Yayınevi 2002; 117-151.
7. Yüksel, A. (2016). Peptik ülser ve beslenme. *Güncel Gastroenteroloji*, *20*(3), 223-226.
8. Akyüz, F. (2016). İrritabl Barsak Sendromu. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, *20*(4), 415-420.

9. Kaya M., Kaçmaz H. (2016). Roma IV Kriterlerine Göre Fonksiyonel Barsak Hastalıklarının Yeniden Değerlendirilmesi. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, *20*(4), 393-408.
10. Kılıç, S., Tunç, N. (2020). Konstipasyon. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 24(2), 53-62.
11. Bengi, G., Yalçın, M., Akpınar, H. (2014). Kronik Konstipasyona Güncel Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 18(1), 72-88.
12. Özütemiz, A. (2015). Birinci Basamakta İshalli Hastaya Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 19(3), 150-156.
13. Sarıtaş Yüksel, E., Topal F. (2017). Kronik Diyare Nedenleri. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 21(2), 101-107.

DAVETLİ KONUŞMACILAR

AİLE HEKİMLİĞİNDE AKREDİTASYON

AİLE HEKİMLİĞİNDE AKREDİTASYON

Akreditasyon Süreci

Doç. Dr. İsmail ARSLAN
TAHYK YK Sekreteri

Sunum planı

- Amaç
- Başvuru
- Standartlar
- Değerlendirme
- Süreç

Giriş

- Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Yeterlik Kurulu (TAHYK), Gönüllülük esasına dayalı olarak ve Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumların daveti üzerine, Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumların akreditasyonlarını gerçekleştirmektedir.

Amaç

- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin niteliğini artırmak için çaba gösteren eğiticileri ve eğitim kurumlarını;

Yüreklendirme, Destekleme, Rehberlik etmek ve

Aile hekimliği uzmanlığı eğitimini sürekli geliştirmek amaçlanmıştır.

Hazırlık aşamasında

• Akreditasyon için rehber bilgiler,

• Değerlendirme formları,

• Standartlar oluşturuldu.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Temel Standartları

• Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Temel Standartları 2022

9 Ana başlık, 32 ara başlık, 60 standart'an oluşmaktadır.

ANA BAŞLIKLAR

1. AMAÇ VE HEDEFLER
2. EĞİTİM SÜRECİ
3. UZMANLIK ÖĞRENCİLERİ
4. UZMANLIK ÖĞRENCİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
5. EĞİTİM- ÖĞRETİM KADROSU
6. EĞİTİM ORTAMLARI VE EĞİTSEL KAYNAKLAR
7. EĞİTİM PROGRAMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ SÜRECİ
8. YÖNETİM VE YÖNETİCİLİK
9. SÜREKLİ YENİLENME

Bir standartın incelenmesi;

3.5. Asistan Hekim Temsiliyeti

Standart No	**TS. 3.5.1**	Eğitim programının tasarımı ve değerlendirilmesi, çalışma koşulları ve ilgili tüm süreçlerde asistan hekimin temsiliyeti ve katılımı **mutlaka** sağlanmalıdır.
Açıklama		Asistan hekim temsilcilerinin seçimi şeffaf ve demokratik bir şekilde yapılmalı ve eğitim programının her düzeyinde alınan kararlarda temsilcilerin yer almasını sağlanmalıdır.
Kurumun standart ile ilgili durumu	**1**	Bir asistan hekim temsilcisi tanımlanmamış, süreçler yukarıdan aşağıya tanımlanıyor.
	2	Atanmış bir öğrenci temsilcisi var, asistanlara görevlerini iletmekle sorumlu.
	3	Uzmanlık öğrencileri tarafından seçilmiş bir temsilci var, eğitim programının düzenlenmesinde, çalışma koşullarının belirlenmesi sürecinde görev alır.
	4	Uzmanlık öğrencileri tarafından seçilmiş bir temsilci var, eğitim programının düzenlenmesinde, çalışma koşullarının belirlenmesinde aktif görev alıyor, öğrenci geri bildirimlerini değerlendirip eğitici kadro ile paylaşıyor.
	5	Uzmanlık öğrencileri tarafından seçilmiş bir temsilci var, eğitim programının düzenlenmesinde, çalışma koşullarının belirlenmesinde aktif görev alıyor, öğrenci geri bildirimlerini değerlendirip eğitici kadro ile paylaşıyor. Eğitici/ler tarafından bu geri bildirimlerle ilgili uzmanlık öğrencileri ile birlikte düzenli değerlendirme toplantıları yapılmaktadır.
Belgeler		• Temsilci seçimi tutanakları. • Temsilci geri bildirim yazışmaları. • Temsilcinin katıldığı eğitim komisyon toplantılarının tutanakları.

TAHYK Akreditasyon Takvimi

tahud.org.tr/page/akreditasyon-takvimi

English

TAHUD Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Hakkımızda | Şubeler | Uluslararası | TAHYK | SMG | Hukuk | Haberler

"Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği web sitesine hoş geldiniz."

TAHYK

- Kurullar
- Tarihçe
- TAHYK Yönergesi
- TAH-SMG
- Yeterlik Sınavı
- Akreditasyon Takvimi
- Kurum Akreditasyonu 2022

Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu Aile Hekimliği Anabilim Dalları ve Kliniklerini akredite etmek için takvim hazırlamıştır.

2022 Yılı TAHYK Akreditasyon Takvimi

1- Aile Hekimliği Anabilim Dalları veya Kliniklerinden akreditasyona başvurmak isteyenler 1 Temmuz 2022 saat 23:59'a kadar başvuru dilekçelerini tahyk@tahud.org.tr adresine iletirler.

2- Başvuru yapan Anabilim Dalı/Klinik, "Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitimi Veren Kurum Ulusal Standartları 2022"ye göre hazırlanmış özdeğerlendirme raporunu 1 Ağustos 2022'ye kadar TAHYK'ya iletir. (İletim Adresi: TAHUD Genel Merkezi Güzeltepe Mah. Ahmet Rasim Sok. Yuva Apt. No:44/3 Çankaya/Ankara, Tel: 0530 642 92 43)

3- Özdeğerlendirme raporları 1 Ekim 2022'ye kadar TAHYK Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitimi Veren Kurum Ulusal Standartları 2022'ye göre değerlendirilerek sonuç başvuru sahibine bildirilir.

4- Başvurunun ön kabulü kararı alındığı takdirde ilgili başvuru sahibi ile temasa geçilerek 15 Ekim 2022 tarihinden itibaren ziyaret programı oluşturulur.

5- Ek belge istenme kararı alındı ise bu belgeler başvuru sahibinden istenir. Bu belgelerin istenme tarihinden itibaren 10 gün içinde TAHYK'na ulaştırılması başvuru sahibinin sorumluluğundadır.

6- Başvurunun kabul edilmemesi halinde gerekçeli sonuç başvuru sahibine bildirilir.

Başvuru

• Akredite olmak isteyen Anabilim Dalı Başkanı veya Klinik Eğitim Sorumlusu tarafından oluşturulan başvurular tahyk@tahud.org.tr adresinden başvuru süresi içinde yapılır.

Özdeğerlendirme Raporu

• Akreditasyon standartlarından her birini kliniklerinde nasıl sağladıklarını anlatan bir rapor ve bunu gösteren belgelerden oluşur.

ÖZDEĞERLENDİRME RAPORU DEĞERLENDİRME SÜRECİ

- Akreditasyon komisyonu tarafından incelenir.
- KABUL ve ZİYARET TAKVİMİ OLUŞTURMA
- EKSİK BELGE İSTEME
- RED ve GERİ BİLDİRİM

Akreditasyon Ziyaretleri

- Ziyaret gününe akredite olacak kurumla beraber karar verilir.
- Ziyaret komisyonu 3 kişiden oluşur.
- Ayrıca TTB'den 1 gözlemci gelir.

Ziyaret Programı

Saat	Etkinlik	Açıklama
09.00-09.40	Açılış Oturumu	Klinik sorumlusu açılış konuşması (5 dakika) Ziyaret Ekip Başkanı sunum (5 dakika) Kurum Eğitim Sorumlusu Özdeğerlendirme Raporu sunumu (20 dakika) Hastane yöneticisi ya da dekan konuşması (istek olursa) (5 dakika)
09.40-10.00	Ara	
10.00-10.50	Asistan Hekimler Görüşmesi	Her dönemden en az 2 asistan hekim katılımı sağlanarak 10 kişi ile görüşme yapılacaktır. Görüşmeler en fazla kıdemliler ve yeni başlayanlar olmak üzere iki grup halinde yapılacak.
10.50-11.00	Ara	
11.00-11.50	Eğiticiler Görüşmesi	Yaklaşık 10 eğiticinin görüşmeye katılması istenir. Eğiticilerin farklı kıdemlerden ve özellikle genel pediatri eğitiminde daha fazla görev alan veya zorunlu rotasyonların olduğu bölümlerden seçilmesi (Sosyal Peditri, Yenidoğan, Adölesan, Enfeksiyon Hastalıkları, Yoğunbakım vb… (Kurum eğitim sorumlusu görüşmede yer alır.)
11.50-12.20	Yöneticilerle Görüşme	Kurum başhekim, eğitim sorumlusu, dekan vb. ile birlikte görüşme (olanaklı ise)
12.20-13.30	Yemek Arası	
13.30-15.00	Eğitim Olanaklarının Yerinde Görülmesi	-Eğitim ortamları (klinik, poliklinik, ameliyathane, laboratuvarlar …) -Asistan odaları, eğitici odaları, kütüphane … -Eğitim alt yapı olanakları (Internet, bilgisayar vb.)
15.00-15.20	Ara	
15.20-15.40	Çıkış Bildirimi Toplantısı	-Sonraki süreçle ilgili bilgi verme
15.40-17.00	Ziyaret Ekibi Toplantısı	Ziyaret Ekibinin ziyaret sürecini değerlendirmesi için kendi aralarında toplantı.

Ziyaret raporları

- Ziyaret komisyonu tarafından oluşturulan rapor TAHYK Yürütme Kuruluna sunulur.
- Nihai kararı TAHYK YK verir.

Karar

- TAHYK Yürütme Kurulu toplanır ve başvuruların KABUL ya da RED kararını verir.
- Alınan kararlar başvuru sahiplerine bildirilir.
- Akredite olan kliniklere belgeleri Ulusal Kongre esnasında takdim edilir.
- Teşekkürler.

AİLE HEKİMLİĞİNDE AKREDİTASYON

Bir Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akreditasyon Ziyaretinin Ardından

Prof. Dr. Fatma Gökşin CİHAN
NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Bu oturumda daha önce yapılan Aile Hekimliği Anabilim Dalı akreditasyon ziyaretlerinden örnekler verilerek yeterlilik için başvuracak anabilim dalı ve kliniklere yol gösterilmesi amaçlanmıştır.

Örnek verilecek olan akreditasyon ziyaretleri aile hekimliği kliniği/anabilim dalı ve eğitim aile sağlığı merkezinden (EASM) oluşan fiziki mekânlarda gerçekleştirildi. Akreditasyon ekibi Aralık 2021 tarihinde ziyaretlerini yapmıştır. Ziyaret ekipleri Türkiye Aile Hekimleri Yeterlilik Kurulu tarafından görevlendirilen öğretim üyelerinden oluşmaktaydı.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Temel Standartları 2022 dokuz ana başlık, 32 ara başlık ve 60 standarttan oluşmaktadır. Başvuru sırasında akreditasyon standartlarından her birini kliniklerinde nasıl sağladıklarını anlatan bir rapor ve bunu gösteren belgeler öz değerlendirme raporu olarak verilmelidir. Ziyaret sırasında bu raporda belirtilenler ziyaret ekibi tarafından da teyit edilebilmelidir. Aile hekimliği kliniği/anabilim dalının akredite olabilmesi için her ara başlıktaki standartları asgari 3 puan düzeyinde karşılaması beklenmektedir.

Ana Başlıklar:

1. Amaç ve hedefler
2. Eğitim süreci
3. Uzmanlık öğrencileri
4. Uzmanlık öğrencilerinin değerlendirilmesi
5. Eğitim- öğretim kadrosu
6. Eğitim ortamları ve eğitsel kaynaklar
7. Eğitim programlarının değerlendirilmesi süreci
8. Yönetim ve yöneticilik

9. Sürekli yenilenme

Sonuç olarak; Akreditasyon ziyareti sırasında pek çok faktör gözden geçirilip kontrol edilmektedir. Aile Hekimliği Yeterlilik Kuruluna başvurmadan önce bu örnekte bahsedilen noktaların üzerinden geçilmesi ve bu sürecin yıllardır yapılagelen uygulamalara somut belgelerle dayandırılması gerektiği unutulmamalıdır.

DAVETLİ KONUŞMACILAR

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)

Prof. Dr. Uğur BİLGE
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

AİK; kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyette ve kolayca ulaşabilmeleri olarak tanımlanmıştır. İlaçların üretilip piyasaya sunulma onayı, Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ruhsat ile olmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat verilmeyen hiçbir ürünün ilaç olarak algılanması doğru değildir.

İstenen etkiyi göstermesi için alınan ilaç, uygulandığı yerden vücuda emilir, vücutta dağılır, yıkım ve değişikliğe uğrar, vücuttan atılır. İlacın beklenen etki/etkileri yanında, beklenmeyen etkileri ortaya çıkabilir. İlaç ile birlikte vücuda alınan başka ilaçlar veya maddelerle (bitkisel çaylar, Tarım Bakanlığı onaylı gıda takviyesi tablet, toz vb…) etkileşerek farklı sonuçlar doğurabilir. Ayrıca ilaç etkisi; yaş, cinsiyet, ırk, vücut ağırlığı, ek hastalıklar, yeme alışkanlıkları, çevresel faktörlere göre değişiklik gösterebilir.

İlaç kullanacak kişinin, aldığı sağlık hizmetini doğru uygulayabilmesi için öncelikle AİK bilincinin gelişmiş olması gerekir. Tedaviden beklenen sonucun alınabilmesinde anahtar rol, ilacı kullanacak kişiye aittir. Bu nedenle hasta, kişisel bilgilerini, hastalık özgeçmişini, kullandığı ilaç ve takviyeleri hekimine eksiksiz olarak aktarmalıdır. Bunun sonucunda hekim hastasına özel tedavi ve ilaç kullanım şeklini belirler. Hasta hekimi tarafından verilen tedavi yöntemini özenle uygulamaktan ve gerekirse geri bildirim yapmaktan sorumludur.

Ülkemizde antibiyotiklerin en çok kullanılan ilaçlar arasında olduğu, bunların önemli bir bölümünün hekim muayenesi ve eczacı danışmanlığı olmadan gereksiz ya da yanlış kullanıldığını ortaya koyan çok sayıda araştırma mevcuttur. Bilinçsiz antibiyotik kullanımı bakterilere karşı direnç gelişimini hızla artırmaktadır. Bakteriler geliştirdikleri direnç

mekanizmaları ile antibiyotik etkisinden korunurlar. Antibiyotikli ortamda yaşamaya ve çoğalmaya devam ederler. Sorumsuzca kullanılan her antibiyotik gelecekte baş edilmesi daha zor enfeksiyonların gelişmesine ve tedavi süreçlerinin daha da zorlaşmasına sebep olacaktır.

Akılcı olmayan enjeksiyonlar, hem hastalara hem de oluşturduğu komplikasyonlar ve ekstra maliyetler nedeniyle sorun oluşturmaktadır. Reçete edilirken ora formu olan ilaçlar tercih edilmeli, eğer bir enjeksiyonun oral formu mevcutsa oral form seçilmelidir.

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Yaşlılarda Polifarmasi ve İlaç Sayısının Azaltılması

Prof. Dr. M. Çiğdem APAYDIN KAYA
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Çok sayıda ilaç kullanımı diğer yaş gruplarına göre artan yaşla birlikte daha fazla görülmektedir. Yaşlılarda kullanılan ilaç sayısında artışın en önemli sebeplerinden birisi birden fazla kronik hastalığın birlikte görülmesidir. Yaşlanma ile birlikte azalan vücut fonksiyonlarıyla birlikte ilacın farmakokinetiğinin değişmesi ve kullanılan ilaç sayısının artması fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarda bozulma, düşme sıklığında artma, ilaç etkileşimleri, istenmeyen ilaç reaksiyonları, vb pek çok sağlık probleminin ortaya çıkmasına hatta mortaliteye yol açabilmektedir.

Hastalar tarafından sürekli kullanılan ilaçların yazılması için yapılan vizitler ile kontrol ve periyodik muayene vizitleri polifarmasinin ve yol açabileceği olası problemlerin önlenmesi için kaçırılmaması gereken fırsatlardır. Bu vizitlerde reçeteli olarak kullanılan ilaçların yanı sıra reçetesiz ilaçların ve ilaç dışı (bitkisel vb.) ürünlerin de gözden geçirilmesi önemlidir. Yeni başlayan yakınma ya da bulgu varlığında hasta mutlaka polifarmasi ve ilaç etkileşimleri açısından değerlendirmelidir. Uygun yaklaşımlarla ilaç sayısının azaltılmasının, olumsuz bir durum yaşanmadan, özellikle yaşlı hastalarda, genel sağlıkta iyileşme başta olmak üzere birçok sağlık göstergesinde iyileşme sağladığına dair pek çok kanıt vardır.

Yaşlılarda kullanılan ilaç sayısını azaltmak için bazı rehberlerden yararlanılabilir. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions) - START (Screening Tool to Alert to Right Treatment) rehberi bunlardan birisidir. Bu rehber, kullanımı potansiyel olarak yaşlılarda kullanımı uygun olmayan ilaçların tanınmasına ve farklı bir ilaç seçimi konusunda yol göstericidir. Beers Kriterleri da yaşlılarda kaçınılması gereken riskli ilaçları listeler.

İlaç sayısının azaltılmasında ilk basamak hastanın risklerinin belirlenmesidir. Sonraki basamak hasta ve yakınlarının ilaç azaltımı konusunda bilgilendirilmesidir. Her bir ilacın endikasyonunun sürüp sürmediği, ilacın hala etkili olup olmadığı, yeni bir bulgu gelişip gelişmediği ve yaşlılar için riskli olan ilaçlar değerlendirilmelidir. Hasta ve hasta yakınlarının azaltılacak ilaç konusundaki tercihleri de göz önünde bulundurulmalıdır. İlk kesilecek ilaç, yan etki yaptığından şüphelenilen ilaç olabilir. Antikolinerjik ve sedatif ilaçlar da kesilmesi düşünülmesi gerekn ilk ilaçlar arasında olmalıdır. Birbirinin benzeri etkiye sahip ilaçların kesilmesi ve bazı ilaçların kombinasyon şeklinde önerilmesi ilaç sayısının azaltılmasında bir diğer basamaktır. Hastaya özel tedavi hedeflerinin değişmesi ilaç dozularında değişikliğe neden olabilir ya da ilacın kullanıılması gerektiğini ortadan kaldırabilir. Güncel bilgilerin takibi ve kişi merkezli yaklaşımla tedavi hedeflerinin gözden geçirilmesi ilaç sayısının azaltılmasına katkıda bulunabilir. Kanıtlarla desteklenen ilaç dışı tedavi seçenekleri mutlaka önerilmelidir. Tuz kısıtlaması, egzersiz vb gibi ilaç dışı seçeneklerin uygulanması ile ilaç sayısını azaltılması kolaylaşacaktır. Geçici olarak başlanan bazı ilaçların hastane çıkışı sonrası hastalar tarafından sürekli kullanıldığı bilinmektedir. Bu nedenle hastane ya da bakım merkezi çıkışlarında tüm ilaçlar gözden geçirmelidir.

İlaç sayısı azaltılırken özellikle bazı ilaçlar birden kesilmemeli, dozu azaltılarak zaman içerisinde kesilmelidir. Kortikosteroidler, antidepresanlar, gabapentin, beta blokerler, levodopa, opiyatlar, proton pompa inhibitörleri bu ilaçlardan bazılarıdır. Bir ilacın kesilmesi durumunda kullanılan diğer ilacın etkisinin değişip değişmeyeceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

İlaç azaltılmasında önemli bir nokta her seferinde tek bir ilaç kesilmesidir. İlaçları azaltmak mümkün değilse doz azaltımı açısından değerlendirme yapılmalıdır. Son olarak, polifarmasinin ve doğurabileceği olumsuz sonuçları engellemeye çalışırken gerekli ilaçların kullanıldığından da emin olunmalıdır.

Kaynaklar:

1. Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. Am Fam Physician. 2019;100(1):32-38.

2. Junius-Walker U, Theile G, Hummers-Pradier E. Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. Fam Pract 2007;24:14-9.

3. Hajjar ER, Hanlon JT, Sloane RJ, et al. Unnecessary drug use in frail older people at hospital discharge. J Am Geriatr Soc 2005;53:1518.

4. Wright RM, Sloane R, Pieper CF, et al. Underuse of indicated medications among physically frail older US veterans at the time of hospital discharge: results of a cross-sectional analysis of data from the Geriatric Evaluation and Management Drug Study. Am J Geriatr Pharmacother. 2009;7(5):271-80.

5. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. Arch Intern Med. 2010;170(18):1648-54.

6. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing. 2015;44(2):213-8.

7. Brunetti E, Aurucci ML, Boietti E, et al. Clinical Implications of Potentially Inappropriate Prescribing According to STOPP/START Version 2 Criteria in Older Polymorbid Patients Discharged From Geriatric and Internal Medicine Wards: A Prospective Observational Multicenter Study. J Am Med Dir Assoc. 2019;20(11):1476.e1-1476.e10.

8. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019 Apr;67(4):674-694.

DAVETLİ KONUŞMACILAR

YAŞLI SAĞLIĞI

YAŞLI SAĞLIĞI

Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Değerlendirmesi

Prof. Dr. Özgür ENGİNYURT
Ordu Üniversitesi

Doğumda beklenen yaşam süresinin artması, doğurganlık hızının azalması ile birlikte günümüz toplumu giderek yaşlanmaktadır. Türkiye de hızlı yaşlanma sürecinin beklendiği ülkelerden birisidir. 2040'a kadar Türkiye'de yaşlı nüfusta % 201'lik bir artış beklenmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresi 73,2 yıla ulaşmıştır.

Yaşlanma bir süreçtir ve sağlıklı yaşlanma yaşlılık belirtilerinin görülmemesi değil; bireyin yaşlılığın getirdiği değişikliklere kolay adapte olmasıdır. Hekimler, yaşlı bireyleri bu süreçte desteklemeliler.

İyi ve sağlıklı yaşlanma 3 faktör içerir;

1-Hastalık ve sakatlık olasılığının düşük olması

2-Zihinsel ve fiziksel fonksiyonların yüksek olması

3-Yaşama karşı aktif bağlılık

Yaşlanmaya Etki Eden Faktörler; Yaşlanma ile strese uyum cevabında azalma oluşur, yaşlı bireyin dışarıdan gelen uyarılara karşı homeostazı koruması giderek zorlaşır, yaşlanma teorileri içinde en çok kabul gören oksidadif strestir.

Oksidatif Stres: Yaşlanma ile birlikte oksidan maddelerin miktarı artar ve antioksidan sistemler yetersiz kalır.

Proliferasyon kabiliyeti olmayan, hücre bölünmesi yoluyla oksidatif hasarı azaltamayan, nöronlar ve kardiyak miyositler oksidadif hasardan en çok etkilenen hücrelerdir.

85 yaş ve üzerinde olmak, birden fazla ilaç kullanmak, düşmeye bağlı yaralanma, beslenme bozukluğu, demans, depresyon, fonksiyonel kayıp, kronik hastalıklar, sosyal bağımlılık ve hospitalizasyon oksidatif hasara yol açar. Oksidatif hasar sonrası da yaşlılarda sık görülen sorunlar ortaya çıkmaya başlar.

Kanser vakaları 60-79 yaş arası kadın ve erkeklerde başlıca ölüm nedenidir.

Aşağıdaki kanser türleri yaşlıda sık görülür:

1. Meme kanseri

2. Kolorektal kanser

3. Serviks kanseri

4. Prostat kanseri

5. Akciğer kanseri

6. Cilt kanseri

Önemli oşan uzun yaşam süresi değil, sağlıklı yaşlanabilmektir.

Yeterli ve dengeli beslenme, Bedensel etkinlik, sigara içmeme, alkolden uzak bir yaşam, boş amanları değerlendirebilme, yeterli ve düzenli uyku, stresle baş edebilme gibi davranışların çocukluktan itibaren geliştirilmesi ile yaşlılıkta kanserden korunmak mümkün olabilir.

Kanser Taramaları:

Meme kanserinin erken teşhisi için 40 yaş üzeri kadınlarda yılda bir defa klinik meme muayenesi, 50 yaş üzerinde yılda bir defa mamografi önerilir.

Kolorektal kanserin erken teşhisi için 50 yaş üzeri kadın ve erkeklerde yılda bir kez GGK, 10 yılda bir kolonoskopi önerilir.

Serviks kanseri erken teşhisi için 35-40 yaş arasında yılda bir kez servikal smear örneği alınır.

Prostat kanserini önlemek için 50 yaş üzeri erkeklerde yıllık rektal tuşe ve PSA bakılmalı.

Yaşlılık döneminde bazal metabolizma hızı azalır, dolayısıyla da toplam enerji harcaması-kalori gereksinimi azalır. Bu dönemde kilogram başına 30 kkal/gün enerji tüketilmesi önerilmektedir. Kadınlarda 1900 kkal; erkeklerde ise 2300 kkal olarak kabul edilmektedir. Yaşlı bireylerin günlük aldıkları enerjinin 1500 kalorinin altına düşmemesi önerilmektedir.

Yaşlılarda Beslenme:

Sağlıklı beslenme için karbonhidratlardan sağlanan enerji payı %55-60; yağlardan sağlanan pay %25-30, proteinlerden sağlanan pay ise %10-15 olmalıdır. Yaşlıların günde 2-2,5 litre sıvı tüketmesi önerilir. Bedensel etkinlik, metabolizmanın etkilenmesini sağlayan herhangi bir hastalık olması, mevsimsel değişiklik, iklim değişiklikleri, sıvı gereksinimini değiştirebilir.

SONUÇ:

Birinci basamak yaşlı sağlığının değerlendirilebileceği topluma en yakın hizmet birimidir. Bir toplumun yaşlı nüfusunun sağlığı, tüm diğer yaş gruplarının sağlığı gibi, öncelikle birinci basamak hekiminin sorumluluğundadır.

YAŞLI SAĞLIĞI

Birinci Basamakta Demans Hastalıkları

Doç. Dr. Mahcube CUBUKCU
Samsun Üniversitesi

Demans zihinsel becerilerde giderek artan bozulmaya bağlı olarak, kişinin günlük yaşamını bağımsız olarak yürütmede güçlükler yaşaması halidir. En sık görülen belirtiler bellek kaybı, öğrenme güçlüğü, dile ilişkin sorunlar, akıl yürütme ve yargılamada sorunlardır. Demens, zihnin yitirilmesi anlamına gelmektedir. DSM-V'e göre, öykü ve klinik değerlendirmeler sonucu öğrenme, hafıza, dil, yürütücü işlevler, dikkat, algı, motor işlevler, davranış ve sosyal kognisyon gibi bilişsel fonksiyonların en az birinde etkilenme durumudur. Demansın yaşla birlikte sıklığı artar. Her beş yılda bir, sıklığı iki kat artmaktadır. 65 yaşta demans sıklığı %6-10 iken, 80 yaş ve üzerinde demans sıklığı %20-50 arasında değişmektedir. Tüm dünyada 2016 yılında 47 milyon kişi demans tanısı almıştır. Tüm dünyada, 2030 yılında 137,5 milyon kişinin demans tanısı alması beklenmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, 65 yaşında demans sıklığı %7 iken, 85 yaş ve üzerinde bu sıklık %30'a ulaşmaktadır. Demans; bakım yükü, mortalitesi, bakım maliyeti, hastada oluşturduğu engellilik durumu ile halk sağlığı sorunudur. Demans ayırıcı tanısında depresyon ve deliryum akla gelmelidir. Demans, sinsi başlangıç gösteren, yakın belleğe ait sorunlarıyla, ailede demans öyküsü olabilen kronik ve ilerleyici bir sendromdur. Demansın primer nedenleri arasında Alzheimer hastalığı (%60), Lewy cisimcikli demans (%20) ve Huntington hastalığı sayılabilir. Demansın sekonder nedenleri arasında, vasküler demans (%15), hipotiroidi, B12 vitamin eksikliği, Sarkoidoz ve Behçet hastalığı sayılabilir. Demansın sekonder nedenleri önlenilebilir. İleri yaş, kadın cinsiyet, aile öyküsü, genetik geçiş, sigara, alkol, hiperlipidemi, hipertansiyon, Diyabetes Mellitus, kafa travması, hava kirliliği, diyet, fiziksel inaktivite, bazı ilaçlar (antikolinerjikler, kortikosteroidler, fenitoin vb) demans risk faktörlerindendir. Alzheimer hastalığı, demansın en sık görülen tipidir. Alois

Alzheimer tarafından tanımlanmıştır. En sık eksilen nörotransmitter asetil kolindir. Alzheimer hastalığında anamnez, mental durum değerlendirmesi tanı koymada yardımcıdır. Alzheimer hastalığında öykü alırken kişinin unutkanlık süresi, bir gün içinde neler yaptığı, ev koşulları sorgulanmalıdır. Tarama testi olarak saat çizme testi, mini- Cog testi, MMSE (Mini Mental Durum Değerlendirme) testi uygulanabilir. Saat çizme testinde, kişinin saat çizmesi, istenilen zamanı işaretlemesi istenir. Mini-Cog testinde kişiye önce üç keli me söylenir. Sonra saat çizmesi istenir. En sonunda istenilen üç kelimeyi tekrar etmesi istenir. Üç kelimenin hepsini tekrar edebiliyorsa bu kişide Alzheimer düşünülmez. Kelimelerden bir ya da ikisini tekrar ederse, tekrar saat çizmesi istenir. Kişi saati düzgün çizebiliyorsa, bu kişide Alzheimer hastalığı yoktur denilebilir. MMSE'de kişide, oryantasyon, hafıza, dikkat ve hesap yapma, hatırlama ve lisan durumu sorgulanır. Pratik ve kısa sürede uygulanabilir bir testtir. Fizik muayenede, kas gücü, tremor, konuşma bozukluğu, görme, işitme değerlendirilebilir. Alzheimer hastalığının kesin tanısı biyopsidir. Alzheimer hastalığının dört evresi vardır. Hafif bilişsel bozukluk, erken evre, orta evre ve ileri evre demans olarak sınıflandırılabilir. Hafif bilişsel bozuklukta, kısa dönem hafıza problemleri mevcuttur. Günlük yaşam aktiviteleri normaldir. Tedavinin en etkili olduğu dönem hafif bilişsel bozukluk dönemidir. Erken evrede, hafif oryantasyon bozukluğu mevcuttur. Orta evre demansta bellek kaybı artmıştır. Kişilik değişiklikleri mevcuttur. İleri evrede üriner, fekal inkontinans, beslenme bozukluğu, ajitasyon görülebilir. Tedavide, non-farmakolojik ve farmokolojik tedavi seçenekleri mevcuttur. Non- farmakoljik tedavide, kişinin yaşam tarzı, beslenme durumu iyileştirilebilir. Farmakolojik tedavide; kolinesteraz inhibitörleri, Memantin kullanılabilir. Kolinesteraz inhibitörlerinden Donepezil, Rivastigmin ve Galantamin kullanılabilir. Bu ilaçların yan etkileri arasında bulantı, kusma, ishal, uykusuzluk, ajitasyon, hallusinasyon, baş ağrısı, sık idrara gitme sayılabilir. Memantin, glutamat toksiistesini azaltarak etki gösterir. Orta ve ileri evre demansta kullanılabilir. Düşük doz (5 mg) başlanıp, 10-15 gün sonra tam doza çıkılabilir. Yan etkileri arasında baş ağrısı, baş dönmesi, vücut ağrısı ve kabızlık sayılabilir. Memantin ve Donepezilin kombine formları da mevcuttur. Demans hastasının takibinde aile hekimi; ilaç uyumu, ilaç yan etkileri, progresyon takibi ve bakım verenlerle iletişim gibi alanlarda sorumluluk taşımaktadır.

Kaynaklar:

1. American Psychiatric Association DSM-5 Task Force (2010) www.dsm5.org. Washington DC: American Psychiatric Association

2. Şensoy N. Aile Hekimliğinde Yaşlı Sağlığı ve Yasal Sorunlar. Turkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(1):26-32

3. Oruç S, COŞKUN KŞ, Koyuncu G, Öztürk Ş, Yaman M. İlimiz Dinar İlçesinde Demans Görülme Sıklığı. Kocatepe Med J.2016;17:94-8.

4. Palmer K, Kabir ZN, Ahmed T, Hamadani JD, Cornelius C, Kivipelto M, et al. Prevalence of dementia and factors associated with dementia in rural Bangladesh: data from a cross-sectional, population-based study. Int Psychogeriatr. 2014;26(11):1905-15

5. Okudur SK, Soysal P, Mas MR. Demans Önlenilebilir mi? Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics. 2015;1(2): 60-6.

6. Folstein, MF, Folstein SE., Mchugh PR., "Mini-Mental State" A Practical Method For Grading The Cognitive State Of Patients For The Clinician, J. Gsychiaf. Res., 1975, Vol. 12, Pp. 189-190.

7. Tariq S, Barber PA. Dementia Risk and Prevention by Targeting Modifiable Vascular Risk Factors. Journal of Neurochemistry. 2018;144:565-581.

YAŞLI SAĞLIĞI

Sağlıklı ve Aktif Yaşlanma

Dr. Öğr. Üyesi Nur DEMİRBAŞ
NEÜ Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Yaşlanma; Önüne geçilmesi mümkün olmayan, Kronolojik (doğum tarihine göre), Biyolojik (anatomik ve fizyolojik değişikliklerle), Ekonomik, Sosyal (yaşlının hayattaki rolü), Psikolojik yönleri ve sorunları da olan her bireyin yaşayacağı zor bir süreçtir. Dünyada insanlar daha uzun yaşamakta, doğum sıklığı azalmakta ve yaşlı nüfus artmaktadır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen nüfus yaşlanması, yaşlılığın bireysellikten uzaklaşarak toplumsal bir halk sağlığı konusu olarak ele alınması gerekliliğini gündeme getirmektedir.

Dünya genelinde yaşlılık ve sorunlarının gündeme gelmesi ile birlikte sağlıklı yaşlanma, aktif yaşlanma, başarılı yaşlanma gibi kavramlarda kullanılmaya başlanmıştır.

Aktif yaşlanma; yaşam süresinin kaliteli bir şekilde uzatılması ve günlük yaşam ktivitelerinin bağımsız bir şekilde yerine getirilebilmesi demektir.

- **Aktif yaşlanma doğduğumuz an başlar.**

Dünya Sağlık Örgütünün sağlıklı yaşlanma yaklaşımı, her yaştan insanın sağlıklı, güvenli ve sosyal olarak aktif olabileceği bir hayat tarzını öngörmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (2002) tarafından tanımlanan aktif yaşlanma kavramı; "İnsanların yaşlandıkça yaşam kalitelerini iyileştirmek amacıyla bu kişilere yönelik sağlık, katılım ve güvenlik konusundaki fırsatların en üst düzeye çıkarılması süreci" bu imkanların tüm bireyleri kapsayacak şekilde sağlanmasını savunmaktadır.

Aktif yaşlanma; Sağlıklı olma halinin korunmasıyla birlikte yeterli beslenme, fiziksel ve zihinsel olarak aktif olma, güvenli bir çevrede yaşama, çalışma ve sosyal çevre içinde yer alma koşullarını yerine getirebilen bireylerin yaş alma süreçlerine verilen isimdir.

Aktif yaşlanma sürecinin belirleyicileri; ekonomik, sosyal, davranışsal ve bireysel etmenler, fiziksel çevre, sağlık ve sosyal hizmetlerdir. Cinsiyet ve kültür hepsiyle kesişen belirleyicilerdir.

Yaşam Boyu Sağlıklı ve Aktif Yaşlanma Yaklaşımı

- Kronik hastalıkları önlemek ya da başlamasını, ilerlemesini geciktirmek amacıyla tüm yaşlarda sağlıklı davranış geliştirme
- Erken tanı ve nitelikli bir bakım ile hastalık sonuçlarını en aza indirme
- Yaşlıların sağlığını ve katılımını destekleyen fiziksel ve sosyal çevre oluşturma
- Toplumsal yaklaşımları, tutumları yaşlının katılımını cesaretlendirecek şekilde değiştirme

Hastalık ve yaşlanma öncesi alınacak önlemler;

- ✓ **Davranışsal önlemler;** Sağlıklı beslenme, Fiziksel aktivite, hareketli yaşam Uygun kilo-beden kitle indeksi, Kişisel hijyen, el yıkama, diş fırçalama, Sigara ve alkol kullanmama, Stres ve baş etme, hobiler, boş zaman değerlendirmesi, Yeterli ve düzenli uyku (Özellikle gece karanlıkta 23:00-6:00 arası/Melatonin), Aşılanma (Tetanoz, hepatit B, grip, pnömokok, çocuk felci "Salk tipi" aşıları)

Hastalıklara erken tanı ve erken tedavi,

- ➢ Hipertansiyon, Prostat hipertrofisi - Rektal tuşe,PSA, Meme Ca - KKMM,Mamografi, Diyabet - AKŞ,TKŞ,HbA1C,vb. Kolon Ca – Gaitada gizli kan, kolonoskopi,

Hastalıkların tekrarını ve komplikasyonları önleme,

1. Hastalık Sonrası Yaşamı Düzenleme, Düzenli kontroller, Düzenli ilaç kullanımı, Beslenme ve diyet,

2. Bakım: Geleneksel Bakım (Aile,akraba,arkadaş,komşu), Kurumsal Bakım, Toplu Bakım(Huzurevleri,Yaşlı Bakım Evleri), Evde Bakım Hizmetleri,

3. Anti-aging Uygulamaları,

Sağlıklı davranışları geliştirerek yaşam boyu risk azaltmak için; Fiziksel aktivite, Tütün ürünlerini tüketmeme, Sağlıklı beslenme ve Zararlı düzeyde alkol kullanmamaya dikkat etmek gerekir.

Fiziksel aktivite ile Akciğer kapasitesi ve solunum fonksiyonunu artar, Kan dolaşımı düzenlenir, kalbin yükü azalır, kan yapımı ayarlanır. Kaslar gücü ve kas tonisitesi artar, Kan ve lenf dolaşımı hızlanır. Metabolizmayı hızlandırır, sağlıklı vücut kilosu sağlanır, Uykuyu düzenler ve düzeltir, daha iyi dinlenme sağlanır, Endorfin salınımı artar, stres düzeyi azalır, Depresyon ve kaygıyı azaltır. Özellikle Aerobik, direnç ve denge egzersizleri ile İş, eğlence, ev

ve sosyal etkileşim ile ilgili yoga, yürüyüş (Süre: 3-5 gün/hafta 20-60 dk tempolu yürüyüş) önerilir.

Sağlıklı Beslenme:

- Yeterli ve dengeli beslenme,
- Besin gruplarını karışık tüketmeli,
    - Et ve ürünleri,
    - Süt ve ürünleri,
    - Tahıllar, unlu gıdalar (Kepekli, tam buğday),
    - Sebze ve meyveler (Vitamin, Mineral kaynağı, A,C,E antioksidan),
- Üç öğün-kahvaltı ağırlıklı-akşam hafif ve saat 19:00'dan sonra yok,
- Ara öğünlerde (2-3) meyve, sebze yeğlenmeli

Sigara ve Alkol: Sigarayı bırakmak için asla geç değildir. Aşırı alkol tüketmek, ölçülü almaktan farklıdır. Bu bağımlılıklardan vazgeçmek ve yoksunluk sorunlarıyla başa çıkmak için bilimsel yöntemler mevcuttur. Bırakmanın hem kısa hem de uzun vadeli sağlık yararları vardır.

Yaşamın her döneminde ve herkes için;

◦ Sağlık bakım hizmeti sunumunun üst düzeyde tutulması ve ulaşılabilir olması

◦ Topluma katılımın desteklenmesi

◦ Kuşaklararası dayanışmaya önem verilmesi ve aile bağlarının güçlü tutulması

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Aile Hekimliği Pratiğinde Diyabetes Mellitus Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliğinin Önemi

Bünyamin DERE, Nihat HİÇYILMAZ, Zülküf Ozan GENÇER

Giriş-Amaç: Diabetes mellitus, hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar benzer risk faktörlerine sahip olup küresel bir sağlık problemi haline dönüşmüştür. Diyabet akut ve kronik komplikasyonları olan, multisistemik tutulum gösteren ve çoklu organ yetmezliğine yol açabilen bir hastalıktır.

Diyabetin önlenmesinde ve tedavisinde; farmakolojik tedavinin yanı sıra hastalara tavsiye edilen eğitim, diyet ve egzersiz önerilerini kapsayan yaşam tarzı değişikliği (YTD) yaklaşımı günümüzde üzerinde çok fazla durulan önemli bir tedavi yöntemi haline gelmiştir.

Diyabetin önlenmesinde, tedavisinde ve komplikasyonlarının yol açtığı tahribatların engellenmesinde aile hekimliği, dahiliye, göz hastalıkları ve nöroloji gibi bir çok branşın multidisipliner yaklaşımı önem arz etmektedir. Bu vakada aile hekimliği pratiğinde DM tedavisinde YTD' nin önemini sunmayı amaçladık.

Olgu: 42 yaşında kadın hasta; sık su içme ve idrara çıkma, iştah artışı ve acıkma krizleri şikayetleriyle poliklinik başvurusunda bulundu. Herhangi bir hastalık öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde belirgin bir patolojiye rastlanmadı. Aile öyküsünde Tip II diyabet varlığı tespit edilen hastanın yapılan muayene ve tetkiklerinde KB: 110/70 mm Hg, Boy: 166 cm, Kilo: 106 Kg, Bel Çevresi: 117 cm, AKŞ: 158, HbA1c: 7.2, Kreatinin: 0.6, ALT: 17, AST: 14, Trigliserit: 187, Kolesterol: 215, LDL Kolesterol: 140, HDL Kolesterol: 38, idrarda glukoz: ++ ve idrarda keton: - olduğu saptandı. Hastaya diyabet tanısı konularak YTD, dahiliye poliklinik kontrolü ve sonrasında takip ve tedavi amaçlı tarafımıza başvurması önerildi.

Yaklaşık 3 ay sonra poliklinik kontrolüne gelen hastanın sosyoekonomik şartlardan dolayı dahiliye poliklinik kontrolüne gidemediği, anti diyabetik herhangi bir ilaç tedavisine başlamadığı ama diyet ve egzersiz yaptığı görüldü. Şikayetlerinde belirgin gerileme tespit

edilen hastanın kontrol muayenesinde KB: 100/60 mm Hg, Boy: 166 cm, Kilo: 96, Bel Çevresi: 102 cm, AKŞ: 98, HbA1c: 5.6, Kreatinin: 0.9, ALT: 24, AST: 23, Trigliserit: 122, Kolesterol: 206, LDL Kolesterol: 85 HDL Kolesterol: 41, İdrarda glukoz: - ve İdrarda keton: - olduğu saptandı. Hastaya YTD'nin diyabet üzerine etkisinin önemi vurgulanarak ilaçsız takip önerildi. **Sonuç:** Yapılan çalışmalarda sadece YTD ile diyabetin yaklaşık olarak %44-58 oranında önlenebileceği, kontrol altına alınabileceği ya da geciktirilebileceği belirtilmiştir. Bu olgudan elde edilen sonuçlar da bunu doğrular şekilde YTD'nin diyabetle mücadelede yüksek oranda başarısını ortaya koymaktadır. YTD gerek tek başına gerekse farmakolojik tedaviyle beraber yapıldığında hastaların yaşam kalitesini arttıracak, komplikasyonları engelleyecek ve tedavi maliyetini ciddi şekilde azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: diyabet, diyet, egzersiz, yaşam tarzı değişikliği, aile hekimliği.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Yoğun Bakım Ünitesinde Takip ve Tedavi Edilen Sepsis Tanılı Hastaların Geriye Dönük Değerlendirilmesi

Tuğba BİNGÖL TANRIVERDİ[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE

GİRİŞ-AMAÇ: Sepsis, küresel bir halk sağlığı sorunudur ve hastanede yatan hastalarda morbidite ve mortalitenin başlıca nedenlerindendir. Yapılan çalışmalarda kronik komorbid hastalıkların eşlik ettiği sepsis hastalarında prognozun daha kötü olduğu gösterilmiştir. Anemi, sepsis gibi kritik hastalıklarda oldukça sık görülen bir durumdur ve kötü sonlanımlar ile ilişkilidir. Bu çalışmadaki amacımız, kliniğimiz yoğun bakımında sepsis nedeniyle takip ve tedavi edilen hastaları geriye dönük olarak değerlendirmek, kronik hastalıkların sıklığını belirlemek ve başvurudaki anemi varlığı ve hemoglobin düzeylerinin hastane içi sonlanımlarla ilişkisini değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Çalışmamıza yoğun bakım ünitesine sepsis tanısı ile yatırılarak takip ve tedavi edilmiş 59 hasta geriye dönük olarak dahil edildi. Hemoglobin değerinin kadınlarda 12 g/dl, erkeklerde ise 13 g/dl altında olması anemi olarak tanımlandı. Tüm hastaların bazal karakteristik özellikleri, komorbidite durumları, hastaneye ilk başvurularındaki laboratuvar değerleri ve hastane içi sonlanımları kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaş 62.6 ± 20.2 idi ve 35'i (%59.3) erkek idi. Kronik hastalıklar açısından bakıldığında; 17 (%28.8) hastada hipertansiyon, 13 (%22) hastada diyabetes mellitus, 5 (%8.5) hastada koroner arter hastalığı ve 4 (%6.8) hastada kronik böbrek yetersizliği mevcuttu. Hastaneye başvurudaki ortalama hemoglobin değeri 11.9 ± 3.0 g/dl idi ve 32 (%54.2) hastada anemi mevcuttu (Tablo 1). Hastane içi ölüm, 28 (%47.5) hastada meydana geldi. Çalışma gurubumuz hastane içi ölüm gelişenler (n = 28) ve gelişmeyenler (n = 31) olacak şekilde 2'ye bölündü ve karşılaştırmalar yapıldı. Hastane içi ölüm gelişen hastalarda beyaz küre (16.0 ± 3.5'e karşın 13.8 ± 4.5, P = 0.046) anlamlı olarak daha yüksek iken;

hemoglobin (11.0 ± 2.9'a karşın 12.7 ± 2.9, P =0.032) ve hematokrit (33.4 ± 8.6'ya karşın 38.0 ± 8.4, P = 0.045) düzeyleri ise anlamlı olarak daha düşük idi (Tablo 2). Ek olarak, anemi sıklığı da ölen hastalarda anlamlı olarak daha fazla idi (%67.9'a karşın %41.9, P = 0.046) (Şekil 1). Ancak, diğer kronik hastalıklar açısından ise gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hastane içi ölümün bağımsız prediktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, hemoglobin düzeyi hastane içi ölümün bağımsız prediktörü olarak tespit edildi (risk oranı: 0.814, 95% güven aralığı: 0.668-0.991, P = 0.040).

SONUÇ: Anemi, genel popülasyonda ve herhangi bir nedenle hastaneye başvuran hastalarda oldukça sık görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamızda da, yoğun bakımda takip edilen sepsis hastalarında başvuruda aneminin sık görülen bir durum olduğu tespit edildi. Ek olarak, hastane içi ölüm gelişen hastalarda başvuruda hemoglobin düzeyinin daha düşük olduğu ve bu durumun ölümün bağımsız bir prediktörü olduğu saptandı. Bu verilerden yola çıkarak anemi başta olmak üzere tüm kronik hastalıkların ilk basamakta tespit ve tedavi edilmesinin ileriki dönemlerde hastanın morbidite ve mortalitesini azaltacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: sepsis, hemoglobin, anemi, hastane içi ölüm

Tablo 1. Başvuru sırasındaki bazal karakteristik özellikler

Değişkenler	**(n = 59)**
Yaş, yıl	62.6 ± 20.2
Cinsiyet, Erkek (%)	35 (59.3)
Hipertansiyon (%)	17 (28.8)
Diyabetes mellitus (%)	13 (22)
Koroner arter hastalığı (%)	5 (8.5)
Kronik böbrek yetersizliği (%)	4 (6.8)
Başvuruda anemi sıklığı (%)	32 (54.2)
Yoğun bakım kalış süresi, gün	8 (3-17)
Glukoz, mg/dl	137 (102-216)
Üre, mg/dl	80 (44-118)
Kreatinin, mg/dl	1.78 (1.09-2.54)
Beyaz küre, $x10^3/\mu L$	14.8 ± 4.2
Hemoglobin, g/dl	11.9 ± 3.0

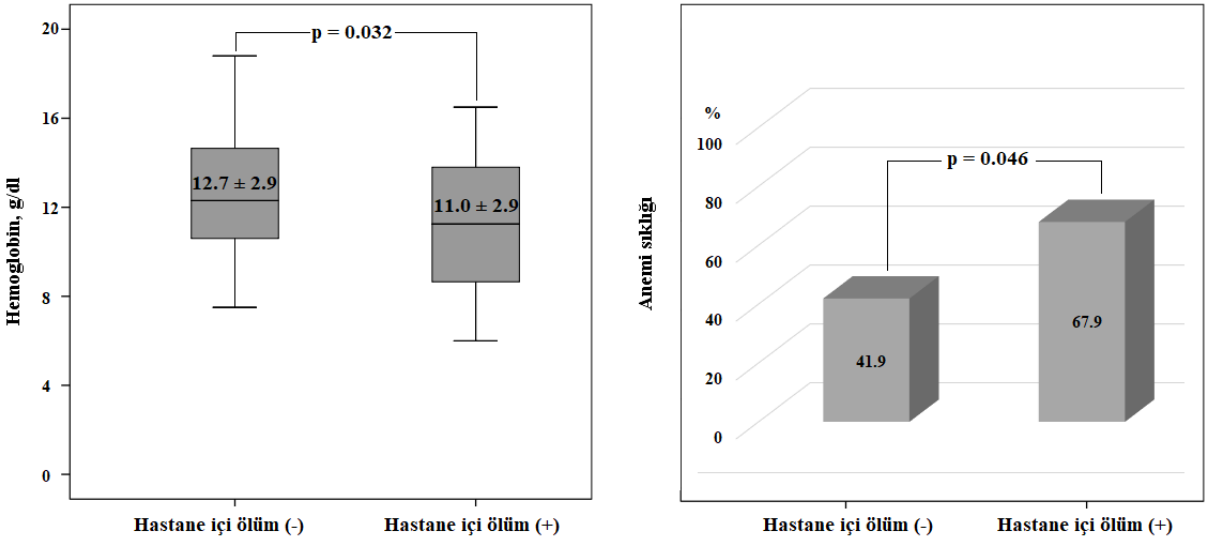
Hematokrit (%)	36.2 ± 8.9
MCV (fL)	85.2 ± 6.9
Trombosit, x10^3/µL	228 (118-382)
Prokalsitonin	10.4 (2.6-59.2)
pH	7.3 ± 0.1
Hastane içi ölüm (%)	28 (47.5)

MCV: mean corpuscular volume

Tablo 2. Hastane içi ölüm gelişen ve gelişmeyen hastaların bazal karakteristik özelliklerinin ve ek hastalıklarının karşılaştırılması

	Hastane içi ölüm gelişmeyenler (n = 31)	**Hastane içi ölüm gelişenler (n = 28)**	**P**
Yaş, yıl	62.1 ± 19.0	63.3 ± 21.7	0.829
Cinsiyet, Erkek (%)	21 (67.7)	14 (50)	0.166
Hipertansiyon (%)	8 (25.8)	9 (33.3)	0.530
Diyabetes mellitus (%)	5 (16.1)	8 (29.6)	0.219
Koroner arter hastalığı (%)	3 (9.7)	2 (7.4)	0.759
Kronik böbrek yetersizliği (%)	3 (9.7)	1 (3.7)	0.370
Anemi sıklığı (%)	13 (41.9)	19 (67.9)	**0.046**
Glukoz, mg/dl	135 (104-168)	129 (90-207)	0.485
Üre, mg/dl	75 (44-107)	103 (47-133)	0.165
Kreatinin, mg/dl	1.6 (1.2-2.5)	1.9 (1.12.9)	0.671
Beyaz küre, x10^3/ml	13.8 ± 4.5	16.0 ± 3.5	**0.046**
Hemoglobin, g/dl	12.7 ± 2.9	11.0 ± 2.9	**0.032**
Hematokrit (%)	38.0 ± 8.4	33.4 ± 8.6	**0.045**
MCV (fL)	10.7 ± 1.4	10.7 ± 1.1	0.937
Trombosit, x10^3/µL	216 (144-330)	233 (105-389)	0.855
Prokalsitonin	5.2 (1.3-41.8)	27.8 (3.6-61.7)	0.087
pH	7.4 ± 0.1	7.3 ± 0.2	0.556

MCV: mean corpuscular volume



Şekil 1. Hastane içi ölüm gelişen ve gelişmeyen hastalarda başvurudaki hemoglobin düzeylerinin ve anemi sıklığının karşılaştırılması

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Kronik Solunum Yetmezliği

Hamdiye TURAN, Fatma ŞAFAKOĞLU

Giriş-Amaç: Solunum yetmezliği, solunum birçok organın koordine bir şekilde çalışmasını gerektiren komplike bir olaydır. Bu sistemlerden herhangi birinde ortaya çıkan problem solunum yetmezliğine neden olabilir.

Olgu: 49 yaşında erkek hasta 3 yıl önce motor nöron hastalığı tanısı konmuş. Hasta nöroloji kliniğince takipli olup solunum yetmezliği gelişince acil servise başvurmuş. Hasta göğüs yoğun bakım ünitesine alındı. Burada takip ve tedavisi yapıldı. Solunum sıkıntısı gelişince entübe edildi. Takiplerde atelektazisi gelişti bronkoskopi yapıldı ve mekanik ventilatörden ayırtılamadı. Son dönem solunum yetmezliği düşünüldü. Trakeostomisi açılıp takibe alındı. Ev tipi mekanik ventilatör ve aspiratör raporu çıkartıldı. Göğüs hastalıkları yoğun bakım ve servisinde toplamda 29 gün takibi yapıldı. Takiplerde hasta stabilleşince palyatif servise devri yapıldı. Burada ev tipi ventilatör kullanımı ve hasta bakımı eğitimleri hasta yakınına palyatif servisi tarafınca verildi.

Sonuç: 2021 -2022 eylül ayları boyunca Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi palyatif servise toplamda 67 hasta devri yapılmış. Bunların 62 tanesi taburcu edilmiş. Tüm bu veriler ışığında diyebiliriz ki Palyatif Servislerimiz cerrahi - dahili servislerden ve yoğun bakımlarda stabilleşen hastalara evde bakımının hasta yakınlarına anlatılması ve onların eğitilmesi ve gerekse evde bakımı için gerekli donamını sağlanması açısından önemli bir basamak görevi görmektedir.

Anahtar Kelimeler: Solunum yetmezliği, mekanik ventilatör, evde bakım

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

İnhale Kortikosteroidlerin Göz İçi Basıncı ve Lens Opasitesi Üzerine Etkisi Var Mı?

Beyza Güzide ÖZEROL[1], Engin Burak SELÇUK[2], Tongabay CUMURCU[3]
1 Battalgazi Devlet Hastanesi, Aile hekimliği, Malatya, Türkiye
2 İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile hekimliği, Malatya, Türkiye
3 İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları, Malatya, Türkiye

Giriş: Astım, akciğerlerdeki küçük hava yollarının iltihaplanmasına ve daralmasına ve öksürük, hırıltı, nefes darlığı ve göğüste sıkışmanın herhangi bir kombinasyonuyla ortaya çıkan astım semptomlarına neden olabilir. Ayrıca Astım hem çocukları hem de yetişkinleri etkileyen önemli bir bulaşıcı olmayan hastalıktır. 1 Semptomlar hava akımı kısıtlılığı, viral solunum yolu enfeksiyonları, irritan veya allerjen maruziyeti, egzersiz gibi faktörler tarafından tetiklenebilir ve tedavi ile düzelebilir.2Astım yönetiminin ana hedefleri, astım semptomlarının kontrolünü optimize etmek ve ilaç yan etkilerini en aza indirirken astım alevlenme riskini azaltmaktır.3 Astım yönetiminin dört temel bileşeni, hasta eğitimi, astım tetikleyicilerinin kontrolü, semptomlardaki veya akciğer fonksiyonundaki değişikliklerin izlenmesi ve farmakolojik tedavidir.4-7 İnhale kortikosteroidler arasında flutikazon propiyonat, budesonid, siklesonid, beklometazon, mometazon ve flutikazon furoat bulunur. Hastaların maksimum faydaya ulaşmadan önce bu ilaçları birkaç gün ila haftalarca kullanmaları gerekebilir.[8] Birçok yazar, sistemik kortikosteroid kullandıkları süre boyunca yüksek göz tansiyonu saptanan hastalarla ilgili vaka çalışmaları yayınlamıştır.9 Uzun süre yüksek dozda inhale kortikosteroid kullanan kişilerin, ilaç kullanmayanlara kıyasla göz bozukluğu geliştirme şanslarını yaklaşık yüzde 70 artırdığı bildirilmiştir.10

Olgu: Olgumuz nefes darlığı, hapşırma ve burun akıntısı şikayetleri ile polikliniğe başvuran 58 yaşında kadın hastadır. Hastanın kronik hastalıkları; Talasemi minör, Diabetes mellitus, servikal herni, insomnia. Hastanın ev tozu akarı allerjisi, beyin MRI görüntülemesinde Temporal atrofi bulgusu ve idrar biyokimyasında mikroproteinürisi var.Kullandığı ilaçlar: Kandesartan sileksetil, metformin, linagliptin, zopiklon, Ginkgo(Ginkgo biloba L.) yaprak

ekstresi. Akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testi istendi. Akciğer grafi sonucu normaldi, solunum fonksiyon testinde obstrüktif patern gözlendi. Hastamıza 5 Haziran 2013 tarihinde Allerjik Astım tanısı konuldu.İlk tedaviyi düzenli olarak takip etmedi. Aynı tanı ile 13 Kasım 2018 tarihinde flutikazon furoat+vilanterol kombinasyon tedavisi başlandı. Ve her gün düzenli olarak içine çekti. Olgu 4 yıl boyunca günde 200 mg flutikazon furoat+vilanterol kombinasyonu kullandı. Hasta bir gün gözünde mercimek büyüklüğünde bir kararma ve bulanık görme fark etti. Bu göz hekimine gitmek için bir nedendi. Bizim olgumuzda göz doktoru katarakt başlangıcını yani nükleer sklerozu ve göz içi basıncında artışı saptadı. Tedavide brimonidin tartarat adı verilen göz damlası başlandı. Kullandığı ilaçların Gözle ilgili yan etkileri: Kandesartan sileksetil, metformin ve linagliptin etken maddeli ilaçların gözle ilgili herhangi bir yan etkisi yoktu. Zopiklon etken maddeli ilacın gözle ilgili yan etkisi: Bilinmiyor: Diplopi. Ginkgo(Ginkgo biloba L.) yaprak ekstresi etken maddeli ilacın gözle ilgili yan etkisi: Seyrek yan etkisi: Görme problemleri, Çok seyrek yan etkisi: Gözde kanama. Flutikazon+ vilanterol kombinasyonlu inhaler ilacın gözle ilgili yan etkisi: Bulanık görme. Sistemik ve topikal kortikosteroid kullanımında görme bozuklukları rapor edilebilir. Bir hastada bulanık görüş veya diğer görme bozukluğu şikayetleri varsa hasta, sistemik ve topikal kortikosteroid kullanımı sonrası bildirilen katarakt,glokom veya santral seröz korioretinopati(CSCR) gibi olası nedenlerin değerlendirilmesi için oftalmoloji uzmanına yönlendirilmelidir.

Sonuç: Sonuç olarak, olgumuzda herhangi bir sistemik kortikosteroid kullanılmadan ve diğer kortikosteroid formları olmadan sadece inhale kortikosteroid ile gözde katarakt başlangıcı ve oküler hipertansiyon gelişmiştir. İnhale kortikosteroid kullanımı bir grup astımlı hastada göz içi basıncında artışa neden olabilir. Bu tür hastaların yakın takibinde bu tür patolojilerin ortaya çıkması durumunda, tedavilerinde daha düşük doz inhale kortikosteroid içeren kombinasyonların kullanılması veya ileri patolojiler ortaya çıkmadan önce doğrudan göz içi basıncını düşürecek tedavi alternatiflerinin erken dönemde denenmesi ilk akla gelen seçeneklerdir. Bir çalışmada, düşük dozda bile olsa uzun süreli inhale kortikosteroid kullanımının bir grup astımlı hastada açık açılı glokoma sebep olmaksızın göz içi basıncında yükselmeye neden olduğu saptanmıştır.11 Büyük bir epidemiyolojik çalışma, yetişkinlerde inhale kortikosteroid kullanımı ile en ciddi katarakt türü olan arka subkapsüler katarakt riski arasında güçlü bir ilişki bulmuştur.12İnhaler kortikosteroidlerin uzun vadeli komplikasyonları; steroid kaynaklı osteoporozdan kaynaklanan kırıklar, steroid kaynaklı diyabet, steroid kaynaklı katarakt olarak bildirilmiştir.[13]

Kaynaklar:

1. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204-22
2. https://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-asthma-management
3. https://www.toraks.org.tr/site/sf/documents/2020/12/50b2903b68004d73e3ca14d5e2589b251023aa477d5f257e6ce5da7b09437d24.pdf
4. National Asthma Education and Prevention Program: Expert panel report III: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute, 2007. (NIH publication no. 08-4051). www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm (Accessed on May 31, 2016).
5. Expert Panel Working Group of the National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) administered and coordinated National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee (NAEPPCC), Cloutier MM, Baptist AP, et al. 2020 Focused Updates to the Asthma Management Guidelines: A Report from the National Asthma Education and Prevention Program Coordinating Committee Expert Panel Working Group. J Allergy Clin Immunol 2020; 146:1217.
6. NICE guideline. Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. https://www.nice.org.uk/guidance/ng80/chapter/Recommendations#objective-tests-for-diagnosing-asthma-in-adults-young-people-and-children-aged-5-and-over (Accessed on March 16, 2022).
7. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. www.ginasthma.org (Accessed on August 10, 2022).
8. https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/asthma/diagnosis-treatment/drc-20369660#:~:text=Types%20of%20quick%2Drelief%20medications,(Xopenex%2C%20Xopenex%20HFA)
9. Beci A, Shabani Z, Ocular Side-Effects of Corticosteroids Long Time Used- Report Case, J. Int. Environmental Application & Science, Vol. 15(3): 177-180 (2020)
10. https://www.newscientist.com/article/dn4181-high-dose-asthma-inhalers-linked-to-cataracts/

11. Günen H,Everekliogllu C,Doğanay S,Borazan M.Astımda İnhale Kortikosteroid Kullanımı Göz İçi Basıncında Yükselmeye veya Açık Açılı Glaukoma Yol Açar Mı?.Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 7(2):105-108,2000
12. Cumming RG, Mitchell P. Inhaled corticosteroids and cataract: prevalence, prevention and management. Drug Saf. 1999 Jan;20(1):77-84. doi: 10.2165/00002018-199920010-00007.
13. Tariq SM, Thomas EC. Maintenance therapy in COPD: time to phase out ICS and switch to the new LAMA/LABA inhalers?. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2017 Jun 23;12:1877-1882. doi: 10.2147/COPD.S138006.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Öğretmenlerin Elektronik Sigara ve Nargile Kullanma Sıklığı: Şanlıurfa Örneklemi

Mahmut ÜLGER
mahsur8463@gmail.com, https://orcid.org/0000-0002-2015-5435,
Balıklıgöl Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği - Şanlıurfa

Giriş-Amaç: Bu çalışmanın amacı, öğretmenlerin elektronik sigara (E-sigara) ve nargile kullanım sıklığının araştırılmasıdır.

Gereç -Yöntem: Şanlıurfa'daki öğretmenlerin görüşlerini içeren, kesitsel tasarımlı bir çevirim içi anket çalışmasıdır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 38,67±7,70, %47,8'i kadın, %81,5'i devlet okullarında görevli idi. Öğretmenlerin %6,7'sı nargile, %0,6 E-sigara kullanıyordu. Nargile içen öğretmenlerin %5,6'sı ayda bir kez %0,4'ü ise haftanın dört günü nargile içtiğini bildirmiştir. Çalışmamızda branş öğretmenlerinin nargile içme sıklığı diğer öğretmenlik alanlarına göre daha fazla olmasına karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Çalışmamızda devlet okulunda çalışan öğretmenlerin nargile kullanma sıklığı %6,6 iken, özel okulda çalışanlarda bur oran %6,3 idi. Ancak öğretmenlerin çalıştığı kuruma göre nargile içme sıklıkları arasında istatistiksel bir fark yoktu.

Sonuç: Çalışmamızda Şanlıurfa ilinde çalışan öğretmenlerde E-sigara içme oranı literatüre göre düşük oranda bulunmuştur. Nargile içme oranı literatüre benzer orandadır. Ergenlik dönemindeki öğrencilere tütün - tütün ürünleri ve zararları hakkında eğitim verilirken sıkı iletişim içinde oldukları öğretmenlerinde bu ürünleri kullanmayarak örnek olmaları önem arz etmektedir. Öğretmenlere yönelik, nargile ve E-sigara dahil olmak üzere tütün – tütün ürünleri hakkında bilgilendirme - farkındalık eğitimleri yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Elektronik Sigara, Nargile, Öğretmen

Frequency Teachers Use Electronıc Cıgarettes And Hookah: The Sample Of Sanlıurfa

Summary

Introduction: The aim of this study is to investigate the frequency of teachers' use of electronic cigarettes (E-cigarettes) and hookahs.

Materials and Methods: This is an online survey study with a cross-sectional design, which includes the opinions of teachers in Şanlıurfa.

Results: The mean age of the participants was 38.67±7.70 years, 47.8% were women, and 81.5% were employed in public schools. 6.7% of the teachers were using hookah and 0.6% were using e-cigarettes. 5.6% of the teachers who smoked hookah reported that they smoked hookah once a month, and 0.4% reported that they smoked hookah four days a week. In our study , although the frequency of hookah smoking among branch teachers was higher than in other teaching fields, there was no statistically significant difference between the groups. In our study, the frequency of using hookahs for teachers working in public schools was 6.6%, while this rate was 6.3% for those working in private schools. However, there was no statistical difference between the frequency of hookah smoking according to the institution where the teachers work.

Conclusion: In our study, the rate of e-cigarette smoking among teachers working in Şanlıurfa was found to be lower than the literature . The rate of hookah smoking is similar to the literature . It is important that teachers, with whom they are in close communication, set an example by not using these products while giving education to adolescent students about tobacco - tobacco products and their harms. It is recommended to conduct awareness trainings on tobacco - information about tobacco products, including hookahs and e-cigarettes - for teachers .

Keywords: Electronic Cigarette, Hookah, Teacher

1. Giriş

Öğretmenlerin, toplumların eğitiminde ve tütün ürünleri bağımlılığı ile mücadelede çok önemli bir yeri vardır. E-sigara ve nargile kullanım oranlarının azaltılmasında ve tütün ürünlerine bağlı hastalıkların önlenmesinde en önemli basamak toplumun bilinçlendirilmesidir; bu aşamada da topluma ve yeni nesile rol model olan öğretmenlerin desteği çok önemlidir.

Bu nedenle 2021-2022 öğretim yılında Şanlıurfa ilinde çalışan öğretmenlerde E-sigara ve nargile içme durumunu belirlemek amacıyla bu anket çalışması planlanmıştır.

2. Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma kesitsel tasarımlı bir anket çalışması olup evrenini; Şanlıurfa ilinde çalışan öğretmenler oluşturmaktaydı. Çalışmada örneklem seçimi yapılmayarak öğretmenlerin tamamına ulaşılmaya çalışıldı. Öğretmenler bilgilendirildi ve araştırmaya katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edildi. 506 kişiden araştırmaya katılmaya onay veren 504 katılımcının doldurduğu formlar değerlendirildi. Veri toplama aracı olarak "Google anketler" ile düzenlenen elektronik anket formu kullanıldı. Veriler, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sigara içme durumları ve KOAH ile ilgili çeşitli çalışmalardan derlenerek hazırlanmış toplam 12 soruluk çevrimiçi anket formunun doldurulması ile 12 Mayıs-17 Haziran 2022 tarihleri arasında online olarak toplanmıştır.

İstatistiksel analiz SPSS sürüm 20.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Tüm sonuçlarda anlamlılık seviyesi $\alpha = 0.05$ olarak alındı.

3. Bulgular

Bu çalışmada katılımcılar 21-68 yaş aralığında olup, yaş ortalaması 38,67±7,70 idi. Katılımcıların %47,8'i(n=241) kadın cinsiyete sahipti. Katılımcıların %85,9'u(n=433) evli idi. Katılımcıların %81,5'i(n=411) devlet okullarında görev yapmakta idi. Çalışmaya katılan öğretmenlerin %6,0'sı(n=30) okul öncesi öğretmenliği, %27,2'si(n=137) sınıf öğretmenliği, %54,8'i(n=276) branş/dal öğretmenliği, %12,1'i(n=61) rehber öğretmenliği alanlarında çalışıyordu. Çalışmamızda E-sigara içen öğretmenlerin sıklığı %0,6(n=3) idi. Nargile içen öğretmenlerin sıklığı ise %6,7(n=34) idi. Nargile içen öğretmenlerin %5,6'sı (n=28) ayda bir kere, %0,6'sı(n=3) haftada bir kere, %0,4'ü(n=2) haftanın dört günü nargile içtiğini bildirmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Sosyo-demografik özellikler		
	n	%
Yaş		
34 ve altı	183	36,3
35-44 yaş arası	211	41,9
45 yaş ve üzeri	110	21,8
Cinsiyet		
Kadın	241	47,8
Erkek	263	52,2
Medeni Durum		
Evli	433	85,9
Bekar	71	14,1
Çalışılan Kurum		
Devlet	411	81,5
Özel	93	18,5
Öğretmenlik Alanı		
Okul öncesi Öğretmenliği	30	6,0
Sınıf Öğretmenliği	137	27,2
Branş /Dal Öğretmenliği	276	54,8
Rehber Öğretmenliği	61	12,1
E-sigara İçme Durumu		
İçen	3	0,6
İçmeyen	501	99,4
Nargile İçme Durumu		
İçen	34	6,7
İçmeyen	470	93,3

Çalışmamızda okul öncesi öğretmenlerinin nargile içme sıklığı %6,7(n=2), sınıf öğretmenlerinin nargile içme sıklığı %2,9(n=4), branş öğretmenlerinin nargile içme sıklığı %8,7(n=24) ve rehber öğretmenlerin nargile içme sıklığı %6,6(n=4) idi. Öğretmenlerin alanlarına göre nargile içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak bir fark yoktu (X2=4,860/p=0,182). Çalışmamızda devlet okulunda çalışan ve nargile içen öğretmen sıklığı

%6,6(n=27) iken özel okulda çalışan ve nargile içen öğretmenlerin sıklığı %6,3(n=7) idi. Ancak öğretmenlerin çalıştığı kuruma göre nargile içme sıklıkları arasında istatistiksel bir fark yoktu (X2=0,111/p=0,740) (Tablo 2).

Tablo 2:

	Nargile İçme Durumu			
Öğretmen Branş	**Evet* n(%)**	**Hayır* n(%)**	**Toplam** n(%)**	**Test Değeri /p**
Okul Öncesi Öğretmenliği	2(6,7)	28(93,3)	30(6,0)	4,860/0,182
Sınıf Öğretmenliği	4(2,9)	133(97,1)	137(27,2)	
Branş/Dal öğretmenliği	24(8,7)	252(91,3)	276(54,8)	
Rehber Öğretmenliği	4(6,6)	57(93,4)	61(12,1)	
Çalışılan Kurum				
Devlet okulu	27(6,6)	384(93,4)	411(81,5)	0,111/0,740
Özel okul	7(6,3)	86(92,5)	93(18,5)	

***:Sum total, **: percentage is taken according to the column total.**

4. Tartışma

Tütün ve tütün ürünü kullanımı, dünya genelinde ölümle sonuçlanan birçok hastalık için en önemli risk faktörü olma durumunu korumaktadır(1). E sigara ve nargile, toplumda tütün kullanımının popüler olan farklı bir şekli olarak öne çıkmaktadır.

Bu çalışmadaamaç Şanlıurfa ilinde çalışan öğretmenlerin E-sigara ve nargile kullanım alışkanlıklarının araştırılmasıdır. Çalışmaya katılan kişi sayısı 504, yaş ortalaması 38,67±7,70 idi. Konya ilinde öğretmenlerde yapılan çalışmada yaş ortalaması 40,5±8,2 yaş (21-65) ile benzerdi(2).

Sosyo-demografik veriler incelendiğinde erkek katılımcı oranı fazlaydı ve medeni durum olarak evli olanların oranı yüksekti. Çalışmaya katılanların çoğunluğu devlet okulunda çalışmaktaydı. Katılımcıların yarıdan fazlası branş öğretmeni iken bunu sınıf öğretmeni ve rehber öğretmen grubu takip etmekteydi.

Polonya'da yapılan bir çalışmada ergen yaş grubunda e-sigara kullanımının %29,9 oranında olduğu bildirilmiştir(3) . Elektronik sigara dünyada özellikle gençler arasında hızla yayılmaktadır. Avrupa Birliği'ne üye 27 ülkede yapılan bir ankette %20,3 oranında e-sigara

kullanımı bildirilmiştir(4). Çalışmamızda E-sigara kullanan öğretmenlerin sıklığı %0,6(n=3) ile çok düşük olarak saptandı.

Akpınar ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada katılımcıların%12,7'si nargile içmekteydi(5) . Kutlu ve arkadaşlarının Konya ilinde yaptıkları çalışmada nargile içen öğretmenlerin oranı %6,8 olarak bildirilmiştir(2). Çalışmamızda ise nargile içen öğretmenlerin oranı ise %6,7 ile benzer oranda saptandı. Öğretmenlerin alanlarına göre nargile içme sıklıkları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmadı. Öğretmenlerin çalıştığı kuruma göre de nargile içme sıklıkları arasında istatistiksel bir fark yoktu.

Sonuç: Çalışmamızda Şanlıurfa ilinde çalışan öğretmenlerde E-sigara içme oranı literatüre göre düşük oranda iken ve nargile içme oranı literatüre benzer oranda bulunmuştur. Ergenlik dönemindeki öğrencilere tütün ve tütün ürünleri ve zararları hakkında eğitim verilirken sıkı iletişim içinde oldukları öğretmenlerinde bu ürünleri kullanmayarak örnek olmaları gerekmektedir. Nargilenin tütün bağımlılığı açısından bir basamak teşkil etmesi ve gençleri daha çok hedef alması nedeniyle bu konuda rol model olan öğretmenlerin daha etkili eğitici politikalar ile bilgilendirilmesi önem arz etmektedir.

Kaynaklar:

1. OSSIP, Deborah J. Theglobaltobaccoepidemic: publichealthcrisisandpublichealthopportunity. Asia Pacific Journal of PublicHealth, 2013, 25.5_suppl: 4S-6S.

2. Kutlu, Ruhuşen, et al. İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı: Konya Örneği. Konuralp MedicalJournal, 2020, 12.1: 80-86.

3. Goniewichz, Maciej L., et al. Rise in electroniccigaretteuseamongadolescents in Poland. Journal of AdolescentHealth, 2014, 55.5: 713-715.

4. Vardavas CI, Filippidis FT, Agaku IT. Determinantsandprevalence of e-cigaretteusethroughouttheEuropeanUnion: a secondaryanalysis of 26 566 youthandadultsfrom 27 Countries. Tob Control. 2015 Sep;24(5):442-8.

5. Akpınar, Evrim Eylem; Akpınar, Serdar; Gülhan, Meral. Üniversite öğrencilerinin kullanımı ve konu ile ilgili bilgi ekranları. Ana, 2010, 12.1: 1-6.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Amiyotrofik Lateral Skleroz Tanılı Hastada Palyatif Bakım ve Aile Eğitimi: Olgu Sunumu

Mahmut ÜLGER

Giriş-Amaç: Amyotrofik lateral skleroz (ALS), istemli kas hareketini kontrol etmekten sorumlu nöronları içeren ilerleyici bir nöromüsküler hastalıktır. Erken belirtiler genellikle kas güçsüzlüğünü içerir ve sonunda konuşma, yemek yeme, hareket etme veya nefes alamama durumuna ilerler . Solunum yetmezliği ALS'li bireylerde baskın ölüm nedenidir ve genellikle semptomların başlangıcından itibaren 3 ila 5 yıl içinde ortaya çıkar. Bu sebeple ALS tanılı hastalarda palytif bakım önem kazanmaktadır. Palyatif bakımda; hastaya özgü bakım, aile desteği, multidisipliner ekip çalışması ve etkili iletişim önemli olmaktadır.

Olgu: 56 yaş kadın hasta ALS tanılı immobil hasta bize ateş oral alım bozukluğu solunum güçlüğü ile baş vurdu. Hasta mekanik ventilasyon ihtiyacı olduğu için yoğun bakıma alındı, takiplerde enfeksiyon parametreleri geriledikten sonra ekstübasyon denemeleri başarısız olan hasta nörolojiye danışıldı ortak konsensus kararı ile torakesotomi ve PEG açıldı, takiplerinde aile PEG bakımı, trakeostomi bakımı, hastanın trakeal aspirasyonu, dekubit bakımı konusunda eğitildi. Sağlık personeli gözetiminde aile tarafında bakımları yapılması sağlandıktan sonra hasta taburcu edildi.

Sonuç: Bu olgu sunumunda palyatif bakımda multidispliner ekip çalışmasının ve hasta yakını eğitiminin önemini vurgulamayı amaçladık.

Keywords: Amiyotrofik Lateral Skleroz, Palyatif Bakım

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, İlahiyat Fakültesi ve Eğitim Fakültesinde Okuyan Öğrencilerin Nikotin Bağımlılık Düzeyleri ve Depresyon Arasındaki İlişkisi

Nihat HİÇYILMAZ, Bünyamin DERE, Hamza ASLANHAN

Amaç: Sigara ve diğer tütün mamullerinin kullanımı, bütün dünyada önlenebilir ölümlerin önde gelen nedenlerinden birisidir. Tütün kullanımı; kardiyovasküler hastalıklar, kanser, kronik solunum hastalığı, diyabet ve erken ölüm riskini artıran bir faktördür. Tıp Fakültesi, Eğitim Fakültesi ve İlahiyat Fakültesinde okuyan öğrenciler gelecekte toplumda rol model olabilecek pozisyonlarda yer alabileceklerdir. Söz edilen fakülte öğrencilerinin nikotin bağımlılık durumlarının ve depresyonla ilişkisinin araştırılmasını ve bu çalışmadan elde edilecek sonuçlarla sigara ve tütün kullanımının önüne geçilmesini sağlayacak öneri ve tedbirlerin geliştirilmesine katkıda bulunmayı amaçladık.

Materyal-Metod: Araştırmamız kesitsel tipte çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmamızın evrenini üniversitemiz tıp fakültesi öğrencileri, ilahiyat fakültesi öğrencileri ve eğitim fakültesi öğrencileri oluşturacaktır. Çalışmamıza 262'si kadın ve 158'i erkek olmak üzere 420 kişi katılmıştır. Çalışmamızda katılımcılara 10 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu, Beck depresyon ve fageström nikotin bağımlılık testi uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %37,6'sı erkek, %62,4'ü kadın olup, katılımcıların %25,7'sinin tıp fakültesi, %46,7'sinin ilahiyat fakültesi, %27,6'sının da eğitim fakültesinde okudukları tespit edilmiştir. Katılımcıların okudukları fakülteye göre beck depresyon skor ortalaması karşılaştırıldığında, istatiksel olarak anlamlı fark gözlenmiştir ($p<0,05$). Ancak; fakülteler arasında FNBT skorları arasında istatistiksel olarak anlanmlı fark yoktur ($p>0,05$). Sigara içen ve içmeyen öğrenciler arasında depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcılar; cinsiyetlere göre sigara içme durumları açısından

kıyaslandığında, her fakültede cinsiyetler arasında sigara içme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Sonuç: Aile veya yakın çevrede olan sigara tüketimi pasif maruziyet ve sigarayı özendirici bir faktör olarak değerlendirilmeli, özellikle aile bireylerinin çocuk ve gençlerin yanında sigara kullanmamaları yönünde toplumsal farkındalık oluşturulması yönünde ciddi çalışmalar yapılmalıdır. Sigara içmeye başlama döneminin daha çok lise dönemine denk gelmesi göz önüne alındığında, sigara bağımlılığını önlemeye yönelik çalışma ve eğitimlerin daha çok ilk ve ortaöğretim dönemlerine yoğunlaştırılması gerekmektedir.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

SÖZEL BİLDİRİ BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ

Meram Tıp Fakültesi Hastanesindeki Sağlık Çalışanlarının Aşılanma Durumları ve Aşılanmaya Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

Mehmet Yasin KÜÇÜK[1], Nazan KARAOĞLU[1], Hatice KÜÇÜKCERAN[1]
1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Aile Hekimliği AD, Konya

Giriş-Amaç: Aşılama bulaşıcı hastalıkları önlemenin en önemli yöntemlerinden biridir. Aşılama sanıldığının aksine sadece çocukluk döneminde değil erişkinlerde de çok önemlidir. Erişkin aşılaması kapsamında sağlık çalışanları da yer almaktadır. Sağlık çalışanları enfeksiyon hastalıkları açısından çok riskli ortamlarda çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının başarılı şekilde bağışıklanması sağlık çalışanlarının kendisinin, yakın çevresinin ve hastaların korunmasını sağlar. Salgın kontrolü ve tedavi maliyetlerinin düşürülmesini sağlar. Tüm bunlara rağmen sağlık çalışanlarının aşılanma oranı hala düşüktür. Sunulan çalışmada sağlık çalışanlarının aşılanma durumlarını ve aşılara karşı tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Sunulan çalışma 2021 yılının Nisan ve Haziran aylarında yapılmış kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Meram Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Toplam 436 sağlık çalışanından veri elde edildi. Sağlık çalışanlarının aşılanma durumları, aşılara karşı tutumlarının tespiti ve değerlendirilmesi ile ilgili, literatür taranarak geliştirilen sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerini de sorgulayan yapılandırılmış bir anket formu hazırlandı.

Bulgular: Bu çalışmaya katılan 436 sağlık çalışanının %58,7'si kadın, %53,7'si evli, %24,5'i hekimdi. Katılımcıların %7,8'i düzenli influenza aşısı yaptırmışken, yaklaşık %19,5'i son bir yılda, %40,1'i son on yılda influenza aşısı olmuştu. Katılımcıların %48,2'si son 10 yılda tetanoza karşı aşılanmıştı. Sağlık çalışanlarının %27,7'si hepatit B aşısı, %10,8'i Kızamık-

Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) aşısı, %0,5'i suçiçeği aşısını 18 yaşından sonra yaptırmıştı. COVID-19 aşısı yaptırma oranı ise %70,0 idi. Aşılanmaya karşı tutum puanı 95,80±13,79 bulundu. Üniversite ve üstü eğitim alanlar ve hekimlerin aşılanma tutum puanı lise ve altı eğitim alanlara ve hekim dışı sağlık personeline göre anlamlı şekilde yüksekti.

Sonuç: Sunulan çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının hepsinin yaptırması gereken COVID-19, influenza, tetanoz aşılarını eksik yaptırdıkları tespit edildi. Sağlık çalışanlarının önerilen aşıları ve hastanede risk altında oldukları bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi eksiklikleri olduğu görüldü. Sağlık çalışanlarının eksik olan aşılarının tamamlanması, bağışık olması istenen bulaşıcı hastalıkların anlatılması, aşılar ve aşılanma hakkında eğitim verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bağışıklama, sağlık çalışanı, aşılanma tutumu

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Düzenlenen Sürücü Raporlarının Değerlendirilmesi

Sabrican ÖRÜCÜ, Hüseyin ÇETİN, Can ÖNER, Engin Ersin ŞİMŞEK

Giriş ve Amaç: 26.09.2006 tarih ve 26301 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Sürücü adayları ve sürücülerde aranacak sağlık şartları ile muayenelerine dair yönetmelik ile Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan tabip ve uzman tabiplere sürücü belgesi düzenleme yetkisi verilmiştir. Bu belgeyi düzenlerken, yönetmelikte belirtilen sağlık şartlarına ve muayene esaslarına uyulması gerekmektedir. ASM'lerde görev yapan hekimlerin günlük iş yükü arasında sağlık raporları önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışma ile Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde son üç yılda düzenlenen sürücü belgesi raporları değerlendirilerek, bu raporların verildiği bireylerin özelliklerinin ortaya konulması, sonraki dönemlerde bu merkezlerde verilecek hizmetlerin etkinliği ve verimliğinin artırılması için kullanılabilecek verilere ulaşılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir hastanesi eğitim ASM'lerine başvuran 300 hastaya verilen sürücü belgesi sağlık raporları geriye dönük olarak incelendi. Başvuranlara ait tıbbi kayıtlar, ilaç raporları tarandı. Başvuranların cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi demografik özellikler değerlendirildi. Veriler SPSS statistics 17 programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 300 kişi katılmıştır. Katılımcıların %45 (n=135)'i erkek, %55 (n=165)'i kadındır katılımcıların yaş ortalaması 35.9 ± 12.2 yıldır. . Katılımcıların %66.7 (n=200)'si üniversite mezunudur. Çalışmaya katılanların %18.0 (n=54)'inin bir kısıtlılığı mevcuttu. Katılımcıların kısıtlılık durumları ile cinsiyet, başvuru yılı ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir fark yoktu. Katılımcıların %49.3 (n=148) ü ilk defa ehliyet almak için başvururken

%50.7 si (n=152) yenileme için başvurmuştur. Katılımcıların %18.0 (n=54) ünün ek bir hastalığı mevcuttu. %3.3 (n=10) ünün diyabeti, %5.0 (n=15)'nin hipertansiyonu mevcuttu. Katılımcıların %13.0 (n=39)'ünün diyabet ve tansiyon dışında başka bir ek hastalığı mevcuttu.

SONUÇ: Katılımcıların büyük çoğunluğunun 18-34 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Çalışmamızda üniversite mezunu kadın katılımcı sayısının üniversite mezunu erkek katılımcılardan sayıca fazla olduğu saptanmış olup ilk defa ehliyet almak için başvuranların büyük çoğunluğunu kadın katılımcıların oluşturduğu görülmüştür.

Sürücü belgesi sağlık raporu için başvuran katılımcıların e-nabız ve medula üzerinden ek hastalıkları taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sürücü raporu, Aile Sağlığı Merkezi

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Tiroid Nodüllerindeki Malignite Riski ile RDW Arasındaki İlişki

Mehmet Selim MAMİŞ[1], Çiğdem CİNDOĞLU[2], Tevfik SABUNCU[3]
Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, [1,2]İç Hastalıkları, [3]Endoksrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Şanlıurfa

GİRİŞ: Eritrosit dağılım genişliği (RDW), dolaşımdaki eritrositlerin büyüklüklerinin değişkenliğini ve bu eritrositlerinin hacim değişikliğinin (anizositoz) derecesini yansıtır (1). RDW düzeyindeki artışın, oksidatif strese sonucu olduğu düşünülmektedir (2). Daha önceleri demir eksikliği anemisi ile talasemi ayırıcı tanısında kullanılan bir parametreyken, son zamanlarda progresif inflamasyona yol açan birçok durumla ilişkilendirilmiştir (3-7). Tiroid bezinde nodüllerin ve kanserlerin kronik inflamasyona uygunsuz cevap sonucu geliştiği düşünüldüğü için, tiroid malignitelerinde RDW değeri yüksek beklenir. Bu çalışmamızda ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapılmış benign ve malignite yönünden şüpheli nodüller arasında RDW'nin nasıl değiştiğini inceledik.

MATERYAL ve METOD: Çalışmada Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Endokrinoloji kliniğinde Ocak 2017-Aralık 2020 arasında tiroid biyopsisi yapılmış 1500 hasta incelendi. Gebeler, <18 yaş ve >65 yaş hastalar, diyabeti ya da hipertansiyonu olanlar, sistemik enfeksiyon ya da organ yetmezlikleri olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Verilerine ulaşılan 586 hastanın RDW değerleri ile sitoloji sonuçları incelendi. Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc. Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirildi. Gruplar arası kategorik karşılaştırmada Pearson Chi-kare uygulandı. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin iki grup arasındaki karşılaştırmasında ise Mann-Whitney U Testi uygulandı. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ şeklinde anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 586 nodülün 545 (%93.1) tanesi benign ve 41 (%6.9) tanesi malignite şüpheli saptandı. Benign olguların 449 (%83)'u kadın, 92 (%17)'si erkek olup malignite yönünden şüpheli olguların 34 (%82.9)'u kadın, 7 (%17.1)'i erkek olarak saptandı. Benign vakaların yaş ortalaması 40.8±11.0 yıl ve malignite şüpheli olguların yaş ortalaması 41.4±11.5 yıl olarak tespit edildi. Benign olguların ortalama hematokrit (Htc) sayısı 51.3±6.1 iken, malignite yönünden şüpheli olgularda 42.0±5.1 olarak saptandı. Sitoloji sonucu benign olanların ortalama hemoglobin (Hb) değerleri 13.6±4.0 gr/dL olup, malignite şüpheli nodüllerde 13.0±2.0 gr/dL olarak saptandı. Sonucu benign olan nodüllerin ortalama RDW değeri 12.4±2.6 iken, malignite açısındna şüpheli nodüllerde 12.2±1.5 olarak tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı *(p=0.633)*. Biyopsi sonucu benign ve malignite yönünden şüpheli olan hastaların ortalama yaş, hematokrit, hemoglobin ve RDW değerleri tabloda detaylı bir şekilde belirtilmiştir.

Tablo 1. Grupların ortalama yaş, hematokrit, hemoglobin ve RDW değerleri

Parametreler	**Benign nodüller**	**Malignite yönünden şüpheli nodüller**
Yaş (yıl)	40.8±11.0	41.4±11.5
Hematokrit değeri (%)	51.3±6.1	42.0±5.1
Hemoglobin değeri (gr/dL)	13.6±4.0	13.0±2.0
RDW (%)	12.4±2.6	12.2±1.5

TARTIŞMA ve SONUÇ: Literatürde RDW ve maligniteler arasında tartışmalı sonuçlar mevcuttur; ancak inflamasyon şiddetiyle RDW yüksekliğinin ilişkili olduğu belirtilmiştir. Malignitelerin RDW ile ilişkisinin bakıldığı daha önceki bazı çalışma sonuçlarının aksine, çalışmamızdaki benign olgularda malignite yönünden şüpheli olgulara göre daha yüksek olduğu saptandı; ancak bu yükseklik gruplar arasında anlamlı saptanmadı. Anlamlı saptanmaması, gruplardaki hasta sayısının farklı olmasına bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Tiroid malignitelerinde de birçok hematolojik değişikliklerin olması kaçınılmazdır; ancak bu maligniteleri ön görmede RDW değerinin kullanılabilmesi için, daha fazla sayıda çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Eritrosit dağılım genişliği, tiroid nodülleri

Kaynaklar:

1. Forhecz Z, et al. Red cell distribution width in heart failure: prediction of clinical events and relationship with markers of ineffective erythropoiesis, inflammation, renal function, and nutritional state. Am Heart J 2009;158(4):659-666.
2. Taefi A, Huang C-C, Kolli K, Ebrahimi S, Patel M. Red cell distribution width to platelet ratio, a useful indicator of liver fibrosis in chronic hepatitis patients. Hepatol Int. 2015;9(3):454–460.
3. Gunebakmaz O, et al. Red Blood Cell Distribution Width in 'Non-Dippers' versus 'Dippers'. Cardiology 2012;123(3):154-159.
4. Nishizaki Y, et al. Red blood cell distribution width as an effective tool for detecting fatal heart failure in super-elderly patients. Intern Med 2012;51(17):2271-2276.
5. Karabulut A, Uzunlar B. Correlation between red cell distribution width and coronary ectasia in the acute myocardial infarction. Clin Appl Thromb Hemost 2012;18(5):551-552.
6. Yesil A, ve ark. Red cell distribution width: a novel marker of activity in inflammatory bowel disease. Gut Liver 2011;5(4):460-467.
7. Lee WS, Kim TY. Relation between red blood cell distribution width and inflammatory biomarkers in rheumatoid arthritis. Arch Pathol Lab Med 2010;134(4):505- 506.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Hekimlerinin Kuduz Hastalığı ve Profilaksisi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Muhammed Çelebi ARSLAN, Vasfiye DEMİR PERVANE

Giriş-Amaç: Kuduz hastalığı uygun profilaksi ile önlenebilen, etkin tedavisi olmayan ölümcül bir hastalıktır; bu nedenle kuduz riskli vaka yönetimi yapan hekimlerin, yeterli ve doğru bilgiye sahip olmaları çok önemlidir. Bu çalışmada amacımız; Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan asistan hekimlerin kuduz hastalığı ve profilaksisi hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Çalışma kesitsel tanımlayıcı tarzda planlanmıştır. Çalışma için etik kurul onayı ve katılımcılardan onam alınmıştır. Çalışmaya 250 asistan hekim katılmıştır. Katılımcılara sosyodemografik özellikler ve bilgi sorularını içeren 26 soruluk anket formu uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 26.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hekimlerin %94,8'i kuduz hastalığının virüs nedenli olduğunu, %100'ü köpeğin, %92,'i kedinin kuduz riskli hayvan olduğunu bilirken; %98,4'ü yaranın öncelikle bol su ve sabun ile yıkanması gerektiğini doğru bilmişlerdir. Hekimlerin %72,8'i kuduz aşısı uygulama şeklini, %79,6'sı uygulama yerini doğru bilmesine rağmen sadece %22'si aşı koruyuculuk süresini doğru bilmişlerdir. Hekimlerin %91,2'si veteriner hekimlere temas öncesi profilaksi yapılması gerektiğini bilmesine rağmen sadece %27,2'si temas öncesi aşı şemasını doğru bilmişlerdir. Hekimlerin %80'ı 4 dozluk klasik kuduz aşı şemasını bilirken; sadece %29,2'si '2.1.1' ve %25,6'sı daha önce profilaksi almış temaslının aşı şemasını doğru bilmişlerdir. Hekimlerin %51,2'si kuduz immünglobilinin uygulama şeklini doğru bilmesine rağmen; sadece %28'i immunglobulin dozlarını, %26,8'i aşı sonrası uygulama süresini ve

%23,2'si immunglobulin sonrası dikiş atılabilme süresini doğru bilmişlerdir. Hekimlerin bilgi sorularından aldıkları puan ile çalıştıkları uzmanlık dalı ve kuduz riskli vaka yönetimi yapmış olma durumu arasında yüksek düzeyde anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001).

Sonuç: Sonuç olarak; hekimlerin kuduz hastalığı ve profilaksisi ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görüldü. Güncel rehberlerden yararlanılarak mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler artırılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Kuduz Hastalığı, Temas Sonrası Kuduz Profilaksisi, Temas Öncesi Kuduz Profilaksisi, Asistan Hekim, Bilgi Düzeyi

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

SÖZEL BİLDİRİ İKİNCİLİK ÖDÜLÜ

Covid 19 Pandemisinde Hastaneden Bulaşabilecek Etkenler Konusunda Aile Hekimliği Asistanlarının Risk Profili, Farkındalıkları ve Bağışıklanma Durumları

Fatoş GEDİK ZAYİM, Tuğba YILMAZ[1], Oktay SARI

1.Gülhane EAH. Aile Hekimliği Kliniği Başasistanı

Amaç: Hastane ortamında bulunulması, tüm sağlık çalışanları için birtakım etkenler açısından risk teşkil etmektedir. Özellikle bulaşıcı hastalıklar konusunda tedbirli olmak oldukça önemlidir. Uygun şartlar sağlanmadığında ve gerekli önlemler alınmadığında, hastada enfeksiyona yol açan hemen her etkenin sağlık çalışanına da bulaşma riski bulunmaktadır. Sağlık çalışanların kendi sağlıklarını korumaları açısından, aşı olmaları ve bulaşıcı hastalıklardan korunmak için alınması gereken tedbirleri almaları (el yıkama, eldiven kullanma, maske takma gibi) oldukça önemlidir. Çalışmamız aile hekimliği asistanlarının hastaneden bulaşabilecek etkenler (HBE) açısından risk durumlarını değerlendirmeyi, bağışıklanma durumlarını araştırmayı ve bu konuda farkındalık oluşturmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde görev yapan aile hekimliği asistanları ile TAHUD' a (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği) üye aile hekimliği asistanları üzerinde yapıldı. Çalışmayı kabul eden asistan hekimlere yapılan 17 soruluk ankette demografik bilgileri, HBE açısından riskli durumlarla karşılaşıp karşılaşmadıkları, yaklaşımları, bağışıklanma durumları ve HBE konusunda 5' li likert tipi sorular yöneltildi. Çalışmamız tanımlayıcı, kesitsel tipte planlandı.

Çalışmada elde edilen veriler 01.08.2021-30.03.2022 arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan ve TAHUD' a üye aile hekimliği asistanlarına internet aracılığıyla

gönderilen anket vasıtasıyla elde edildi. Çalışmanın evrenini, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bulunan ve TAHUD' a üye aile hekimliği asistanları oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dâhil olma kriterlerini sağlayan 285 gönüllü hekim oluşturdu.

Bulgular: Katılımcıların 180'i (%63,20) kadın, 155'inin (%54,40) medeni durumu evlidir. Katılımcıların 196'sı (%68.80) 24-29 yaş aralığındadır. Kadın ve erkek katılımcılar arasında bilgi düzeyi puan ortalaması açısından anlamlı fark bulundu (p=0,001). HBE aile hekimliği asistanları için risk olarak görme durumu ile bilgi düzeyi arasında anlamlı fark tespit edildi (p=0,04). Katılımcıların, %99,30'unun (n: 283) covid 19, %96,50' sinin (n: 275) hepatit B, %93,70' inin (n: 267) tetanoz, %84,90' ının (n: 242) KKK (kızamık, kızamıkçık, kabakulak), %66,70' inin (n: 190) suçiçeği, %39,60' ının (n: 113) pnömokok, %39,30'unun (n: 112) influenza, %18,90'ının (n: 54) meningokok aşısını yaptırdığı tespit edildi.
Sonuç: Çalışmamızda HBE' lerin aile hekimliği asistanları için risk teşkil ettiği tespit edildi. Buna karşın asistan hekimlerin bu konudaki farkındalığı ve bilgi düzeyi yeterli seviyede bulunmadı. Hekimlerin bağışıklanma durumları sorgulandı, bazı aşıları covid-19 pandemisinin de etkisiyle daha özenle oldukları belirlendi. Periyodik sağlık muayenelerine gereken özeni göstermedikleri görüldü.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, bağışıklama, enfeksiyon

Giriş

Hastane ortamında bulunulması, tüm sağlık çalışanları için bir takım etkenler açısından risk teşkil etmektedir. Özellikle bulaşıcı hastalıklar konusunda tedbirli olmak oldukça önemlidir. Uygun şartlar sağlanmadığında ve gerekli önlemler alınmadığında, hastada enfeksiyona yol açan hemen her etkenin sağlık çalışanına da bulaşma riski bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının kendi sağlıklarını korumaları açısından, aşı olmaları, el yıkama, eldiven kullanma, maske takma gibi tedbirleri almaları oldukça önemlidir.

Amaç

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 36 ay olup, bu sürenin 18 ayı hastane içi rotasyon olarak yapılmaktadır. Bu durum aile hekimliği asistanlarının hastaneden bulaşabilecek etkenler konusunda riskli durumlarla karşılaşma ihtimalini artırmakta ve asistanların bu etkenlerden korunma konusundaki farkındalığının ve bağışıklanma durumlarının önemini ortaya

koymaktadır. Çalışmamız aile hekimliği asistanlarının **Hastaneden Bulaşabilecek Etkenler (HBE) açısından risk durumlarını değerlendirmeyi, bağışıklanma durumlarını araştırmayı ve bu konuda farkındalık oluşturmayı amaçlamaktadır.**

Materyal-Metod

Çalışmamız Gülhane EAH' de görev yapan aile hekimliği asistanları ile TAHUD' a üye aile hekimliği asistanları üzerinde yapıldı. Çalışmayı kabul eden asistan hekimlere yapılan 17 soruluk ankette demografik bilgileri, HBE açısından riskli durumlarla karşılaşıp karşılaşmadıkları, yaklaşımları, bağışıklanma durumları soruldu ve HBE konusunda 5' li likert tipi sorular yöneltildi. Çalışmamız tanımlayıcı, kesitsel tipte planlandı.

Çalışmada elde edilen veriler 01.08.2021-30.03.2022 arasında Gülhane EAH' de bulunan ve TAHUD' a üye aile hekimliği asistanlarına internet aracılığıyla gönderilen anket vasıtasıyla elde edildi. Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dâhil olma kriterlerini sağlayan 285 gönüllü hekim oluşturdu. Çalışma protokolü; Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu' nun 17.06.2021 tarih ve 9 no' lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiş ve sonrasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu' ndan 08.07.2021 tarihli kurul toplantısında 2021/301 karar numarası onaylandı. Ayrıca TAHUD' dan 2021/41 sayı ve 16.06.2021 tarihli anket onayı alındı.

Tüm veriler ortak bir veri tabanında birleştirilerek istatistiksel analizi SPSS 25.0 programı ile bilgisayar ortamında yapıldı. Tanımlayıcı istatistiksel veriler, sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma ile, kesikli veriler sayı ve % biçiminde ifade edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadıkları; histogram grafiklerinin incelenmesi, Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinin yorumlanmasıyla değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney- U ve çoklu grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis T testleri kullanıldı. Nitel verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki- kare testi kullanıldı. Gruplar arasındaki farklılıklar güvenilirlik aralığı %95 alınarak $p< 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Katılımcıların demografik bilgileri incelendiğinde %63,20' si (n:180) kadın, %36,80'i (n: 105) erkekti. Katılımcıların %68,80' i (n: 196) 24- 29 yaş aralığında ve %54,40' ı (n: 155) evliydi.

Katılımcıların hekimlik yılı ortalaması 4,94±4,15 (min:1-maks:29), asistanlık süresi ay ortalaması 16,02±10,53 (min:1-maks:36) olarak hesaplandı.

Çalışmamızda katılımcıların HBE ile ilgili bazı görüşleri ve bu konudaki eğitim alma durumları soruldu. Katılımcıların %55,80'i (n:159) HBE ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını, %88,40' ı (n:252) HBE' nin aile hekimliği asistanları için risk olduğunu söyledi. %76,50'si (n:218) ise HBE ile ilgili eğitim aldığını ifade etti.

Çalışmamızda katılımcılara, HBE konusundaki eğitimlerin, aile hekimlerinin birinci basamak eğitimine katkı sağlayacağı konusundaki soru soruldu, katılımcıların %49,10' u (n: 140) bu soruya «katkı sağlar», %36,10' u (n: 103) «kesinlikle katkı sağlar» şeklinde yanıt verdi. Katılımcılara kendilerine hastane ortamında bulaşabileceğini düşündükleri mikroorganizmalar sorulduğunda; %67,36' sı (n:192) sars-cov-2, %63,15' i (n: 180) hepatit B, %44,91' i (n: 128) HIV, %39,29'u (n: 112) tüberküloz, %38,24'ü (n: 109) hepatit C olarak cevap verdi.

Katılımcılara, periyodik muayene ile ilgili davranışları sorulduğunda, %79,60' ı (n: 227) son 2 yıl içerisinde periyodik sağlık muayenesi yaptırdığını, %71,20' si (n: 203) kendi isteğiyle periyodik kontrolü yaptırdığını belirtti. %51,90' ı (n: 148) son iki yıl içerisinde akciğer filmi çektirdiğini belirtti. Ayrıca katılımcıların %30,50' si (n: 87) ailesine periyodik muayenenin yapıldığını, %93,30' u (n: 266) hekim hasta olduğu halde çalışmak zorunda kaldığını ifade etti. Katılımcıların meslek hayatı boyunca HBE konusunda karşılaştıkları riskli durumlar sorulduğunda; Katılımcıların en sık karşılaştığı riskli durum hastanın yüzüne doğru öksürmesi-hapşırması oldu. Bunu enfekte materyal ile temas etmiş iğne batması izledi. Katılımcıların riskli olaylarla karşılaşma durumları Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların riskli olaylarla karşılaşma durumları

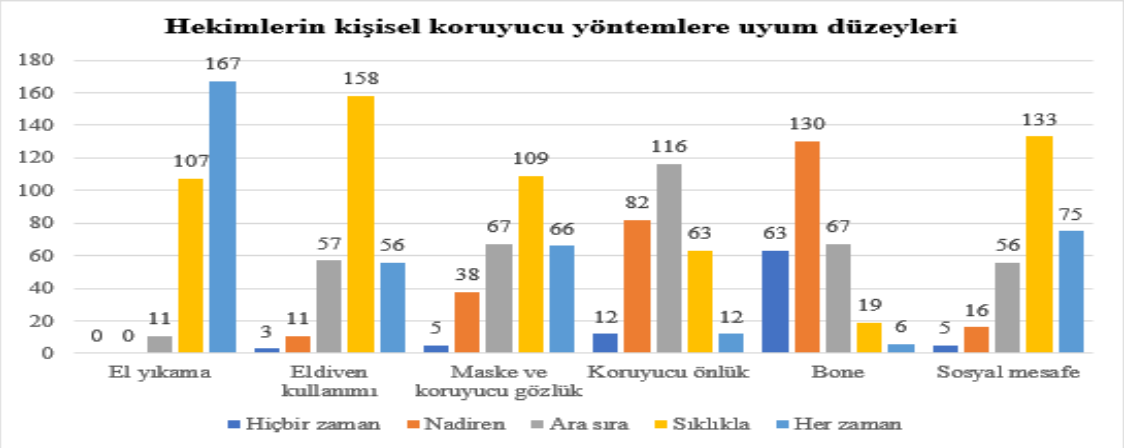
Parametreler	Hiç n (%)	Nadiren n (%)	Ara sıra n (%)	Sıklıkla n (%)	Hatırlamıyorum n (%)
1.Enfekte materyal ile temas etmiş iğne batması	**154 (54,00)**	**117 (41,10)**	**2 (0,70)**	**0 (0,00)**	**12 (4,20)**
2.Enfekte materyal ile temas etmiş kesici-delici alet ile yaralanma	222 (77,90)	49 (17,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	14 (4,90)
3.Enfekte materyalin açık yara veya bütünlüğü bozulmuş deri ile teması	235 (82,50)	16 (5,60)	1 (0,40)	1 (0,40)	32 (11,20)
4.Enfekte materyalin yüze, göze veya mukozalara sıçraması	166 (58,20)	86 (30,20)	2 (0,70)	3 (1,10)	28 (9,80)
5.Hastanın yüzünüze doğru öksürmesi-hapşırması	**15 (5,30)**	**96 (33,70)**	**70 (24,60)**	**98 (34,40)**	**6 (2,10)**
6.Enfekte materyalin ağza bulaşması veya yutulması	263 (92,30)	6 (2,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	16 (5,60)
7.Deney hayvanı ısırması, tırmalaması	281 (98,60)	3 (1,10)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,40)
8.Enfekte materyal içeren cam kabın kırılması	242 (84,90)	24 (8,40)	0 (0,00)	0 (0,00)	19 (6,70)
9.Enfekte materyalin dökülmesi	198 (69,50)	59 (20,70)	3 (1,10)	2 (0,70)	23 8,10)
10.Santrifüje edilen enfekte materyalin dökülmesi-saçılması	253 (88,80)	8 (2,80)	0 (0,00)	0 (0,00)	24 (8,40)

Katılımcıların bağışıklanma durumuna baktığımızda ise; %99,30'u (n: 283) covid 19, %96,50' si (n: 275) hepatit B, %93,70' i (n: 267) tetanoz, %84,90' ı (n: 242) KKK (kızamık, kızamıkçık, kabakulak), %66,70' i (n: 190) suçiçeği, %39,60' ı (n: 113) pnömokok, %39,30'u (n: 112) influenza, %18,90'ı (n: 54) meningokok aşısı olduğunu belirtti. Tablo 2' de verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların bağışıklanma durumları

Parametreler				Bu etken için koruyucu antikor düzeyini kontrol ettirdiniz mi?	
Aşağıdaki aşıları yaptırdınız mı?	Evet n (%)	Hayır n (%)	Hatırlamıyorum n (%)	Evet n (%)	Hayır n (%)
Hepatit B	**275 (96,50)**	7 (2,50)	3 (1,10)	262 (91,90)	23 (8,10)
Hepatit A	115 (40,40)	126 (44,20)	44 (15,40)	151 (53,00)	134 (47,00)
İnfluenza	112 (39,30)	167 (58,60)	6 (2,10)	1 (0,40)	284 (99,60)
Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak	242 (84,90)	10 (3,50)	33 (11,60)	89 (31,20)	196 (68,80)
Bcg (Tüberküloz)	224 (78,60)	31 (10,90)	30 (10,50)	18 (6,30)	267 (93,70)
Suçiçeği	190 (66,70)	44 (15,40)	51 (17,90)	81 (28,40)	204 (71,60)
Tetanoz	**267 (93,70)**	11 (3,90)	7 (2,50)	6 (2,10)	279 (97,90)
Difteri-Boğmaca- Polio	226 (79,30)	11 (3,90)	48 (16,80)	13 (4,60)	272 (95,40)
Haemophilus İnfluenza Tip B	148 (51,90)	56 (19,60)	81 (28,40)	4 (1,40)	281 (98,60)
Pnömokok	113 (39,60)	118 (41,40)	54 (18,90)	2 (0,70)	283 (99,30)
Meningokok	54 (18,90)	176 (61,80)	55 (19,30)	0 (0,00)	285 (100,00)
Covid 19	**283 (99,30)**	2 (0,70)	0 (0,00)	58 (20,40)	227 (79,60)

Çalışmamızda, katılımcıların kişisel koruyucu yöntemlerine uyum düzeyleri değerlendirildiğinde katılımcıların %58,60' ı (n: 167) HBE' den korunmada el yıkamayı her zaman kullandığını, %55,40' ı (n: 158) sıklıkla eldiven kullandığını, %38,20' si (n: 109) sıklıkla maske ve koruyucu gözlük kullandığını, %40,70' i (n: 116) ara sıra koruyucu önlük kullandığını belirtti. %45,60' ı (n: 130) ise nadiren bone kullandığını, %46,70' i (n: 133) sosyal mesafeye sıklıkla dikkat ettiğini söyledi. Şekil 1' de gösterilmiştir.



Şekil 1: Katılımcıların kişisel koruyucu yöntemlere uyum düzeyleri

Çalışmamızda hekimlere 15 soruluk likert tipi bilgi sorusu soruldu. Soruların puanlaması en iyi 5 puan, en kötü 1 puan olacak şekilde düzenlendi. Bu kapsamda katılımcıların verdikleri yanıtlara göre elde edilen puanlar içerisinde en düşük (min.) 24; en yüksek (maks.) 66 puandı. Bilgi puanlarının ortalaması 75 puan üzerinden 47,40 ±7,66 şeklindeydi. Çalışmaya katılan asistanların demografik özellikleri ile bilgi düzeyi puanları ortalaması arasındaki fark araştırıldı. Kadın ve erkek katılımcılar arasında bilgi düzeyi puan ortalaması açısından anlamlı fark bulundu (**p=0,001**). Katılımcıların yaşlarına göre dağılımları ile bilgi düzeyi puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (**p=0,033**). Bu farklılık 24-29 ve 35-39 yaş gruplarının ortalama bilgi düzeyi puanları karşılaştırıldığında anlamlı bulunmuştur (**p=0,047**). HBE aile hekimliği asistanları için risk olarak görme durumu ile bilgi düzeyi arasında anlamlı fark tespit edildi (**p=0,04**). Katılımcıların demografik özellikleri ile bilgi düzeyi puanı karşılaştırması Tablo 3' te sunulmuştur.

Tablo 3: Katılımcıların demografik özellikleri ile bilgi düzeyi puanı karşılaştırması

Parametreler		n	Bilgi Puanı Ortalaması	P
Cinsiyet	Kadın	180	48,56	**0,001***
	Erkek	105	45,41	
Yaş (yıl)	24-29	196	48,04	**0,033****
	30-34	57	46,91	
	35-39	21	41,76	
	40 ve üstü	11	49,27	
Meslekte geçen süre	Hekimlik yılı ≤ 4	175	48,13	0,060*
	Hekimlik yılı > 4	110	46,22	
Asistanlık süresi	Asistanlık süresi (0-12 ay)	122	48,09	0,508**
	Asistanlık süresi (13-24 ay)	92	46,53	
	Asistanlık süresi (25-36 ay)	71	47,33	
HE konusunda eğitim durumu	Eğitim alan	218	47,49	0,849*
	Eğitim almayan	67	47,08	
Periyodik muayene yaptıranlar		227	47,49	0,793*
Periyodik muayene yaptırmayanlar		58	47,03	
Enfekte iğne ile teması olanlar		119	48,02	0,277*
Enfekte iğne ile teması olmayanlar		154	46,90	
HE risk olarak görme durumu	Evet	252	47,73	**0,043****
	Hayır	24	45,95	
	Fikrim yok	9	41,77	

**Mann-Whitney U Testi*
*** Kruskal-Wallis Testi*
p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Çalışmamızda katılımcıların yarısı HBE konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etti. Yarıdan fazlası HBE' nin aile hekimleri asistanları için risk olarak gördüğünü belirtti. Katılımcıların yarıdan fazlası bu konuda eğitim aldığını ve daha çok mezuniyet öncesi dönemde ders olarak anlatıldığını söyledi. Kayseri' de yapılan çalışmada katılımcıların %80' inin HBE konusunda eğitim aldığı belirlenmiş (1). Konya'da tıp fakültesi çalışanları üzerinde yapılan çalışmada hekimlerin yarısından fazlasının HBE ile ilgili eğitim aldıkları tespit edilmiş(2).

Etiyopya'da yapılan çalışmada katılımcıların yarısının HBE konusunda eğitim aldıkları belirlenmiş (3). Başka bir çalışmada ise HBE' den korunmaya yönelik eğitimin, araştırma görevlilerinin yaklaşık olarak %16' sı tarafından alındığı belirlenmiş. Aynı çalışmada katılımcıların %75' i HBE konusunda kendilerini orta ve az yeterli olarak değerlendirmiş (4). Çalışmamız ve diğer çalışmaların verilerine göre HBE konusunda eğitimlerin alındığı ancak yeterli olmadığı söylenebilir. Hekimlerin kendilerini HBE konusunda yeterli bilgiye sahip hissetmediği anlaşılabilir.

Enfeksiyon etkenleri sağlık çalışanlarına temas, hava ve damlacık yoluyla bulaşabilmektedir. Literatüre baktığımızda araştırma görevlisi hekimlerle yapılan bir çalışmada riskli durum olarak perkutan yaralanma sorgulanmış ve katılımcıların yaklaşık %33' ünün daha önce perkutan yaralanma geçirdiği belirtilmiş (4). Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir başka çalışmada katılımcıların % 40,9' u (n: 122) iğne batması, % 27,9' u (n: 83) enfekte materyalin göze ve mukozalara sıçraması ve % 26,8' i (n: 80) kesici alet yaralanması ile karşılaştığını ifade etmiş. Aynı çalışmada doktorların %39,2' si (n: 31) son bir yıl içerisinde iğne batması yaşadığı bildirilmiş (5). Çalışmamız ve diğer çalışmalarda en çok karşılaşılan riskli durumlardan birinin delici- kesici alet yaralanması olduğu görülürken, çalışmamızda enfeksiyon bulaşması açısından en riskli durumun hastanın yüze doğru öksürmesi-hapşurması olduğu görüldü. Bu durumun ortaya çıkmasında Covid 19 pandemisinin de etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların neredeyse tamamı covid 19 aşısını ve hepatit B aşısını olduklarını ifade etti. %93,70 oranında tetanoz, %39,60 oranında pnömokok, %39,30 oranında influenza, %18,90 oranında meningokok aşısını oldukları görüldü. Fortunato ve arkadaşlarının yaptığı 2198 kişinin katıldığı çalışmada katılımcıların dörtte birinin influenza aşısını düzenli olarak yaptırdığı bildirilmiş (6). Tümtürk ve arkadaşlarının 55 şehirde 5046 sağlık çalışanı üzerinde yaptığı araştırmasında hekimlerin %20' sinden azının düzenli olarak mevsimsel grip aşısı yaptırdığı gösterilmiş (7). Akçalı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hekimlerin 2/3'ünden fazlası hepatit B aşısını yaptırdığı belirtilmiş (8). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hekimlerin %15' inin influenza aşısını yaptırdığı bulunmuş (9). Bekçibaşının covid 19 pandemisinin olduğu dönemde yaptığı bir araştırmada hekimlerin %37' sinin influenza aşısını yaptırdığı tespit edilmiş (10) .

Çalışmamız ve diğer çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde covid 19 aşısını yaptırma isteğinin, hepatit B ve tetanoz aşısının yapılma oranının yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmamızda ve covid 19 pandemisi döneminde yapılan çalışmalarda influenza aşısının

yapılma oranının diğer çalışmalara göre fazla olması, pandemi döneminde daha iyi bir korunma amacıyla influenza aşısına daha fazla talep olduğunu göstermektedir.

Fransa'da sağlık çalışanlarına zorunlu kılınan aşılardan olmayan kızamık aşısını hekimlerin yarıdan fazlası yaptırmıştır (11). Bizim çalışmamızda katılımcıların %75' ten fazlası KKK aşısını yaptırdığını ifade etmiş. Bu bilgiler ışığında hekimlerin koruyucu sağlık hizmetleri olarak değerlendirilen aşılama konusuna önem verdikleri, zorunlu olmasa bile önerilen aşıları oldukları söylenebilir.

HBE' yi aile hekimliği asistanları için risk olarak görme durumu ile bilgi düzeyi arasında anlamlı fark tespit edilmesi **(p=0,04)** HBE' yi risk olarak gören hekimlerin bu konuda daha hassas davranarak, kendilerini korumak adına daha çok araştırma yaparak, bilgilerini güncellemeleriyle ilişkili olabilir.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmetleri sunumu sırasında hastalarda enfeksiyona yol açabilecek hemen her patojen sağlık çalışanları için risk teşkil etmektedir.

Çalışmamızda HBE' lerin aile hekimliği asistanları için risk teşkil ettiği tespit edildi. Buna karşın asistan hekimlerin bu konudaki farkındalığı ve bilgi düzeyi yeterli seviyede bulunmadı.

Hekimlerin bağışıklanma durumları sorgulandı, covid 19, hepatit B, tetanoz aşılarını daha özenle oldukları belirlendi. İnfluenza aşısının da covid 19 pandemisi döneminde daha fazla yaptırıldığı tespit edildi. Periyodik sağlık muayenelerine katılmayan ve gereken özeni göstermeyen hekimlerin olduğu görüldü.

Hekimlere güncel bilgileri içeren hizmet içi eğitim programları planlanması ve bu programların sürekliliğinin sağlanması, alınan eğitimden edinilen bilgilerin günlük hayata geçirilmesi ile bu durumun daha iyi seviyeye gelmesi sağlanabilir.

Ayrıca HBE risklerinin azaltılması için risk oluşturan etkenlere karşı düzenli olarak aşılamanın yapılması, kişisel koruyucu ekipman kullanımına dikkat edilmesi, enfekte materyal ile maruziyet sonrasında uygulanması gereken prosedürlerin belirlenip hekimlere bu konuda eğitim verilmesi, periyodik kontrollerin düzenli olarak yapılması oldukça önemli durmaktadır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

1. Asistan hekimlerin HBE konusunda bilgilerini incelemek için kendi görüşleri esas alınmış, objektif ölçümler yapılamamıştır.

2. Bilgi düzeyi soruları için kullanılan puanlamanın bir ölçek sistemine ait olmaması nedeniyle hekimleri değerlendirmek için kullanılan puanlama sisteminin bir ölçeğe ait olmaması çalışmanın diğer araştırmalarla karşılaştırılmasında zorluklara neden olmuştur.

3. Katılımcıların bağışıklanma durumları sorgulanırken aşı kartı istenmemiştir. Hatırlama sorunundan kaynaklı kısıtlılıklar olabilir.

4. Konu hakkında daha ilgili bir asistan grubu anketimizi cevaplamış olabilir bu da selection bias'e neden olmuş olabilir.

Kaynaklar:

1) Artan C, Artan MO, Baykan Z. Sağlık Personelinin Sağlık Riskleri ve Hastane Enfeksiyonları ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2015;5(2):6–11.

2) Tuncer Eİ, Ural O, Çağlayan V, Abukan P. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi, Hemşire ve Temizlik Personellerinin Hastane İnfeksiyonları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. Genel Tip Derg. 2016;26(1):14–14.

3) Geberemariyam BS, Donka GM, Wordofa B. Assessment of knowledge and practices of healthcare workers towards infection prevention and associated factors in healthcare facilities of West Arsi District, Southeast Ethiopia: A facility-based cross-sectional study. Arch Public Heal. 2018;76(1):1–11.

4) Şahin T, İnfal S. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Hastane İnfeksiyonları Konusundaki Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Flora. 2016;21(3):124–30.

5) Yoldaş Ö, Bulut A, Ertürk E, Çelik D, Karakaşoğlu Ü, Altindiş M ve ark. Sağlık Çalışanlarında Enfekte Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet Riskinin Belirlenmesi Kocatepe Tıp Derg. 2014;15(3):297–300.

6) Fortunato F, Tafuri S, Cozza V, Martinelli D, Prato R. Low vaccination coverage among italian healthcare workers in 2013. Hum Vaccin Immunother. 2015;11(1):133–9.

7) Tumturk A, Tosun S, Yıldız IE, Alay H, Ozatay DM, Mert D ve ark. Mevsimsel grip aşısı kapsama oranları: sağlık çalışanları arasında çok merkezli kesitsel bir çalışma. Ortadoğu Tıp Derg. 2020;12(1):113–9.

8) Akçali A, Şener A, Tatman Otkun M, Akgöz S, Otkun AM. Üçüncü Basamak Bir Hastanede Sağlık Çalışanlarında Hepatit B Seroprevalansı. Viral Hepatit Dergisi. 2013;19:36–40.

9) Öztürk R, Ilgar T, Cesur S, Şahan S, Gür N, Şana L. Sağlık Çalışanlarının Grip Aşısı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Aşıya Karşı Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Anadolu Güncel Tıp Derg. 2020; 2(1): 13-18.

10) Bekçibaşı M. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Hekimlerin Profilaksi ve Aşı Uygulamalarına Yaklaşımları: Türkiye'den Kesitsel Bir Anket Çalışması. Klimik Dergisi. 2022; 35(1): 21-5.

11) Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, et al. Vaccination coverage of health care personnel working in health care facilities in France: Results of a national survey, 2009. Vaccine. 2012;30(31):4648–54.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Tinea İnkognito: Dokuz Olgunun Değerlendirilmesi

Vasfiye DEMİR PERVANE, İsa AN

Giriş: Tinea inkognito (Tİ), mantar enfeksiyonu bulunan bir bölgeye, uygunsuz topikal steroidlerin kullanımı ile gelişen, olağan klinik görünümünü kaybetmiş bir mantar enfeksiyonudur. Mantar enfeksiyonu olan bölgeye uygulanan topikal steroidler, lokal immün yanıtı bloke ederek fungal gelişimi kolaylaştırmakta ve atipik klinik görünümlü lezyonların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Tİ tutulum bölgesine göre, birçok deri hastalığını taklit edebilmektedir bu nedenle doğru tanı ve tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. Bu çalışma ile Tİ tanısı konulan 9 olgunun klinik özellikleri paylaşılacaktır.

Olgular: Bizim çalışmamızdaki hastalar sıklıkla erkekti ve Tİ her yaş grubundaki hastalarda görülmekteydi (6-65 yaş). Lezyonların 2'si inguinal bölgede, 4'ü ekstremitelerde yerleşikti. Sırt, boyun ve saçlı deri tutulumu ise birer hastada mevcuttu.
Bütün olgularımıza aile hekimleri tarafından egzema tanısı konularak topikal steroid önerilmişti.
Tüm hastalar potasyum hidroksit ile direk bakı ile tanı konuldu ve tüm hastalar topikal ve sistemik terbinafin ile tedavi edildi.

Sonuç: Sonuç olarak tinea enfeksiyonlarına hatalı steroid kullanımı, hastalığın tipik görünümünü kaybetmesine, bu nedenle hastalığın hem iyileşmemesine hemde doğru tanıyı almasını geciktirerek hastaların mağduriyetine neden olabilmektedir. Birinci basamakta çalışan hekimlerin bu noktadaki farkındalığı son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: tinea inkognito, steroid, topikal, aile hekim

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Şanlıurfa Yöresi İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Anemi Sıklığı ve Tipleri

Zeynep ACAR[1], Şenay KOÇAKOĞLU[1], Ahmet UYANIKOĞLU[2]
[1] *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD*
[2] *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Gastroenteroloji*

Giriş-Amaç: Anemi, hastalıkların klinik seyrini olumsuz etkileyen yaygın bir hematolojik komplikasyondur. Bu çalışmanın amacı inflamatuar barsak hastalığı (İBH) olan hastalarda anemi durumunu değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu bir retrospektif, kesitsel çalışmadır. 202 İBH'lı hasta dosyası değerlendirildi. Hastalar anemi tiplerine göre dört gruba ayrıldılar. İstatistiksel analiz için IBM SPSS.22 programı kullanıldı.

Bulgular: 202 hastanın çoğunluğu (%51.48) kadındı. Çoğunluğu (%74.75) ülseratif kolit tanısı almıştı. Crohn hastalarının %35.29'unda ileal tutulum ve ülseratif kolit hastalarının %39.08'inde proktit şeklinde bağırsak tutulumu vardı. Hastaların toplam %69.79'unda düşük demir seviyeleri olup %41,58'inde vitamin-mineral eksikliği de olduğu görüldü.
Sonuç: Hastaların çoğunda düşük demir seviyeleri ve vitamin-mineral eksiklikleri bulundu. Anemi ve vitamin mineral eksikliklerinin erken teşhis ve tedavisinin İBH hastalarının sağlığını korumak ve iyileştirmek için gerekli ve önemli bir yaklaşım olduğu söylenebilir. Bu çalışma sonuçlarının birinci basamaktaki hastalara sürekli ve kapsamlı sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin IBH hastalarında anemi ve eksiklikler konusunda farkındalıklarının arttırılmasına katkı sağlayacağına inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Anemi, inflamatuar bağırsak hastalığı, ülseratif kolit, Crohn hastalığı, demir eksikliği

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

SÖZEL BİLDİRİ ÜÇÜNCÜLÜK ÖDÜLÜ

Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Tutumlarının Doğurganlık İle İlişkisi; Samsun İli Örneği

Meryem AKKAŞ, Mahcube ÇUBUKÇU

Giriş-Amaç: Aile Planlaması (AP), ailelerin kendi kararlarıyla istedikleri zamanda ve bakabilecekleri sayıda çocuk sahibi olmaları, çocuk sahibi olamayan bireylere de gerekli imkanları sağlayan bir uygulamadır (1). Bu çalışma, Samsun ilinde Birinci Basamağa başvuran, 15-49 yaş arası evli kadınların AP ilişkin tutumunu ve doğurganlık ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Materyal-Metot: Bu araştırma gözlemsel, analitik ve kesitsel nitelikte bir anket çalışmasıdır. Çalışmamız 16.02.2022- 16.05.2022 tarihleri arasında Samsun ili Atakum, İlkadım ve Canik ilçelerindeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde (ASM) yürütüldü. ASM'ler beş iş günlük süre boyunca ziyaret edilmiştir. Kişiler gönüllü onam formunun ardından çalışmaya alınmıştır. Kişiler demografik veriler ve AP Tutum Ölçeği (APTÖ) ile değerlendirilmiştir. Verilerin istatistikel analizinde; Pearson korelasyon analizi, Independent Samples Test ve One-Way ANOVA testi, LSD post-Hoc testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 501 kadının evlenme yaşı ortalaması 23,16±4,66 yıldır. Kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması 24,21±4,62 yıldır. Katılımcıların gebeliksayısı ortalaması 2,30±1,29'dur. Katılımcıların APTÖ puan ortalaması 136,64±21,48 idi. APTÖ toplam puanı ile evlenme yaşı (r=0,133 p=0,003) ve ilk gebelik yaşı arasında (r=0,108 p=0,019) pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. APTÖ toplam puanı ile canlı doğum sayısı

(r=-0,125 p=0,005), yaşayan çocuk sayısı (r=-0,122 p=0.006), istenen çocuk sayısı (r=-0,118 p=0.008) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (F= 34,104 p<0,01). APTÖ toplam puanı ve alt boyut puanları diğer mezunlara kıyasla "üniversite mezunu" grubunda daha yüksek bulunmuştur (F= 34,104 p<0,001). APTÖ toplam puanı işçi, özel sektör/emekli ve ev hanımı olanlara kıyasla "memur" mesleğinde daha yüksek bulunmuştur (F= 17,936 p<0,001). İstenmeyen gebeliği sonlandırma şekline göre, APTÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak farklılık göstermiştir (p=0,013).

Sonuç: Çalışmamızda kadınların AP kullanmaya yönelik tutumlarının olumlu ancak yeterli düzeyde olmadığı saptandı. Evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, doğum ve çocuk sayısı, meslek durumu, gelir düzeyi, yaşadıkları ilçe ile AP tutum ölçeği arasında anlamlılık saptandı. Çalışmamızda AP tutumu ve doğurganlık düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişki saptandı. İstenmeyen gebeliği kürtaj ile sonlananların, doğum ile sonlananlara göre AP tutumu daha yüksek bulundu. AP danışmanlık ve uygulama hizmetlerinin, doğurganlık çağındaki tüm kadınları ve erkekleri kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması ve danışmanlık verilirken çeşitli doğum kontrol yöntemlerinden kişiye en uygun olanı belirlenerek, kişiye özel danışmanlık verilmesi gerekmektedir

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, kadın, tutum, doğurganlık

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Hipertansiyon Hastalarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları

Suat KOÇ[1], Şenay KOÇAKOĞLU[1]
1. Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Giriş-Amaç: Bu çalışmanın amacı hipertansiyon hastalarının tedavilerinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri (GETAT) kullanımına ilişkin bilgi ve tutumlarını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem: Prospektif, kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki çalışma Temmuz-Aralık 2021 tarihleri arasında Şanlıurfa ilinde aile sağlığı merkezlerinden hizmet alan 258 hipertansiyon hastası ile yürütülmüştür. Araştırmacılar tarafından literatür taranarak katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerine yönelik 12 soru ve GETAT yöntemleriyle ilgili bilgi durumlarına yönelik 13 sorudan oluşan veri değerlendirme formu oluşturulmuştur. Verilerin elde edilmesinde bu formla beraber 13 soruluk "Tamamlayıcı Tedavileri Kullanmaya Yönelik Tutum Ölçeği" yüz yüze anket tekniği ile uygulanmıştır. Verilerin analizi için IBM SPSS 22 versiyonu paket istatistik programı kullanılmıştır.

Bulgular: 258 katılımcının %55,4'ü (n:143) kadın, %44,6'sı (n=115) erkekti. %6,2'si 40 yaş altında (n=16), %21,3'ü 40-49 yaş (n=55), %39,5'i 50-59 yaş(n=102), %32,9'u 60 yaş ve üzeriydi (n=85). Katılımcıların %9,7'si (n=25) köy-kasabada, %39,5'i (n=102) ilçelerde, %50,8'i (n=131) merkez ilçelerde yaşamaktaydı. %3,5'inin (n=9) hipertansiyon ilacı kullanmadığı, %29,8'unun (n=77) ise hipertansiyon ilaçlarını düzensiz kullandığı görüldü. Katılımcıların %79,8'i (n=206) hipertansiyon tedavisinde GETAT yöntemlerini kullanmaktaydı. En çok tercih edilen GETAT yöntemleri sırayla %73,6 (n=190) ile fitoterapi, %14,3 (n=37) kaplıca, %8,5 (n=22) kupa, %6,2 (n=16) müzik terapi yöntemleriydi.
GETAT yöntemlerinin kullanılmaması gerekli durumları çoğunun hiç bilmediği (%65,1, n=168) saptanmıştır. Eğitimleri okur yazar seviyesinde olanların, GETAT'ın hipertansiyonda

kullanımını bilen ve faydalı olduğunu düşünenlerin, hipertansiyon tedavisinde bu yöntemlerden yararlananların, GETAT yöntemlerini aile hekiminin bilmesini ve önermesini isteyen, fitoterapötik ürünleri kullananların, GETAT yöntemlerinin kullanılmaması gereken durumları bilenlerin, düzensiz HT ilaçları kullananların, GETAT kullanımına ilişkin tutum puanları daha yüksektir.

Sonuç: Bu araştırmada hipertansiyon hastalarının çoğunluğunun tedavilerinde GETAT yöntemlerini tercih ettikleri görülmüştür. Hastaların bu yöntemlerden doğru bir şekilde yararlanabilmeleri için güvenilir kaynakların önerilmesi ve aile hekimleri başta olmak üzere sağlık hizmeti sunucularının danışmanlık hizmeti verebilmeleri için gerekli eğitimlerin planlanmasının, sağlığın geliştirilmesine olumlu katkıları olacağı söylenebilir

Anahtar Kelimeler: Geleneksel Tıp, Tamamlayıcı Tıp, Hipertansiyon, Tutum, Fitoterapi

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Covid- 19 Pandemi Döneminde 65 Yaş Üstü Bireylerde Neovasküler Glokom Sıklığındaki Değişiklik

Müslüm TOPTAN, Halit OĞUZ

Giriş-Amaç: Pandeminin farklı dönemlerinde 3. basamak bir hastaneye başvuran 65 yaş üstü neovasküler glokomlu olguların sayısında, GİB' ı ve görme düzeylerindeki değişikliği incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Hastalar karantina öncesi (21 Mart 2019 -10 haziran 2019), karantina dönemi (21 mart 2020 -10 haziran 2020), karantina sonrası (21 mart 2021 -10 haziran 2021) 65 yaş üstü neovasküler glokom tanılı hastalar olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Yaş, cinsiyet, dahil olan göz(ler), etiyoloji, göz içi basıncı (GİB), en iyi düzeltilmiş görme keskinliği (EİDGK), uygulanan tedaviler karşılaştırıldı.

Bulgular: Karantina öncesi gruba göre karantina grubunda % 1.02, karantina sonrası grubunda % 14.29 oranında hasta sayısında azalma tespit ettik. Karantina döneminde uygulanan tedavi sayısı, karantina öncesi döneme göre % 51.85 azaldı (p=0.002). Karantina ve karantina sonrası dönem, karantina öncesi ile karşılaştırıldığında ortalama EİDGK seviyelerinde istatiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0.078). Ancak ortalama GİB değerlerinde anlamlı fark tespit edildi (p<0.001)

Sonuç: 65 yaş üstü neovasküler glokomlu hastaların karantina sürecinde ve sonrasında hastaneye başvurularında azalma tespit edildi. Karantina sürecinden sonra tedavinin gecikmesine bağlı olarak görme düzeylerinde azalma, GİB seviyelerinde yükselme mevcut idi. İlerleyen dönemlerde kaçınılmaz olarak neovasküler glokomlu hasta ve cerrahi sayısında artış görülecektir.

Anahtar Kelimeler: neovasküler glokom; covid-19; 65 yaş üstü; karantina; görme düzeyi; göz içi basıncı

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Bir Aile Sağlığı Merkezinde Takipli Yetişkinlerde Çocukluk Çağı Travmalarının Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı Üzerine Etkisinin Araştırılması

Narin TADİK, Tahsin ÇELEPKOLU, Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE

Amaç: Çocukluk çağı travmaları, karmaşık sebepleri ve trajik anlamda sonuçları olan; gelişimsel, tıbbi, psiko-sosyal ve hukuki olarak kapsamlı ciddi bir sorundur. Çocukluk döneminde istismara uğrayan bireylerde değişen derecelerde gelişimsel, fiziksel, mental anlamda sosyal gerilik yaşanmaktadır. Çocukluk travması yaşayan bireyin gösterdiği stres reaksiyonları çocukluktan yetişkinliğe kadar geçen sürede sigara, alkol ve madde kullanımı başta olmak üzere birçok ruhsal sorunları ortaya çıkarmaktadır. Bu çalışmanın amacı; alkol, madde ve sigara kullanımı risk artışının çocukluk çağı travmaları ile ilişkisinin olup olmadığını incelemektir.

Metod: Araştırmamız Diyarbakır Bağlar 003 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı 18-65 yaş arası yetişkinlerde tanımlayıcı kesitsel tipte bir anket çalışması olarak yapılmıştır. Araştırmaya katılanların demografik verileri ve sigara, alkol, madde kullanımlarına yönelik soruların olduğu veri formu ve geçerliliği ve güvenilirliği olan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizde SPSS programı kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %53,6'sının erkek, %46'sının 30 yaş ve altında olduğu, %52,9'unun bekar, %44,9'unun ilk-orta ve lise, %44,3'ünün ise lisans düzeyinde öğrenim gördüğü tespit edilmiştir. Katılımcıların %53,4'ünün sigara kullanmadığı, %66,9'nun alkol kullanmadığı, %92,6'nın da madde kullanmadığı tespit edilmiştir. Sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, cinsel istismara maruz kalma düzeyleri yüksek bulunmuştur. Sigara kullanma sıklığına göre ise, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Alkol kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, duygusal istismar ve cinsel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek

olduğu belirlenmiştir. Alkol kullanma sıklığına göre ise, haftada 3 günden fazla alkol alanların, 3 günden az alanlara göre fiziksel istismara maruz kalma düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Madde kullanan bireylerin kullanmayanlara göre, duygusal istismar, cinsel istismar ve çocukluk çağı travma düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Madde kullanma sıklığına göre ise, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Sonuç: Ulaşılan bulgulara göre; Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; Çocukluk çağı travması ile en ileri düzeyde ilişkiye sahip alt boyutun duygusal ihmal, en düşük düzeyde ilişkiye sahip alt boyutun cinsel istismar olduğu belirlenmiştir. Bütün alt boyutlarla orta ve ileri düzeyde pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Duygusal istismarın artması çocukluk çağı travmasını en ileri düzeyde artıracağı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Travmaları, Alkol ve Madde Kullanımı, Stres, Çocuk İstismarı.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Göğüs Ağrısı ile Başvuran Çocuklarda Kardiyak Etiyoloji, Göğüs Ağrısının Şiddeti ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Feyzanur NACİR, Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE, Alper AKIN

Giriş ve Amaç: Göğüs ağrısı çocuklarda bir sağlık kuruluşuna yapılan başvuruların en sık sebeplerinden biridir. Aileler ağrının çoğunlukla kalp kökenli olduğunu düşündüklerinden endişelenmektedir. Sonuçta bu durum tekrarlayan başvurulara veya bir üst basamak sevklerine sebep olmaktadır. Çocuklarda görülen göğüs ağrısının kardiyak nedenleri çok nadirdir; daha çok muskuloskeletal, psikojenik, respiratuar ve gastrointestinal kaynaklı olabilmektedir. Önemli bir kısmı da idiyopatik olarak değerlendirilmektedir. Bizim çalışmamızda da Dicle Üniversitesi Çocuk Kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı şikayeti ile yapılan başvuruların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki çalışmamızda 01.01.2020-31.12.2020 tarihleri arasında başvuran 5-18 yaş aralığındaki 244 hasta prospektif olarak değerlendirilmiştir. Veri toplama aracı olarak çocuk kardiyoloji polikliniğinde kullanılan Göğüs Ağrılı Hasta Değerlendirme Formu ve Wong-Baker Faces ağrı skalası kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların %50'si kızdı. Yaş ortalaması 139,5±41,4 ay idi. Kardiyak etiyoloji oranı %8,2 idi. Kardiyak göğüs ağrısı sebepleri arasında en sık görülen (%45) mitral kapak prolapsusuydu. Kardiyak dışı sebepler; psikojenik %27,9, muskuloskeletal %22,1, respiratuar %13,9, gastrointestinal %2,9, diğer %1,2'dir. İdiopatik olanların oranı %23,8 olarak tespit edilmiştir. Wong-Baker ağrı skalası ile değerlendirilen kardiyak göğüs ağrısı nedenleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken kızların hissettiği ağrı şiddetinin erkeklerin hissettiğine göre daha geniş aralıkta olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Kardiyak etiyoloji çocuklarda nadir görülmekle beraber hayati öneme sahiptir. Bu nedenle göğüs ağrısı ile başvuran hastalara dikkatli anamnez ve fizik muayene yapılmalı, kardiyak risk taşıdığı düşünülen hastalar ise ayrıntılı tetkik için çocuk kardiyolojisi bölümüne yönlendirilmelidir. Çocuklarda göğüs ağrısı konusunda yapılan güncel çalışmalar mevcut olmakla beraber temel veriler çok eski tarihli yayınlara aittir. Güncel verileri oluşturacak geniş çaplı çalışmalara ve sebebi bilinmeyen göğüs ağrılarını aydınlatacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Göğüs Ağrısı, Çocuk, Kardiyak Etiyoloji

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Evaluation of Thiol/Disulphide Balance in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Çiğdem CİNDOĞLU, Süleyman SARİ, Ahmet UYANIKOĞLU

Özet

Amaç: Tiyol-disülfid homeostazı, vücudun etkili antioksidan savunma mekanizmalarını sürdürmesi için gereklidir. Bu çalışmada, irritable bağırsak sendrom (IBS)'lu hastalarda dinamik tiyol disülfid homeostazının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler: Çalışmaya 46 IBS tanılı hasta ve 46 sağlıklı kontrol dahil edildi. Serumdaki tiyol/disülfid parametreleri tüm vakalarda ölçüldü ve iki grup karşılaştırıldı.

Bulgular: Total tiyol ve doğal tiyol düzeyleri IBS grubunda kontrol grubuna göre düşük saptandı, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla 428,9 ± 72,9µmol/L' ye 433,4 ± 80,8 ve 385,0 ± 67,3 µmol/L' ye 394,5 ± 75,4 µmol/L, P > 0,05). Buna karşın, disülfid düzeyleri (sırasıyla 21,9 ± 5,0 µmol/L' ye karşı 19,4 ± 4,2 µmol/L; P < 0,00), disülfit/doğal tiyol (sırasıyla %5,7 ± %1,2' ye karşı %4,9 ± %0,8, P < 0,00) ve disülfit /toplam tiyol oranı (sırasıyla %5.1 ± %0.9' a karşı %4.5 ± %0,7), P < 0,00) IBS hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı daha yüksek ve doğal tiyol/total tiyol oranları (sırasıyla %89,8 ± %1,9, %90,6 ± %1,9, P < 0.00) anlamlı düşük saptandı.

Sonuç: Tiyol-disülfid homeostazı IBS patogenezinde rol oynayabilir ve tanıda kullanılabilecek yeni belirteçler olabilir.

Anahtar Kelimeler: irritable bağırsak sendromu, tiyol-disülfid homeostazı, oksidatif stres

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Probiyotikler Hakkındaki Tutum ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

F. Gökşin CİHAN[1], Nur DEMİRBAŞ[1], Nazan KARAOĞLU[1], Ruhuşen KUTLU[1]
1. NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Amaç: Probiyotikler pek çok hastalığın önlenmesi ve tedavisinde kanıtlanmış yararları olan nispeten yan etkileri az olan doğal ürünlerdir. Çalışmanın amacı, Tıp Fakültesinde okuyan öğrencilerin probiyotikler hakkında bilgi, tutum ve kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesidir.

Materyal-Metod: Bu tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini Meram Tıp fakültesi 2019-2020 eğitim dönemi son sınıf öğrencileri (292 kişi) oluşturdu. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm öğrencilere ulaşılması planlandı. Katılımcılara çalışma hakkında ön bilgi verilip, sözlü onamları alındı. Çalışmaya katılacak öğrencilere araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgiler, probiyotik besin tüketimi ve probiyotikler hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendiren literatür doğrultusunda hazırlanan bir anket formu uygulandı. Çalışmaya katılmak istemeyenler ve anketi tam olarak doldurmayanlar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 229 öğrencinin (%78,4) yaş ortalaması 24,24±1,61 yıl olup %58,1'i kadın cinsiyetteydi. Öğrencilerin %92,6'sı probiyotik terimini, %44,1'i ise probiyotikli besinlerin içerdiği mikroorganizmaları bildiğini belirtti. Probiyotik terimi ve bu besinlerin içerdiği mikroorganizmaları bilme ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Katılımcıların %54,2'si probiyotik içerikli besinleri kullanmıyordu. Probiyotik tüketimi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,588$). Probiyotik besin tüketimini etkileyen en sık sebepler "sindirim sistemine faydaları" (%42,4) ve "bağışıklık sistemini güçlendirmesi" (%26,6) iken probiyotik tüketmeme nedeninin "ihtiyaç duymamak"

olduğu tespit edildi. Öğrencilerin %51,5'i probiyotikli besinleri tüketmeleri için çevrelerine ve hastalarına önerdiklerini ve en sık öneri nedenlerinin; kabızlık (%73,4), diare (%50,2) ve irritabl barsak sendromu (%48,0) olduğunu ifade ettiler. Katılımcıların probiyotik bilgi düzeyi ortalama puanı 52,41±8,70 (14-76) olarak bulundu. Erkek öğrencilerin bilgi düzeyi (51,34±9,05) ile kadın öğrencilerin bilgi düzeyleri (53,26±8,38) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (p=0,101). Probiyotikleri sık kullananların bilgi düzeyi (57,03±13,22) hiç kullanmayanlara (46,11±6,80) göre daha yüksek tespit edildi (p<0,001).

Sonuç: Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin probiyotik bilgi düzeyleri, kendi tüketimleri ve hastalarına önerme tutumları orta düzeyde bulundu. Sağlıklı veya hasta bireylerin doğru probiyotikli gıdaları tüketmeleri, konu hakkında eğitim almış hekimlerin tavsiyeleri ile olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Probiyotik, Tıp Öğrencisi, Bilgi, Tutum

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 6.Sınıf Öğrencilerinin Uzaktan Eğitim Süreci ile İlgili Deneyim ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Ahmet KESKİN, Ziya ARIKAN

Giriş-Amaç: Pandemi dönemlerinde öğrencilerin sağlığı tehlikeye atılmaksızın eğitimlerinin kesintisiz sürdürülebilmesi büyük önem taşımaktadır. Uzaktan eğitim modelleri bu koşullarda birçok avantaj sağlasa da tıp eğitimi gibi pratik eğitimlerin büyük rol oynadığı meslek eğitimlerinde uzaktan eğitimin de birçok zorluğu ve dezavantajı bulunmaktadır. Bu çalışmada daha verimli eğitim modelleri geliştirilebilmesi adına son sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin, uzaktan eğitim süreci hakkındaki görüşlerinin ve yaşadıkları sorunların tespiti ile eğitimde verimliliği arttırabilecek sonuçlar elde edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri üzerinde kesitsel tipte bir anket çalışması gerçekleştirildi. 01.11.2021-30.11.2021 tarihleri arasında 212 intern hekim üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, 53 soruluk bir anket internet üzerinden katılımcılar ile paylaşıldı. Bu sorular ile öğrencilerin demografik özellikleri, uzaktan eğitim sürecinin işleyişi, bu dönemde yapılan sınavlar hakkındaki düşünceleri, tercih ettikleri uzaktan eğitim modelleri ve uzaktan eğitim sürecinin kariyer planlamaları üzerindeki etkileri hakkında düşünceleri araştırıldı.

Bulgular: Toplamda 212 katılımcının %51,9'u aldıkları uzaktan eğitim ile mesleki yeterliliğe sahip bir hekim olabileceğine inanmadığını, %59,4'ü bu dönemde mesleğe karşı aidiyet duygusunda bir azalma olduğunu belirtti. Katılımcıların çoğunluğu uzaktan eğitimle iyi bir eğitim aldığını düşünmediğini ve uzaktan eğitimi yüz yüze eğitim kadar etkili bulmadığını belirtti. Katılımcıların %93,4'ü pratik becerilerin uzaktan eğitimle kazanılamayacağını düşündüğünü belirtti. "Gelirim giderimden az" diyen katılımcıların diğer katılımcılara göre ders

kaynaklarına erişim açısından daha çok sıkıntı yaşadığı gösterildi. Elektronik cihazları kullanma becerisi daha iyi olan katılımcıların uzaktan eğitim hakkında daha olumlu düşüncelere sahip olduğu görüldü.

Sonuç: Uzaktan eğitim sürecinde fırsat eşitliğinin sağlanması adına öğrencilerin elektronik cihaz kullanma becerilerinin geliştirilmesi için eğitimler düzenlenmesi, ekonomik durumlarına bağlı yaşanabilecek adaletsizliklerin önlenmesi adına öğrencilere destek fonlarının ayrılması gerektiğini düşünmekteyiz. Aynı zamanda bu dönemde öğrencilerin mesleki aidiyet ve yeterlilik duygularının geliştirilmesi adına öğrencilerin güvenlikleri sağlanacak şekilde simülasyon eğitimleri gibi pratik eğitimlerin geliştirilmesi gerektiği kanaatindeyiz. Uzaktan eğitimin öğrenciler arasında eşit ve verimli bir eğitim modeli olması adına ileri çalışmalar ve düzenlemeler yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: uzaktan eğitim, çevrimiçi eğitim, tıp eğitimi.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezlerinden 112 Acil Sağlık Hizmetleri Aracılığıyla Sevk Edilen Hastaların Genel Değerlendirmesi

Tuğba YILMAZ[1], Tarık Eren YILMAZ, Eren USUL

1.Gülhane EAH. Aile Hekimliği Kliniği Başasistanı

Amaç: Çalışmamız bir yıl içerisinde Ankara'daki tüm Aile Sağlığı Merkezlerinden 112 Acil Sağlık Hizmetleri aracılığıyla sevk edilen hastaların sevk edilme nedenlerinin ve karşılaşılan akut problemlerin neler olduğunun tespit edilmesidir. Bu çalışma ile aile hekimlerinin ilk temas noktası olarak akut ve acil durumlara karşı müdahalelerine katkı sunacak çalışmalara ve eğitimlere yön vermesi hedeflenmektedir.

Materyal-metod: Çalışmamız retrospektif olarak planlanan kesitsel gözlemsel bir çalışmadır. 1 Kasım 2018 ile 1 Kasım 2019 tarihleri arasında Ankara'daki aile sağlığı merkezlerinin 112 Acil Sağlık Hizmetleri talepleri vaka bazlı ilgili hastaların arşiv kayıtlarından geriye dönük olarak taranmıştır. Kişisel kayıtlara yer verilmeden ilgili kayıtlar hasta numaralandırılması yapılarak anonim şeklinde bakılmıştır. İlgili tarihler arasında Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezlerinden 112 Acil Sağlık Hizmetleri aracılığıyla sevk edilen tüm hastaların 112 Komuta Kontrol Merkezi tarafından tutulan kayıtlar esas alınarak tüm yaş grupları alınarak cinsiyet ayrımı yapılmamıştır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, güvencesi, uyruğu, vital bulguları (Bilinç, Pupiller, Solunum, Cilt, Nabız), Adli Vaka olup olmadığı, Kentsel/Kırsal vaka durumu, Çağrı Nedeni, Nakledilen Hastane, Nakil Sebebi, aldığı öntanısı/ları (ICD10 tanı ve üst tanı kodları ile adları), ambulansın türü, reaksiyon süresi, mesafesi ve tutarı, vakanın hangi yıl, ay ve haftanın kaçıncı gününde gerçekleştiği gibi bazı parametrelere bakılmıştır. Son 1 yıl içerisinde Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve başvuru sonrası 112 Acil Sağlık Hizmetleri aracılığıyla ileri merkeze sevk edilen veya müdahale edilen hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir. Değerlendirmelerde SPSS 23 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmada Ankara ilinden başvurusu yapılan toplam 1829 çağrı değerlendirildi. Çağrısı başvurulanların %43,6'sı (n=798) erkek, %45,5'i (n=833) ise kadındı (198 hastanın cinsiyetleri kayıtlarda belirtilmemişti). Vakaların ortalama yaşları 47,31±24,62 (minimum:0; maksimum:96) olarak bulundu. Hastaların kodları triajda %46,4'ü sarı kod, %35,9'u yeşil kod, %6,8'i kırmızı kod, %0,2'si siyah kod, %0,1'i sosyal endikasyondu. Hastaların %34'ü kardiyovasküler sistem hastalıkları, %12,5'i travma, %7,2'si gastrointestinal sistem hastalıkları, %6,6'sı solunum sistemi hastalıkları, %4,6'sı nörolojik sebepler nedeniyle sevkedilmişti.

Sonuç: Aile Hekimlerinin, Acil Sağlık Hizmetlerine sunduğu katkının oldukça önemli olduğu gösterilmiştir. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri güçlendirildiğinde ve hastaların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini kullanımı artırıldığında ise Acil Servise başvuru oranının azaltılabileceği söylenebilir. Acil Servislerdeki gereksiz başvuruların azaltılması, gerçekten acil olan hastalar için hayati önem taşımaktadır. Ayrıca aile hekimliği disiplini çerçevesinde aile hekimliği asistanlarının acil servis rotasyon içeriğinin bu veriler ışığında geliştirilmesine katkı sunması beklenmektedir.

Keywords: Aile Hekimliği, Acil, Triaj.

Giriş-Amaç

Aile hekimleri, sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir, hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

Ayrışmamış hastalıklar içinde acil olan kırmızı bayraklı durumları özgün problem çözme becerisi ile saptar ve bunun yönetimi ve koordinasyonu noktasında önemli hizmetleri yerine getirir.

Bu nedenle aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatı içerisinde zorunlu olarak yer alan Acil Servis Rotasyonu önem arz etmektedir. Bu rotasyon sırasında birçok hastalığın akut durumlarında nelere ne kadar müdahale edilmesi gerektiği öğrenilmektedir.

Ancak aile sağlığı merkezlerinde hangi akut durumlar ile daha sık karşılaşıldığına dair literatürde çok fazla çalışmaya rastlanılmamıştır.

Amaç

Dolayısıyla bu konu üzerine eğilecek ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminin acil rotasyonu müfredatında hangi konulara daha çok yer verilmesi gerektiğine dair bizlere ışık tutacak çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür.

Bu çalışma ile bir yıl içerisinde Ankara'daki tüm Aile Sağlığı Merkezlerinden 112 Acil Sağlık Hizmetleri aracılığıyla sevk edilen hastaların sevk edilme nedenlerinin ve karşılaşılan akut problemlerin neler olduğunun tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışma ile aile hekimlerinin ilk temas noktası olarak akut ve acil durumlara karşı müdahalelerine katkı sunacak çalışmalara ve eğitimlere yön vermesi hedeflenmektedir.

Materyal-Metod

Çalışmamız retrospektif olarak yürütülmüş kesitsel gözlemsel bir çalışmadır. Covid 19 pandemisi öncesinde, 1 Kasım 2018 ile 1 Kasım 2019 tarihleri arasında Ankara'daki aile sağlığı merkezlerinin 112 Acil Sağlık Hizmetleri talepleri vaka bazlı ilgili hastaların arşiv kayıtlarından geriye dönük olarak taranmıştır. Kişisel kayıtlara yer verilmeden ilgili kayıtlar hasta numaralandırılması yapılarak anonim şeklinde bakılmış ve yerel etik kurulundan araştırma için etik kurul onamı alınmıştır.

İlgili tarihler arasında Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezlerinden 112 Acil Sağlık Hizmetleri aracılığıyla sevk edilen tüm hastaların 112 Komuta Kontrol Merkezi tarafından tutulan kayıtlar esas alınarak tüm yaş grupları alınmış olup cinsiyet ayrımı yapılmamıştır.

Hastaların yaşı, cinsiyeti, güvencesi, uyruğu, vital bulguları (Bilinç, Pupiller, Solunum, Cilt, Nabız), Adli Vaka olup olmadığı, Kentsel/Kırsal vaka durumu, Çağrı Nedeni, Nakledilen Hastane, Nakil Sebebi, aldığı öntanısı/ları (ICD10 tanı ve üst tanı kodları ile adları), ambulansın türü, reaksiyon süresi, mesafesi ve tutarı, vakanın hangi yıl, ay ve haftanın kaçıncı gününde gerçekleştiği gibi bazı parametrelere bakılmıştır. Son 1 yıl içerisinde Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve başvuru sonrası 112 Acil Sağlık Hizmetleri aracılığıyla ileri merkeze sevk edilen veya müdahale edilen hastalar çalışmaya dâhil edilmiş ve Ankara ili dışındaki vakalar ve 112 acil sağlık hizmeti almayan hastalar araştırmaya alınmamıştır.

Çalışmanın istatistiği yapılırken tanımlayıcı istatistiklerde numerik veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler ise sayı ve yüzde olarak verildi. Değerlendirmelerde SPSS 23 paket programı kullanıldı.

Tanımlayıcı istatistiksel veriler, sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma ile, kesikli veriler sayı ve % biçiminde ifade edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uyup

uymadıkları; histogram grafiklerinin incelenmesi, Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinin yorumlanmasıyla değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmada Ankara ilinden başvurusu yapılan toplam 1829 çağrı değerlendirildi. Hastaların %25,9'u (n: 475) 65 yaş üzeri, %48,1'i (n: 880) 18-64 yaş aralığında, %15,1' i (n: 276) 18 yaş altı idi. %10,9 (n: 198) hastanın yaşı kayıtlarda belirtilmemişti.

Çağrı başvurularının %43,6'sı (n=798) erkek, %45,5'i (n=833) ise kadındı (198 hastanın cinsiyetleri kayıtlarda belirtilmemişti). Vakaların ortalama yaşları 47,31±24,62 (minimum:0; maksimum:96) olarak bulundu.

Çağrıların yapıldığı ilçelere bakıldığında en sık başvuru %15,6 (n=285) oranı ile merkezi konumda olan Keçiören, en az başvuru ise %0,1 (n=1) oranı ile kırsal konumda bulunan Güdül ilçesi olduğu görüldü.

Çağrılara giden araçlara bakıldığında %98,6 (n=1803) ile en fazla panelvan tipi ambulans, %0,9(n=16) kar paletli, %0,2 (n=3) yoğun bakım obez panelvan, %0,2 (n=3) dört sedyeli panelvan ve %0,1 (n=1) motosiklet olduğu görüldü.

Tüm çağrıların %97'si (n=1775) komuta onaylı gidilmişken ve %3'ü (n=54) komutanın onayı olmadan gidilmişti.

Başvuruların %57,3'ü (n=1048) 112 birimlerinin kendi bölgelerine dâhilken, %42,6'sı (n=779) ise kendi bölgelerinin dışındaydı (2 hastanın bölgesi belirtilmemişti). Çağrıların genel olarak nedenleri Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1: Çağrıların temel nedenleri

	Sayı	%
Yangın	2	0,1
İş kazası	4	0,2
Sağlık tedbirleri	6	0,3
İntihar	6	0,3
Diğer	25	1,4
Trafik kazası	30	1,6
Yaralama	44	2,4
Diğer kazalar	165	9,0
Medikal	1546	84,5
Total	1828	99,9
Nedeni bilinmiyor	1	0,1
Total	1829	100,0

Vakalar ICD tanı türüne göre sınıflandırıldığında %34 (n=621) ile en sık Kardiyovasküler sistem hastalıkları olduğu görüldü. En az vaka ise %0,1 (n=2) ile elektrik çarpması vakasıydı. Tablo 2' de vakaların ICD tanı türlerine göre sınıflandırma verilmiştir.

Tablo 2: Vakaların ICD tanı türlerine göre sınıflandırılması

	Sayı	%
Elektrik çarpması	2	0,1
Darp	7	0,4
Enfeksiyon hastalıkları	8	0,4
Alerjik durumlar	13	0,7
Epistaksis	14	0,8
Kadın doğum veya gebelik	18	1,0
Baş ağrısı	18	1,0
Genitoüriner sistem hastalıkları	24	1,3
Metabolik bozukluklar	32	1,7
Diğer	34	1,9
Genel semptom ve diğer belirtiler	34	1,9
Ateş	35	1,9
Ağrı	37	2,0
Psikiyatrik	46	2,5
Vertigo	56	3,1
Zehirlenmeler	65	3,6
Nörolojik	84	4,6
Solunum Sistemi	121	6,6
Gastrointestinal sistem hastalıkları	132	7,2
Travma	229	12,5
Kardiyovasküler sistem hastalıkları	621	34,0
Total	1630	89,1
Sınıflanmayanlar	199	10,9
Total	1829	100,0

Vakaların çoğu %46,4 (n=848) ile sarı kod iken 1 vakaya sosyal endikasyon nedeni ile gidilmiştir. Vakaların %69,4'ünün (n=1269) bilinci açık olduğu görülürken %7'sinin (n=13) bilinci tamamen kapalı değerlendirilmiş. Vakaların triaj durumları tablo 3' te verilmiştir.

Tablo 3: Vakaların triaj durumları

		Sayı	%
	Sosyal endikasyon	1	0,1
	Siyah kod	4	0,2
	Kırmızı kod	124	6,8
Triaj	**Yeşil kod**	**656**	**35,9**
	Sarı kod	**848**	**46,4**
	Total	1633	89,3
	Bilinmiyor	196	10,7
	Total	1829	100,0

Yaş gruplarına göre ICD tanı türleri Tablo 4' te gösterilmiştir.

Tablo 4: Yaş gruplarına göre ICD tanı türü

Yaş Aralığı		n	%
65 yaş ve üzeri	KVS	247	52,0
	Solunum sistemi	52	10,9
	Travma	45	9,5
	GİS	24	5,1
	Vertigo	20	4,2
18-64 yaş aralığı	KVS	350	39,8
	Travma	102	11,6
	GİS	83	9,4
	Solunum sistemi	45	5,1
	Nörolojik	37	4,2
18 yaş altı	Travma	81	29,3
	Nörolojik	36	13
	GİS	25	9,1
	Ateş	24	8,7
	KVS	23	8,3
	Solunum sistemi	23	8,3

Tartışma

Çalışmamız ile bir yıl içerisinde Ankara'daki tüm Aile Sağlığı Merkezlerinden 112 Acil Sağlık Hizmetleri aracılığıyla sevk edilen hastaların sevk edilme nedenlerinin, karşılaşılan akut problemlerin neler olduğunun ve birinci basamakta yönetmekte zorlandıkları (tanı, teşhis, tedavi, takip vb.) konuların tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda hastaların %34'ü kardiyovasküler sistem hastalıkları, %12,5'i travma, %7,2'si gastrointestinal sistem hastalıkları, %6,6'sı solunum sistemi hastalıkları, %4,6'sı nörolojik sebepler nedeniyle sevkedilmişti. Bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %62' sinin ise kardiyovasküler ve merkezi sinir sistemi acil durum yönetiminin tercihen hastanenin Acil Servisinde uygulamalı eğitim olarak verilmesine ihtiyaç duyduğu raporlanmıştır(1). Bu çalışma ve bizim çalışmamız, birinci basamakta daha çok kardiyovasküler sistem hastalıklarının yönetimi konusunda hekimlere eğitim verilmesinin katkı sağlayacağını bize düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların 112 ambulans triajında %46,4'ü sarı kod, %35,9'u yeşil kod, %6,8'i kırmızı kod, %0,2'si siyah kod, %0,1'i sosyal endikasyondu. Başka bir çalışmada çocuk acil servise başvuran hastaların triyaj kodları incelendiğinde kodların %62,3'ünün (n=498) yeşil, %35,6'sının (n=285) sarı, %0,8'i (n=6) kırmızı ve %1,4'ünün (n=11) adli olduğunun tespit edilmesi, acil servislerin gereksiz çok fazla kullanıldığını bize göstermektedir(2). Çalışmamızdaki yeşil kodun sarı koddan daha az olması acil servise gereksiz başvuruların azaltılmasında aile hekimlerinin önemli bir yerinin olduğunu bize göstermektedir. Ancak yeşil

kodun da önemli bir orana sahip olması birinci basamak sağlık sisteminin güçlendirilmesinin (eğitim, olanaklar vb.) uygun olacağını düşündürmektedir.

Nitekim, Edirne T ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada acil servise başvuran hastaların %22,1'i acil servise gelmeden önce bir aile sağlığı merkezine başvurmuştu. En sık başvuru sebepleri ise; sindirim sistemi, sinir sistemi ile kas iskelet sistemine aitti(sırasıyla %27,7, %24,6, %11,0 ve %9,8) (3).

Yapılan başka bir çalışmada ise çocuk acil servisine gitmeden önce hastaların %42,3'ünün aile hekimine başvurduğu görülmüş ve çocuk acile başvuran hastaların %27,4'ünün aile hekimi tarafından yönlendirildiği tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada çocuk acil servise başvuru nedenleri ICD kodu üzerinden değerlendirildiğinde hastaların %41,5'inin J (solunum sistemi hastalıkları) ve %39,5'inin R (semptomlar ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları) tanı kodu aldığı görülmüştür (2).

Sonuç

Çalışmamız ve bu çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde hastaların aile sağlığı merkezlerine acil sorunları için sıklıkla başvurdukları görülmektedir. Bu bağlamda birinci basamakta görev yapan hekimlerin ihtiyaç duydukları konuların tespit edilerek bu konularda güçlendirilmesi oldukça önemli gözükmektedir.

En çok karşılaşılan acil durumların kardiyovasküler sistem hastalıkları, travma, GİS, solunum sistemi hastalıkları ve nörolojik aciller olduğu saptanmıştır. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde acil rotasyonunda bu konulara daha çok değinilmesini gösterdiği gibi aynı zamanda kardiyoloji, göğüs hastalıkları, dahiliye ve nöroloji rotasyonlarında acil durumların öğrenilmesinin adına bize önemli ipuçları sunmaktadır.

Bu çalışma sonrası beklenen faydalar içerisinde aile hekimliği disiplini çerçevesinde aile hekimliği asistanlarının acil servis rotasyon içeriğinin bu veriler ışığında gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi yer almaktadır.

Ayrıca aile hekimlerinin, acil sağlık hizmetlerine sunduğu katkı oldukça önemli durmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirildiğinde ve hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımı artırıldığında ise acil servise başvuru oranının azaltılabileceği söylenebilir. Acil servislerdeki gereksiz başvuruların azaltılması, gerçekten acil olan hastalar için hayati önem taşımaktadır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

1) ICD tanı kodlarının detaylarının olmaması bazı verilerin kaybolmasına sebep olmaktadır.

2) 112 ambulans kayıtlarının esas alındığı bu çalışmada kayıtlara dayalı eksik bilgilerin oluşmasına sebebiyet vermiş olabilir.

3) Sadece 112 ambulans kayıtları yer almaktadır.

Kaynaklar:

1) Abu-Grain SH, Alsaad SS, El Kheir DY. Factors affectingprimary health-care physicians' emergency-related practice; Eastern Province, KSA. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018, 7(4):739.

2) Tosun M. Pamukkale Üniversitesi Çocuk Acil Polikliniğine Başvuran Hastaların Birinci Basamağa Başvurularının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Denizli, 2020.

3) Edirne T ve ark. Birinci basamakta acil sağlık hizmetleri: tanımlayıcı çalışma. Türk Aile Hek Derg. 2008;.12(4): 185-192.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Türkiye'de Tütün Ürünleri ve Alkol Kullanımı 2010'dan 2020'ye Nasıl Değişti?: Sağlık İstatistikleriyle Bir İnceleme

Hatice Tuba AKBAYRAM, Hamit Sırrı KETEN

Giriş-Amaç: Tütün ürünleri ve alkol kullanımı sosyal zararları ve ekonomik maliyetleri olan önemli halk sağlığı sorunlarıdır. Ayrıca önlenebilir ölüm ve hastalıkların önde gelen nedenleridir. Bu çalışmada Türkiye'de 2010 yılından 2020 yılına kadar geçen süreçte tütün ve alkol kullanımındaki değişikleri belirlemek ve bağımlılık yapıcı bu maddelerin kullanımını önleme ve kontrolüne yönelik çalışmaların önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Gereç -Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışmada Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında bildirilen 2010 ve 2019 yılına ait 15 yaş ve üstü nüfus verileri, tütün ve alkol kullanımı ve genel sağlık durumunu algılama verileri karşılaştırılmıştır.

Bulgular: 2010 yılı için toplam nüfus 73.722.988, 15 yaş ve üstü nüfus oranı %74,4 (54.849.903), 2019 yılı toplam nüfus 83.154.997, 15 yaş ve üstü nüfus oranı %76,9 (63.946.195) olarak belirlendi. 2010 yılında her gün tütün ürünü kullanımı %25,4 iken 2019'da %28'e, alkol kullanımı 2010'da %12,6 iken 2019'da %14,9'a arttığı görüldü. Her gün tütün ürünü kullanan bireylerin sayısı 2010'da yaklaşık 13,9 milyon iken 2019 yılında 17,9 milyona, alkol kullanan bireylerin 2010'da yaklaşık olarak 6,9 milyon iken 2019'de 9,3 milyona yükseldiği bulundu. Cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerde her gün tütün ürünü kullanımı %39'dan %41,3'e, alkol kullanımı %21,1'den %23,3'e yükseldi. Kadınlarda her gün tütün ürünü kullanımı %12,3'den %14,9'a, alkol kullanımı %4,4'den %6,6'ya yükselmiş olduğu bulundu. 2010 yılı için genel sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak tanımlama (erkeklerde %73,5, kadınlarda %56,7) %65 iken 2019 yılında (erkeklerde %68,1, kadınlarda %53,9) %60,9'a düştüğü bulundu.

Sonuç: Türkiye'de son yıllardaki veriler incelendiğinde tütün ve alkol kullanımının önemli ölçüde arttığı, çok iyi/iyi olarak algılanan genel sağlık durumunun ise azaldığı görülmektedir. Tütün ürünleri ve alkol kullanımını azaltmaya yönelik etkili sağlık stratejileri, politikalar ve çalışmalar yapılarak bu hızlı artışın önü kesilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Alkol, tütün, Türkiye, sağlık

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Amino Acids Profile in Children With Acute Brucellosis

Ahmet GÜZELÇİÇEK, Nihayet BAYRAKTAR, Mehmet BAYRAKTAR

Objective: Many new cases of brucella infections are seen in Turkey every year, especially in March, April, and May, due to the consumption of local unpasteurized cheese. Amino acid profiles have not been studied in acute brucellosis patients. The amino acid profiles may be affected by infectious diseases. Our study aims to evaluate serum amino acid profile in the progression of acute Brucellosis.

Method: Plasma amino acid profile was performed by 8045 LC-MS / MS device (Shimadzu 8045, Japan) using JASEM amino acid kit.

Results: Analysis of 45 amino acid profiles were made in this study and showed a significant difference in concentrations and types of amino acids in brucella patients. We observed a significant difference in brucella patients in terms of alanine, arginine, aspartic acid, glutamine, glutamic acid, glycine, isoleucine, ornithine, phenylalanine, proline, tyrosine, valine, alpha-aminoadipic acid, alpha-amino-pimelic acid, argininosuccinic acid, gamma-aminobutyric acid, thiaproline, 1-methylhistidine, 3-methylhistidine, hydroxylysine, hydroxyproline, cystine, serotonin, ethanolamine, and taurine (p-value<0.05 for each). No significant differences regarding asparagine, citrulline, histidine, leucine, alloisoleucine, lysine, methionine, serine, threonine, tryptophan, anserine, alpha aminobutyric acid, beta aminoisobutyric acid, beta-alanine, cystathionine, histamine, and 5-oh-trp (p-value >0.05 for all).

Conclusion: Patients with brucellosis have a specific profile of amino acids which may reflect sequelae of pathological changes in the disease process as well as metabolic biochemical changes in the growth of Brucella in the human body resulting in an imbalance in amino acid levels

Keywords: 45 Amino acids profiles, Acute brucellosis, Pediatrics population, JASEM amino acid kit. LC-MS device

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Tip 2 Diabetes Mellitus Covid 19 Hastalarının Kanındaki D-Dimer, Fibrinojen, CRP ve LDH Düzeylerinin Çalışması

Nihayet BAYRAKTAR, Kays ELALİ, Veli PEHLİVAN, Başak PEHLİVAN, Erdoğan DURAN, Mehmet BAYRAKTAR

Giriş-Amaç: COVID-19, şiddetli akut solunum sendromuna neden olan bulaşıcı bir hastalıktır. Diyabetin COVID-19 hastalarında hızlı ilerleme ve kötü prognoz için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada tip 2 diabetes mellitus (DM) hastalarının farklı tedavi zamanlarında kanlarındaki D-Dimer, Fibrinojen, CRP ve LDH düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal –Metod: 1 Mart 2020 - 1 Mart 2021 tarihleri arasında anestezi yoğun bakım bölümünden COVID 19'lu 100 DM hastası (Hasta grubu) ve başka bir hastalığı olmayan (kontrol grubu) 100 DM hastası bu çalışmaya dahil edildi. Hasta grubunun yaş ortalaması 59.00±12.37 yıl, kontrol grubu ise 58.43±13.51 yıl idi. Plazma fibrinojen ve D-Dimer seviyelerinin yanı sıra serum LDH ve CRP seviyeleri COVID tedavisinden sonra 0, 10, 14, 30. günlerde ölçüldü, fibrinojen ve D Dimer Innovance ve Innovance Thromborel S cihazlarında analiz edildi Hem LDH hem de CRP testleri Atellica CH Analyzer cihazında analiz edildi.

Bulgular: Hasta grubunda fibrinojen, D-Dimer, LDH ve CRP değerleri tedavi sonrası farklı zamanlarda istatiksel olarak anlamlı düzeyde azaldı ($p<0,001$). Aynı parametrelerin değerleri hasta grubunu kontol grubuna göre istaiksel olarak anlamlı düzeyde arttı ($p<0,001$).

Sonuç: Diyabet popülasyonunun COVID-19 ile enfekte olması durumunda olumsuz sonuçlara maruz kaldığı gösterilmiştir. D-Dimer/Fibrinojen oranının tromboembolik olayların ortaya çıkışını artırarak COVID 19 şiddetini belirlemede önemli olduğu belirlendi. Ayrıca, CRP, LDH,

D-Dimer ve fibrinojen değerlerindeki yükselmeler de COVID 19 şiddeti ile ilişkilidir. İncelenen değişkenler, DM hastalarında covid-19 tanısının belirlenmesinde ve tedaviye yanıtın takibinde potansiyel biyobelirteçler olabilir.

Anahtar Kelimeler: Fibrinojen, D-Dimer, CRP, LDH, Diyabetes Mellitus, COVID-19

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Tekrarlayan Yatışları Olan Çocuk Hastalarda Malnütrisyon Değerlendirmesi

Dursun ÇADIRCI[1], Orhan KAZAK[1], Ahmet GÜZELÇİÇEK[2]
1 Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
2 Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Malnutrisyon, genel olarak beslenmenin insan vücudunun fizyolojik-metabolik düzenini bozacak şekilde eksik veya düzensiz olmasıyla karşılaşılan klinik tabloların genel adıdır. Ciddi malnutrisyonlu hastaların %50'den fazlası hayatını kaybetmektedir. Bu araştırmada tekrarlayan hastane yatışları olan çocukların başvuru sırasında nütrisyonel durum değerlendirilmesi, klinik özellikleriyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'ne 01.12.2019-29.02.2020 tarihlerinde bir defadan fazla yatırılan, kronik hastalığı olmayan 0-18 yaş hastalar araştırmaya dahil edildi. Etik kurul onayından sonra serviste tekrarlayan yatışı olan 180 hastaya ulaşıldı. Beslenmenin değerlendirilmesine yönelik 24 sorudan oluşan anket formu kullanıldı. Çalışmaya alınan hastaların boy, kilo ve baş çevresinin antropometrik ölçümleri alınarak yaşa göre boy ve boya göre ağırlık Waterlow hesaplaması yapıldı.
Veriler SPSS 22 programı kullanılarak analiz edildi. Bulgular yüzde (%) ve frekans (f) olarak verilmiştir. Malnutrisyonu olan hastaların bazı değişkenlere göre dağılımını test etmek amacıyla ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Yüz seksen olgunun %58,7'i erkek, %41,3'ü ise kız idi. Hastaların %74,3'ü hastanede iki defa yatış öyküsü varken, %16.8'i üç ila dört defa arasında %8.9'u ise dörtten fazla hastanede yatış öyküsü var idi. Hastaların yatış sebebi %67'si alt solunum yolu

enfeksiyonları (ASYE) %14'ü akut gastroenterit (AGE) ve %10,6'sı idrar yolu enfeksiyonları (İYE) idi.

Waterlow sınıflamasına göre yüz seksen olgunun 84'ünde (%46.9) yatış anında kronik malnutrisyon saptandı. Bunların 50'si erkek, 34'ü ise kız idi. Kızlarda görülen kronik malnütrisyonun %64,71'i hafif, %11,76'sı orta ve %23,53'ü ağır derecede idi. Erkeklerde görülen kronik malnütrisyonun ise %64'ü hafif, %18'i orta ve %18'i de ağır derecede idi.

Waterlow sınıflamasına göre katılımcıların 56'sında (%31,3) yatış anında akut malnutrisyon saptandı. Bunların 30'u erkek, 26'sı kız idi. Kızlarda görülen akut malnutrisyonun %46'sı hafif, %27'si orta ve %27'si de ağır derecede idi. Erkeklerde görülen akut malnutrisyonun ise %70'i hafif, %20'si orta ve %10'u da ağır derecede idi.

Hastalarda büyük oranda malnütrisyon saptanmasına rağmen bu hastaların biri dışında yatış esnasında malnütrisyon teşhisinin konmaması, yatış nedenine odaklanarak malnütrisyonun gözden kaçırılabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca tedavi ve hastanede kalış süresini uzatabilmektedir.

Sonuç: Bu araştırmada tekrarlayan yatışı olan çocuklarda malnütrisyonun azımsanmayacak düzeyde olduğunu ancak tedavide sıklıkla yatış tanısına odaklanılarak malnütrisyonun gözden kaçırılabildiğini gözlemledik. Bu konuda sağlık çalışanlarının farkındalığının arttırılmasına ve malnütrisyonun etkin tedavisinin sağlanması için yeni stratejilerin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Akut, kronik, malnütrisyon, çocuk, waterlow, antropometri.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Epidermodisplazia Verrusiformis Tanısı Konulan Genç Erkek Hasta: Olgu Sunumu

Nuran BÜLBÜL, Mustafa AKSOY, Dursun ÇADIRCI, Cansu YOL

Giriş-Amaç: Epidermodisplazia Verrusiformis (EV) ilk olarak 1922'de Lewandowski ve Lutz tarafından tarif edilmiş nadir görülen bir genetik hastalıktır. Otozomal resesif geçişlidir ancak cross-linked geçiş ve sporadik mutasyonlar da olabilir. Bu mutasyonlar hücresel immün defektlere yol açtığı için hasta spesifik Human papilloma Virüs (HPV) tiplerine karşı savunmasız kalır. İlk lezyonlar genellikle çocukluk çağında başlar. Tipik klinik bulgular arasında pitriyazis versikolora benzer maküller, düz siğil benzeri papüller, psöriaziform kırmızı papüller ve seboreik keratoza benzeyen pigmente keratotik lezyonlar bulunur. Güneş gören bölgelerde kutanöz maligniteler gelişebilmektedir. EV'nin ailesel formları tarif edilmiştir ve akraba evliliği olan ailelerde daha sıktır. Tedavide antiproliferatif retinoidler ve interferon kullanılmaktadır.

Olgu: Bu çalışmada el, kol, gövde ve sırtında on yıldan beri cilt lezyonları olan, aile öyküsü olmayan, fotosensitivite tarifleyen , patoloji sonucuna göre EV tanısı koyduğumuz 29 yaşında bir erkek hasta sunulmaktadır.

Sonuç: Epidermodisplazia verrusiformis nadir görülen ve özellikle güneş gören bölgelerde erken yaşlarda kutanöz maligniteler gelişebilen bir hastalık olduğundan, olguyu ele almayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: epidermodisplazia verrusiformis,

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Aile Hekimleri İçin Akut Kırmızı Göz Sebepleri: Hangisini Tedavi Edeceğiz Hangisini Sevk Edeceğiz?

Alpaslan MERT, Kadir ŞENOCAK

Giriş-Amaç: Kırmızı göz; konjonktival ve/veya skleral kanlanmayı ifade etmektedir. Ayırıcı tanısı basit konjonktivitten görmeyi tehdit eden akut açı-kapanması glokomu kadar farklılıklar gösterebilse de genellikle benigndir ve aile hekimleri tarafından tedavi edilebilir. Gözde kanlanma, akıntı, kaşıntı nadiren ağrı, fotofobi ve görme bozukluğu sık semptom ve bulgularındandır. Aile hekimlerine ve acilllere başvuran hastaların %2-3'ü göz şikayetiyle gelmektedir ve bu başvurularda kırmızı göz en sık karşılaşılan göz problemidir. Birinci basamakta önemli olan, hangi hastanın uzmana sevkinin gerektiğini belirlemektir.
Akut kırmızı göz; konjonktival (konjonktivitler, subkonjonktival kanama, yabancı cisim), korneal (erezyon/ülser, keratit, yabancı cisim), skleral (episklerit, sklerit) veya göz yardımcı organ enfeksiyonlarına ait sebeplerle (akut blefarit, akut dakriyosistit, akut kanalikulit, hordeolium/arpacık) ortaya çıkabilir. Üveit, akut açı-kapanması glokomu, orbital selülit ve travma diğer nedenlerdir. Bu araştırmanın amacı birinci basamakta akut kırmızı gözün sevk kriterleri ve ayırıcı tanısının belirlenmesidir.

Materyal- Method: Çalışma 05.10.2021-15.01.2022 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir hastanenin göz polikliniğine gelen, 65 vaka üzerinde tamamlandı. Her hastaya oftalmolojist tarafından biyomikroskop muayenesi sonrasında uzman aile hekimi tarafından göz muayenesi yapıldı. Tanı koyulurken detaylı anamnez sonrası fizik muayene yapıldı; kalem ışık kaynağı, ışıklı büyüteç, oftalmoskopun mavi ışığı ve floresan boya çubuğunu kullanıldı. 8 vaka hariç (beşi bakteriyel konjonktivit tanılı çocuk, biri korneada yabancı cisim, biri korneal erezyon, biri ise keratit, üveit ve akut açı-kapanması glokom tanılıydı) tüm vakalara fenilefrin HCL bir damla

damlatılarak 15 dakika bekletildikten sonra kanlanmanın azalıp azalmadığı kontrol edildi. Kişilerin sözlü rızası alınarak; tanı sonrası, fenilefrin damlatılması sonrası ve tedavi sonrası fotoğraflandı.

Bulgular: Çalışmanın sonucunda göz polikliniğine başvuran akut kırmızı göz vakalarının %61,5'i konjonktivit, %24,6'sının subkonjonktival kanama tanısı aldı. Oftalmolojiye sevk/konsültasyon oranı %10,8 olarak hesaplandı

.

Sonuç: Akut kırmızı göz vakalarının büyük çoğunluğu konjonktivit ve subkonjonktival kanamadır ve bu vakalar birinci basamakta tedavi edilebilmektedir. Gereksiz hastane uygulamalarının önüne geçebilmek için tıp fakültesi ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminde kırmızı göz konusuna önem verilmesi yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akut kırmızı göz, birinci basamak, ayırıcı tanı, sevk kriterleri

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Akıllı Telefon Bağımlılığının Uyku Kalitesi ve Akademik Başarı Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi

Barış Burak, Mehmet Emin LAYIK

Giriş ve Amaç: Son yıllarda yaşadığımız teknolojik atılımlar akıllı telefonları kullanımları kolay olmaları, küçük ve rahat taşınabilir olmaları nedeniyle ön plana çıkarmıştır. Günümüzde akıllı telefonlar sadece iletişim için değil birçok alanda kullanılmakta fakat yanlış kullanımında birçok sorun da ortaya çıkarabilmektedir. Bağımlılık yapıcı etkisinin bulunduğu, uyku kalitesi ve akademik başarıyı da etkilediği gösterilmiştir. Bizde bu çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığının uyku kalitesi ve akademik başarı üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi 2021 – 2022 eğitim öğretim yılında eğitim gören 484 öğrencinin gönüllü olarak katıldığı kesitsel tipte olan bir anket çalışmasıdır. Anket 21 sorudan oluşmaktadır (5; sosyo–demografik form, 6; Richard Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) ve 10; Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği–Kısa Formundan (ATBÖ–KF)). Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler; Ortalama, Standart Sapma olarak ifade edilirken, Kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Gruplar ile Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede ise Ki-kare testi yapılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılanların %55'i erkek; %45'i kadın, yaş ortalaması 21,9 (±2,23)'dur. Öğrencilerin akademik başarı puanı ortalaması 71,33 (±7,96), RCUÖ puanı ortalaması 65,18 (±21,67) ve ATBÖ- KF puanı ortalaması 30,64 (±10,51) olarak bulunmuştur. RCUÖ ortalama puanlarında öğrenci evinde kalanların puanı yurtta ve ailesinin yanında kalanlara göre

yüksektir. ATBÖ – KF ortalama puanlarında aile yanında kalanların puan ortalaması yurt ve öğrenci evinde kalanlara göre yüksektir. Akıllı telefon bağımlılık durumu değerlendirildiğinde; bağımlı olmayanlar %55,2 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda akıllı telefon bağımlılığının uyku kalitesini ve akademik başarıyı olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Katılımcıların akıllı telefon bağımlılık durumları cinsiyet ve sınıf değişkenleri tarafından etkilenmemişken, ikamet yeri değişkeni tarafından etkilemiştir.

Telefon bağımlılığı kriterleri DSM'nin bir sonraki baskısına "Davranışsal bağımlılıklar" bölümüne tanı olarak eklenebilir. Akıllı telefonların hayatı kolaylaştırıcı etkilerinin olmasıyla beraber kullanıcıyı olumsuz yönde etkileyecek yönlerinin de olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: akıllı telefon, akıllı telefon bağımlılığı, uyku kalitesi, akademik başarı

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Adolesanlarda İnternet Oyun Oynama Bozukluğu ve Tedavi Girişimlerinin Araştırılması

Didem KAFADAR[1], Ahmet EMİN[1], Sevda KARABACAK[1], Nurver TURFANER SİPAHİOĞLU[1]

1.İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Özet

Giriş-Amaç: Literatürde, İnternet Bağımlılığı için tanı ölçütleri önceki dekatlarda geliştirilmiştir. Internet kaynaklı davranış bağımlılığının daha spesifik bir tipi olan "İnternet Oyun Oynama Bozukluğu" için de tanı ölçütleri yakın zamanlı literatürde yer almış ve bu alanda klinik araştırmalara ihtiyaç tanımlanmıştır. İnternetin aşırı kullanımı zihnin internet oyunlarıyla meşgul olması, internet oyunları oynanmadığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, internet oyun oynama süresinin sürekli artması ve oyun oynamayı bırakma girişimlerinin başarısız olmasını da içeren dokuz tanı ölçütü yer almaktadır. ABD ve Avrupa'da yapılan çalışmalarda "İnternet Bağımlılığı" prevalansı %1.5 ila % 8.2 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada, adolesanlarda internet bağımlılığı ve internet oyun oynama bozukluğu ve yapılan tedavi girişimlerini kapsayan meta-analiz ve derleme çalışmalarının araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: PUBMED bilimsel veri tabanında "internet oyun oynama bozukluğu" ve "internet bağımlılığı" ile ilgili 1996-Eylül 2022 tarihleri arasında 3000 yayın olduğu görüldü. "Adolesan" ve "tedavi" anahtar kelimeleri eklendiğinde ve yaş aralığı 13-18 olarak belirlendiğinde 249 yayına ulaşıldı. Meta-analiz ve derleme çalışmaları ayrıldı, toplam 25 yayın seçilerek detaylı incelendi.

Bulgular: Detaylı incelenen 25 meta-analiz ve derleme çalışması 2008-2022 arası yayınlanmıştır. Çalışmalarda tanı ölçütleri içinde yer alan tolerans, yoksunluk belirtileri gibi

klinik belirtilerin, semptomların ve ilişkili problemlerin erken tanınması gerektiği, birlikte görülebilen mental ve davranışsal sağlık problemlerinin etkili yönetilmesinin ve fonksiyonel bozulmanın derecesine bağlı olarak psikoterapi programlarının başlatılmasının faydalı tedaviler arasında olduğu bildirilmiştir. Hastanın psikososyal girişimlerle desteklenmesinin, davranışsal değişim için ailelerin de tedaviye dahil edilmesinin motivasyonu arttırmada etkili olduğu bulunmuştur. Internet bağımlılığı ile mücadelede tedavi ile ilişkili araştırılan konular arasında adolesanların ihtiyaçlarının göz önüne alınarak tedavi programları planlanması gerektiği bildirilmiştir. Farmakoterapi ile bilişsel davranışçı tedaviler veya psikiyatrik konsültasyonlar, aile terapisi, grup terapisi ve danışma terapisinin etkili tedavi seçenekleri olarak bildiren çalışmalar olduğu görüldü.

Sonuç: "İnternet Oyun Oynama Bozukluğu"nun adolesanlarda tedavisi için öncelikle risk faktörlerinin tanınması gerekmekte ve hekimlerin birlikte görülen psikopatolojilerle ilgili farkındalığı arttırılmalıdır. Farmakoterapinin bilişsel davranışçı terapi veya danışmanlık ile birarada yürütülmesi, etkili tedavi seçeneği olarak bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnternet Oyun Oynama Bozukluğu, adolesan, bilişsel terapi

Giriş ve Amaç:

Günümüzde dijital medyanın giderek yaygınlaşması sonucu özellikle çocuk ve adolesanlarda internet kullanımının ve video oyunlarının "bağımlılık yapıcı" potansiyeli ile ilgili endişeler giderek artmıştır. Literatürdeki araştırmalar çok yoğun video oyunları oynayanların yaşamlarında işlevsel ve sosyal çeşitli sorunlar yaşatabilecek bazı semptomları geliştirdiğini öne sürmektedir.(1,2)

2013'de, literatürdeki mevcut kanıtlar incelenerek Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition (DSM-5) eklerine potansiyel bir tanı olarak «İnternet Oyun Oynama Bozukluğu» (Internet Gaming Disorder) dahil edilmiştir. DSM-V'de hem internet oyun oynama bozukluğu hem de internet bağımlılığı "İnternet Oyun Oynama Bozukluğu" olarak ele alınmaktadır.(3) DSM-5 e göre "İnternet Oyun Oynama Bozukluğu" için potansiyel tanımlama önerisi 12 ay içinde 9 kriterden 5 veya daha fazlasının mevcut olması olarak belirtilmiştir.(4)

Bu kriterler arasında a) internette oyunlarla meşguliyet; oyun oynamanın günlük hayatta baskın aktivite haline gelmesi, b) oyun elinden alındığında irritabilite, anksiyete ve üzüntü gibi

yoksunluk belirtileri olması, c) oyunlara giderek artan miktarda zaman ayırma ihtiyacı olacak şekilde tolerans gelişmesi, d) oyunlara katılımı kontrol etmeye veya azaltmaya yönelik girişimlerin başarısız olması, e) oyunların bir sonucu olarak oyunlar dışında kalan gerçek hayattaki ilişkilere, önceki hobilere ve diğer eğlencelere karşı ilgi kaybı, f) psikososyal sorunların olmasına rağmen aşırı oyun kullanımı; g) oyun süresi ile ilgili olarak aile üyelerini, terapistleri veya başkalarını aldatmak, h) olumsuz bir hissiyattan (örneğin, çaresizlik, suçluluk veya anksiyete) kurtulmak veya rahatlamak için oyun oynama, i) oyunlara katılım nedeniyle önemli bir ilişkisini, işini ya da eğitim veya kariyerle ilgili fırsatı tehlikeye atmış olmak ya da kaybetmek yer almaktadır.(4-6)

"İnternet Oyun Oynama Bozukluğu" ile ilgili araştırmalar literatürde yer almaktadır. Literatürdeki kanıtlara dayanarak, Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasında (ICD-11) "Oyun Bozukluğu" bir oyun oynama davranışı modeli ("dijital oyun"/"video oyunu") olarak tanımlanmıştır. Bu davranış modelinde oyun oynama üzerinde kontrol bozukluğu mevcuttur, oyun oynamaya verilen önceliğin artması, oyun oynamanın diğer ilgi alanlarına ve günlük faaliyetlere göre öncelik taşıması, ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen oyunun devam ettirilmesi veya artması ile karakterizedir.(7)

Bir derlemede; internet bağımlılığı olan bireylerin fonksiyonel MRI görüntülerinde beynin bazı bölgelerinde değişiklikler saptandığı bildirilmiştir. Beyindeki bu tür değişikliklerin gençlerin bilişsel kontrol ve beyin ödül işlemesinde işlev bozukluğuna neden olduğu bilinmektedir. (3,8) Oyun oynama bozukluğunda, sorunlu davranış paterni; kişinin kişisel, eğitim, mesleki, ailevi, sosyal veya diğer önemli alanlardaki işlevlerinde ciddi bozulmalara neden olacak kadar şiddetlidir.(7)

ABD ve Avrupa'da yapılan çalışmalarda "İnternet Bağımlılığı" prevalansı %1.5 ila % 8.2 arasında bulunduğu ve depresyon, anksiyete ile dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi komorbiditelerin de birarada görülebildiği bildirilmiştir.(9) Çeşitli tedavi girişimlerini kapsayan çalışmalar literatürde yer almaktadır. 2013'de gerçekleştirilen internet bağımlılığı ile ilgili bir meta-analizde farmakolojik tedavilerle psikiyatrik tedavilerin birlikte uygulanmasının etkili bir tedavi seçeneği olduğu ve internet oyun oynama bozukluğu ile ilgili az sayıda çalışma bulunduğu bildirilmiştir.(10) Bu çalışmada, adolesanlarda internet bağımlılığı ile internet oyun oynama bozukluğu ve yapılan tedavi girişimlerini kapsayan meta-analiz ve derleme çalışmalarının araştırılması ve konu ile ilgili farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod:

PUBMED bilimsel veri tabanında "internet oyun oynama bozukluğu" veya "internet bağımlılığı" ile ilgili olarak araştırma yapıldığında 1996-Eylül 2022 tarihleri arasında 3000 yayın olduğu görüldü. "Adolesan" ve "tedavi" anahtar kelimeleri eklendiğinde ve yaş aralığı 13-18 olarak belirlendiğinde ulaşılan 249 yayından meta-analiz ve derleme çalışmaları seçildi, konu ile doğrudan ilgili bulunan 25 yayın içinden 9 meta-analiz ve derleme çalışması detaylı incelendi.

Bulgular:

Literatürde, çeşitli tedavi girişimlerinin mevcut olduğu görülmüştür. Bir meta-analizde; farmakoterapi olarak metilfenidat, esitalopram, bupropion, atomoksetin ve fluoksetin kullanıldığı, bilişsel davranışçı terapi (BDT), akran desteği, aile danışmanlığı, bireysel danışmanlık çerçevesinde gerçekleştirilen çok seviyeli danışmanlık programı (Multi-level consulting program), aile terapisi, farklı terapi yöntemleri, birçok psikolojik müdahaleler, internet bağımlılığı önleme programı; Adleryan yaklaşımla grup danışmanlığı gibi farklı tedavi yöntemlerinin kullanıldığı bildirilmiştir.(3)

Farklı tedavilerin kombinasyonlar halinde uygulanmasının daha faydalı ve etkin olduğu bulunmuştur. Farmakoterapi ilebirlikte bilişsel davranışçı tedaviler veya psikiyatrik konsültasyonlar, aile terapisi, grup terapisi ve danışma terapisinin etkili tedavi seçenekleri olarak bulunduğu çalışmalar olduğu bildirilmiştir. Literatürdr, en sık bilişsel davranışçı tedaviler uygulandığı, aile terapisi ve motivasyonel görüşmenin de BDT ile beraber uygulandığı bildirilmiştir.(1,2,11)

İnternet bağımlılığı ile mücadelede tedavi ile ilişkili araştırılan konular arasında tedavi programlarının adolesanların ihtiyaçları göz önüne alınarak planlanması gerektiği de bildirilmiştir.(5,12,13)

Literatürde koruyucu yaklaşımlar olarak psikososyal becerilerin geliştirilmesi, internet ile ilgili bağımlılıkların risk ve etkileri hakkında bilgilendirme ile komorbiditelerle ilgili semptomları azaltmaya yönelik yaklaşımların olduğu bildirilmiştir.(5,12)

Tedavi girişimlerinin başarısının ölçümünde, çeşitli ölçeklerle (depresyon, anksiyete, internet bağımlılığı, yaşam kalitesi vb) hastayı değerlendirme yönteminin yanısıra objektif olarak semptomlarda azalma olup olmadığı da değerlendirilmiştir.(3,5,12)

Tartışma:

Çalışmalarda komorbid durumları (diğer madde kullanım bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete ve depresyon) tedavi etmenin ve gerekli psikososyal müdahaleleri başlatmanın gerektiği de vurgulanmıştır.(1,13) Hekimler açısından özellikle internet bağımlılığının klinik belirti ve semptomlarını tanımanın önemine dikkat çekilmiştir.(6)

Bir diğer vurgulanan husus, hastanın psikososyal girişimlerle desteklenmesi ile davranışsal değişim için ailelerin de tedaviye dahil edilmesinin motivasyonu arttırmada etkili olduğudur. (1,11,12) Özellikle COVİD-19 pandemisi; stres, anksiyete ve depresyon artışıyla ilişkili bulunmuş ve bu dönemde internet kullanımının ve özellikle internette oyun oynama gibi internet bazlı bağımlılık davranışının arttığı bildirilmiştir.(14) Adolesan çağın özelliklerini de kapsayan mental sağlığı yönelik halk sağlığı yaklaşımlarının geliştirilmesi gerektiği önerilmiştir. Okul temelli koruma programlarının etkinliğini araştıran çalışmalara da ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.(1,12,13)

Erken tanının önemine dikkat çekilmiş, çalışmalarda özellikle tanı ölçütleri içinde yer alan tolerans, yoksunluk belirtileri gibi klinik belirtilerin, semptomların ve ilişkili problemlerin erken tanınması gerektiği, birlikte görülebilen mental ve davranışsal sağlık problemlerinin etkili yönetilmesinin ve fonksiyonel bozulmanın derecesine bağlı olarak psikoterapi programlarının başlatılmasının faydalı tedaviler arasında olduğu bildirilmiştir.(3,6)

Meta-analiz ve derlemelerde incelenen çalışmaların limitasyonları bulunduğu belirtilmiştir. Bu alanda randomize kontrollü çalışmalara daha çok ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır. Tedavi girişim çalışmalarında bildirilen tedavi etkileri; internet oyun bağımlılığı ve internet bağımlılığının tedavi sonuçlarına göre ayrı ayrı ele alınmamaktadır ve DSM-V'de önerilen sınıflandırmasının her ikisini de kapsadığı kabul edilmiştir.(3)

Sonuç:

Adolesanlarda "İnternet Oyun Oynama Bozukluğu"nun tedavisi için öncelikle risk faktörlerinin tanınması gerekmektedir. Birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının özellikle Aile Hekimlerinin, "İnternet Oyun Oynama Bozukluğu" hakkında ve birlikte görülebilen psikopatolojilerle ilgili farkındalığı arttırılmalıdır. Bilişsel davranışçı terapinin en sık kullanılan tedavi olduğu ve diğer tedavilerle birlikte kullanımının etkin tedavi seçenekleri arasında olduğu görülmüştür. Bu konu hakkında daha fazla araştırma yapılması, "İnternet Oyun Oynama Bozukluğu" tanı kriterlerinin ve yönetiminin netleşmesine fayda sağlayacaktır.

Referanslar:

1. Lopez-Fernandez O, Kuss DJ. Preventing Harmful Internet Use-Related Addiction Problems in Europe: A Literature Review and Policy Options. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(11):3797. Published 2020 May 27. doi:10.3390/ijerph17113797

2.King DL, Delfabbro PH. The cognitive psychology of Internet gaming disorder. Clin Psychol Rev. 2014;34(4):298-308. doi: 10.1016/j.cpr.2014.03.006.

3.Chang CH, Chang YC, Yang L, Tzang RF. The Comparative Efficacy of Treatments for Children and Young Adults with Internet Addiction/Internet Gaming Disorder: An Updated Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2022 Feb 24;19(5):2612. doi: 10.3390/ijerph19052612.

4.American Psychiatric Association DSM-5 - Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (5th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

5.Malinauskas R, Malinauskiene V. A meta-analysis of psychological interventions for Internet/smartphone addiction among adolescents. J Behav Addict. 2019 Dec 1;8(4):613-624. doi: 10.1556/2006.8.2019.72.

6.Gentile DA, Bailey K, Bavelier D, Brockmyer JF, Cash H, Coyne SM, Doan A, Grant DS, Green CS, Griffiths M, Markle T, Petry NM, Prot S, Rae CD, Rehbein F, Rich M, Sullivan D, Woolley E, Young K. Internet Gaming Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017 Nov;140(Suppl 2):S81-S85. doi: 10.1542/peds.2016-1758H.

7.https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gaming-disorder. Erişim: 06.10.2022

8.Sepede, G.; Tavino, M.; Santacroce, R.; Fiori, F.; Salerno, R.M.; Di Giannantonio, M. Functional magnetic resonance imaging of internet addiction in young adults. World J. Radiol. 2016, 8, 210–225.

9.Weinstein, A.; Lejoyeux, M. Internet addiction or excessive internet use. Am. J. Drug Alcohol Abus. 2010, 36, 277–283.

10.Winkler, A.; Dorsing, B.; Rief, W.; Shen, Y.; Glombiewski, J.A. Treatment of internet addiction: A meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 2013, 33, 317–329.

11.Bonnaire C, Liddle HA, Har A, Nielsen P, Phan O. Why and how to include parents in the treatment of adolescents presenting Internet gaming disorder?. J Behav Addict. 2019;8(2):201-212. doi:10.1556/2006.8.2019.27

12.Throuvala MA, Griffiths MD, Rennoldson M, Kuss DJ. School-based Prevention for Adolescent Internet Addiction: Prevention is the Key. A Systematic Literature Review. Curr Neuropharmacol. 2019;17(6):507-525. doi: 10.2174/1570159X16666180813153806.

13.Chung TWH, Sum SMY, Chan MWL. Adolescent Internet Addiction in Hong Kong: Prevalence, Psychosocial Correlates, and Prevention. J Adolesc Health. 2019;64(6S):S34-S43. doi:10.1016/j.jadohealth.2018.12.016

14.Kovačić Petrović Z, Peraica T, Kozarić-Kovačić D, Palavra IR. Internet use and internet-based addictive behaviours during coronavirus pandemic. Curr Opin Psychiatry. 2022;35(5):324-331. doi:10.1097/YCO.0000000000000804

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Psoriazis Hastalarında Akdeniz Diyet Uyumunun Değerlendirilmesi

Serkan DÜZAYAK

Giriş-Amaç: Psoriazis, her yaştan genel popülasyonun %1-2'sini etkileyen, prevalansı coğrafi bölgeye göre değişen, immün aracılı, kronik, inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Psoriazis etyoloji ve patogenezinde aile öyküsü, diyet, obezite, sigara, stres ve alkol tüketimi gibi çevresel faktörler dahil bir dizi risk faktörleri tanımlanmıştır. Akdeniz diyetinin kronik inflamasyonu azalttığı ve metabolik risk ve kardiyovasküler olaylar üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmadaki amaç, psoriazis hastalarının Akdeniz diyetine uyumu ile psoriazis hastalık şiddeti, yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Materyal-Metod: Çalışmaya Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Polikliniğine başvuran 24 psoriazis vulgaris hastası ve 24 sağlıklı birey dahil edildi. Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi 2021/10-13 sayılı kararı ile etik kurul onayı alındı. Hastaların sosyodemografik özellikleri, Vücut Kitle İndeksi (VKİ), beslenme alışkanlıklarını içeren Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği anketi (PREDIMED), Psoriazis şiddeti için Psoriasis Area ve Severity Index (PASI) skoru hesaplandı. Hasta ve sağlıklı bireyler tarafından Dermatoloji Yaşam Kalite İndeksi (DYKİ) dolduruldu.

Bulgular: Hasta ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, sigara, alkol tüketimi ve VKİ değişkenleri arasındaki fark istatistiksek açıdan anlamlı değildi. Hastaların DYKİ ortalaması 7,4±6,5 ile kontrol grubunun DYKİ ortalaması 0,6±2,1 arasındaki fark istatistiksel anlamlı bulundu ($p<0,05$). Hastaların PREDIMED ortalaması 6,3±1,7 ile kontrol grubunun PREDIMED ortalaması 7,1±1,3 arasında bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$). Gruplar arasında PREDIMED skoru ve akdeniz diyet uyumu açısından bir fark yoktu. Hastaların PASI

ortalaması 8,40±9,46 olup PASI ile PREDIMED skoru ve akdeniz diyet uyumu arasında belirgin bir fark tespit edilmedi (p>0,05).

Sonuç: Psoriazis, kronik enflamasyonun önemli rol oynadığı bir dermatoz olup genetik faktörlerin yanı sıra çevresel faktörlerden de etkilenebilmektedir. Psoriazis hastalarının yaşam kalitesinin sağlıklı bireylere göre daha fazla bozulduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: diyet, psoriazis şiddeti, yaşam kalitesi

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Klinik Bir Örneklemde OSB Tanılı Çocuklarda Gebelik Döneminde Ebeveyn Yaşı ile Otizm Semptom Şiddeti Arasındaki İlişki

Fethiye KILIÇASLAN

Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Otizm spektrum bozukluğu (OSB), erken çocukluk döneminde başlayan nörogelişimsel bir bozukluktur. Etiyolojisinde genetik faktörler baskın olmasına rağmen nörolojik, çevresel ve immünolojik birçok faktör rol oynamaktadır. Son araştırmalar, gebe kalma zamanındaki ebeveyn yaşının, bir çocuğun OSB geliştirme riskine katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir. Bu çalışmada, gebelik döneminde anne-baba yaşının otizm belirti şiddeti üzerindeki rolünün araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Haziran 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi kliniğinde OSB tanısı ile izlenen çocukların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. 3-17 yaş aralığında olan toplam 121 OSB tanılı çocuk ve ebeveyni bu çalışmaya alındı. Otizm semptomlarının şiddetini ölçmek için Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) kullanıldı. Çalışmamız, üniversitemiz girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulu tarafından onaylandı (karar no: 22.17.06). Veriler IBM SPSS Statistics (v23) paket programı ile analiz edildi.

Bulgular: Tüm hastaların yaş ortalaması 6.59± 3.45 yıl idi. %14,9'u kız, %85,1'i erkekti. ÇODÖ puanlarına göre örneklemin %74,4'ü şiddetli semptomlara sahipken geri kalanı hafif-orta derecede semptomlara sahipti. Kızlarda ve erkeklerde şiddetli otizm belirti oranları sırasıyla %77,8 ve %73,8 idi (Ki kare testi, p= 0.72). Gebelikte ortalama anne yaşı 29,55± 5,65 iken, ortalama baba yaşı 34,5± 5,98 idi. Pearson korelasyon sonuçları, ÇODÖ puanı ile gebelik

dönemindeki anne ve baba yaşı arasında önemli korelasyonlar olduğunu ortaya çıkardı (anneler ve babalar için sırasıyla $r = .286$, $p = .001$; $r = 0.391$, $p < .001$).

Sonuç: Bu çalışma, klinik bir örneklemde gebelik dönemindeki anne ve baba yaşının otizmin şiddeti ile ilişkili olduğu fikrini desteklemektedir. Bu heterojen bozukluğun karmaşık doğasını daha iyi anlamak için bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Keywords: Otizm Spektrum Bozukluğu, Otizm Şiddeti, Etiyoloji, Anne Yaşı, Baba Yaşı

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerde Umutsuzluğun Depresif Belirtiler Üzerindeki Etkisi: Kaygının Aracı Rolü

Nurgül Ataş[1], Fethiye KILIÇASLAN[2]
1. Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD
2. Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) kabul edilen çocukların anneleri, depresif belirtiler açısından yüksek risk altındadır. Bu çalışmada YYBÜ annelerindeki depresif semptomların gelişiminde rol alan faktörlerin araştırılması amaçlandı.

Materyal-Metod: Bu kesitsel tanımlayıcı çalışma Türkiye'de bir üniversite hastanesinin YYBÜ'nde Ekim 2021-Mart 2022 tarihleri arasında yapıldı (n=100 anne). Araştırmanın veri toplama süreci başlamadan önce kurum ve etik kurul izni alındı. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan, anne ve bebeğe ait bilgilerin olduğu Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ile yüz yüze görüşme ile toplandı. Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Demografik özelliklerin ölçek puanları üzerindeki etkisinin incelenmesinde Lineer regresyon analizi kullanıldı. Umutsuzluk ile depresyon arasındaki ilişkide anksiyete puanının aracı rolü olup olmadığını test etmek için bootstrap yöntemi esas alınarak analiz yapıldı ve Maximum Likelihood yöntemi kullanıldı.

Bulgular: Analiz sonucuna göre annelerin depresyon, anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri anne ve bebeğe ait demografik değişkenlerden etkilenmedi. Umutsuzluğun depresyonu yordadığı tespit edildi (β= 0,476; p<0,050). Araştırmanın diğer hipotezlerini test etmek için kaygının aracı değişken olduğu ayrı bir model kuruldu. Aracılı model analiz sonuçlarına göre umutsuzluğun kaygıyı yordadığı tespit edildi (β=0,400; p<0,050). Kaygıya ait determinasyon katsayısı (R2) %16'dır. Umutsuzluktaki artış, kaygıyı artırdığı tespit edildi. Aracı değişken olan kaygının

bağımlı değişken olan depresyon üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (β=0,596; p<0,050). Ancak aracı değişken olan kaygının modele dahil edilmesiyle umutsuzluk ile depresyon arasındaki yol katsayısı hala anlamlı olduğu gözlemlendi (β=0,237; p<0,050). Buna göre umutsuzluk, kaygı ile birlikte depresyondaki değişimin %52,5'lik kısmını açıklamaktadır.

Sonuç: YYBÜ annelerinde umutsuzluğun neden olduğu anksiyete ve depresyon sorunlarının yaygın olduğu bulundu. YYBÜ annelerinde depresyon gelişimini önlemek ve ruh sağlığını geliştirmek için umutsuzluğun ele alınması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan yoğun bakım, anne, depresyon, anksiyete, umutsuzluk

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Birinci Basamakta Çalışan Aile Hekimleri ve Acil Servislerde Çalışan Pratisyen Hekimlerde İskemik İnme Farkındalığı

Tülin GESOĞLU DEMİR[1], Özlem ETHEMOĞLU[1], Dilek AĞIRCAN[1], Hüseyin Avni DEMİR[2]

1. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

2. SBÜ Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Departmanı

Giriş

İskemik inme, beynin belli bir bölgesine kan akımının azalması veya durması gibi vasküler olaylara bağlı gelişen ani başlangıçlı fokal nörolojik sendrom bulguları olarak tanımlanır. Altmış yaş üstü popülasyonda kardiyovasküler hastalıklardan sonra dünyada ikinci sırada ölüm nedeni serebrovasküler hastalıklardır (SVH). Sakatlık ve iş gücü kaybının ise birinci nedenidir. Rekanalizasyon ve reperfüzyon, akut iskemik inme tedavisinin ana hedefidir. Bu tedavilerle oluşabilecek enfarkt alanı küçülür ve nörolojik defisit geri döndürülebilir. Önce intravenöz trombolitik tedavi, sonrasında etkinliği ispatlanmış mekanik trombektominin birlikte veya ayrı uygulanması ile inme artık tedavi edilebilir bir hastalık konumuna gelmiştir. Ancak, bu başarının zaman bağımlı bir tedavi olduğunu unutmamak gerekir. Bu noktada hastalarla ilk temasta bulunan birinci basamak aile hekimleri ve acil servislerde çalışan hekimlerin bu konuda farkındalıklarının arttırılarak hasta tanı ve sevk konularında organize olabilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada birinci basamak ve acil servislerde çalışan hekimlerde iskemik inme farkındalığı, inme risk faktörleri, inme tanı ve hasta sevki ile akut inme tedavilerine yönelik veri toplanması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod

Çalışmamız yerel etik kurul onamından sonra Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı merkez ilçelerde görev yapan birinci basamak aile hekimleri ile il merkezinde yer alan eğitim ve araştırma hastanesi acil servislerinde aktif çalışan pratisyen hekimler arasında 15.01.2022-15.03.2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya 66 aile hekimi, 87 pratisyen hekim katılmıştır. Çalışmamızda genel katılımcı özellikleri, inmeli hastada semptomlar, tanı, ilk müdahale ve nakil bilgisi ile tedavi yaklaşımlarını değerlendirmek üzere literatür taranarak tarafımızca oluşturulan 20 sorudan oluşan anket kullanılmıştır. Anket soruları survey üzerinden hazırlandıktan sonra online olarak 400 hekime ulaştırılmış, 153 yanıt yine online olarak elde edilmiştir. Anket sorularında ilk 4 soru katılımcıların kişisel olmayan demografik verilerinden (yaş, cinsiyet, branş, ve mesleki çalışma süresi) oluşmaktaydı. 5. soru daha önce inme ile ilgili eğitim almış olma durumlarını sorgulamaktaydı. 6-7-8-9-10 ve 12. sorular inme semptomları, risk faktörleri ve inme hastalarına yaklaşımı içeren sorulardı. 11. soru inme hastasının sevk yöntemi,13-20 arasındaki sorular ise trombolitik ve trombektomi tedavilerine yönelik sorulardan oluşmaktaydı.

Bulgular

Ankete katılanların 66'sı (%43,1) aile hekimi, 87'si (%56,9) ise pratisyen hekimdi. Tüm hekimlerin ortalama yaşı 31,25±25 olarak hesaplanmıştır. Ankete katılan hekimlerin 98'i (%64,1) meslekte 5 yıldan daha az süredir, 55'i (%35,9) ise meslekte 5 yıldan daha fazla bir süre çalışmaktaydılar. İskemik inme semptomlarını sorgulayan soruya aile hekimlerinin 61'i (%92,4), pratisyen hekimlerin 79'u (%90,8) kas güçsüzlüğü, yüzde asimetri ve konuşma bozukluğu seçenekleri ile doğru cevaplar vermiştir. İnme geçiren hastanın sevk aracı ile ilgili olarak hekimlerin 143 (%93,5)'ü ambulansla sevki tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Akut iskemik inmeli hastanın anamnezinde sorgulanması gereken ilk bilginin ne olduğuna dair sorulan soruda hekimlerin 126'sı (%82,4) 'semptom başlangıç saati' olduğunu belirterek doğru yanıt vermiştir. Ankete katılan pratisyen hekimlerin 17'si (%19,5), aile hekimlerinin 5'i (%7,6) trombolitik tedavinin inmenin kaçıncı saatine kadar uygulanacağını biliyordu. İki hekim grubunun doğru cevap oranları karşılaştırıldığında pratisyen hekimlerin doğru cevap verme oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü. (p=0,037) Ankete katılanların 32'si (%20,9) inme ve tedavisi ile ilgili bir eğitime katılmıştı. Eğitime katılmış olma durumlarına göre; trombolitik tedavi için bildikleri kesin kontrendike durumları sorgulayan 16. soruya eğitime

katılan 32 hekimin 20'si (%62,5) doğru cevaplamıştır. Eğitime katılmamış 121 hekiminin 46'sı (%38) doğru cevaplamıştır. Bu iki grup arasında 16.soruyu doğru cevaplayanlar kıyaslandığında eğitime katılan hekimlerin doğru cevap verme oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü. (p=0,013) Hekimler akut inmede trombektomi kaçıncı saate kadar yapılabileceği sorgulanan 20. soruya eğitime katılan 32 hekimin 12'si (%37,5) doğru cevaplamıştır. Eğitime katılmamış 121 hekiminin 25'i (%20,7) doğru cevaplamıştır. Bu iki grup arasında 20.soruyu doğru cevaplayanlar kıyaslandığında eğitime katılan hekimlerin doğru cevap verme oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü. (p=0,049) 12.Soru olan 'hasta veya yakınına anamnezde ilk sorulması gereken soru nedir?' sorusunu meslekte 5 yıldan daha az süre çalışan 98 hekimin 86'sı (%87,8) doğru cevaplamıştır. Meslekte 5 yıldan daha fazla süre çalışan 55 hekiminin ise 40'ı (%72,7) doğru cevaplamıştır. Mesleki çalışma sürelerine göre 12.soruyu doğru cevaplayanlar kıyaslandığında meslekte 5 yıldan daha az süre çalışan hekimlerin doğru cevap verme oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü. (p=0,020) Trombolitik tedavi kaçıncı saate kadar uygulanabileceğini sorgulayan 15. Soruya ise meslekte 5 yıldan daha az süre çalışan 98 hekimin 20'si (%20,4) doğru cevaplamıştır. Meslekte 5 yıldan daha fazla süre çalışan 55 hekiminin ise 2'si (%3,6) doğru cevaplamıştır. Bu iki grup arasında 15.soruyu doğru cevaplayanlar kıyaslandığında meslekte 5 yıldan daha az süre çalışan hekimlerin doğru cevap verme oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü. (p=0,005)

Tartışma

Birinci basamak hekimlerinin inme risk faktörleri ve akut iskemik inme tedavisi konusunda bilgilerini araştırmak üzere bu hekim grubuna literatür bilgilerine göre hazırlanmış bir anket uygulandı. Anket sonucuna göre birinci basamak hekimlerin bu konuda bilgi eksikliği olduğu görüldü. Aile hekimlerine kıyasla pratisyen hekimlerin akut iskemik inme konusunda bilgi birikimlerinin nispeten daha iyi olduğu sonucuna varıldı. Bu sonuç inme hastalarına yaklaşım sevk ve yeni tedavi modaliteleri açısından sürekli tıp eğitim ve öğretimi için yeni bir protokol geliştirme ihtiyacını göstermektedir. 2017'de inme merkezi olan bir hastanenin acil servis çalışanlarının inme farkındalığını değerlendiren bir çalışmada 274 acil servis hizmetleri çalışanının %79'u kardinal inme semptomlarını adlandırabilmiştir. Ülkemizde inme farkındalığına yönelik hemşireler ve intörn hekimlerde yapılan bir başka anket çalışmasında inme semptomları sorularına, hemşireler %64,1; intörnler %78,6 oranla doğru cevap vermiştir. Mevcut çalışmada ise iskemik inme semptomlarını sorgulayan soruya aile hekimlerinin 61

(%92,4), pratisyen hekimlerin 79 (%90,8) i doğru cevaplar vermiştir. Bu sonuçlar birinci basamak hekimlerin inme tanısında zorluk çekmediklerini ve tanıyı büyük oranda doğru koydukları görülmüştür. Akut iskemik inmeli hastanın anamnezinde sorgulanması gereken ilk sorunun ne olduğuna dair sorulan soruda katılımcıların 126 (%82,4)'sı 'semptom başlangıç saati' olduğunu belirtmiştir. Bu soru akut inme hastalarında uygulanacak tedavi modaliteleri açısından en önemli soru olup hızla sevk zincirini başlatmak açısından faydalı olacaktır. İnmenin akut tedavisi doku reperfüzyonuna yönelik IV trombolitik ve endovasküler trombektomidir. 2022 de yapılmış birinci basamak hekimlerin inme yönetimini ve eğitimin hekimler üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada, katılımcıların yarısından azı (% 40.3) trombolitik tedavi uygulama süresini biliyordu. Hekimlere verilen inme eğitiminden sonra ise bu oran %61,0'a yükselmiştir. Akut inmede birinci basamak hekimlerin bilgi tutum ve uygulamalarına yönelik 134 katılımcının olduğu bir anket çalışmasında, hekimlerin yaklaşık %75.0' i trombolitik tedaviyi biliyordu ancak yalnızca <%50.0'ı trombolitik tedavi uygulama süresini biliyordu. Mevcut çalışmada trombolitik tedavinin inmenin kaçıncı saatine kadar uygulanabileceğini sorgulayan 15. soruya pratisyen hekimlerin %19,5'i doğru cevaplamış, aile hekimlerinin %7,6'sı doğru cevaplamıştır. Bu soruda pratisyen hekimlerin doğru cevap verme oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü (p=0,037). Bu sonuç akut inme hastalarının ilk müdahaleleri ve akut tedavi protokollerinin acil servislerde yapılıyor olması nedeniyle pratisyen hekimlerin daha fazla akut inme hastası değerlendirmeleri ve tecrübelerinin daha fazla olması ile açıklanabilir. Ayrıca trombolitik tedavinin inmenin kaçıncı saatine kadar uygulanacağını sorgulayan soruyu meslekte 5 yıldan daha az süre çalışan 98 hekimin 20'si (%20,4) doğru cevaplamış, ,meslekte 5 yıldan daha fazla süre çalışan 55 hekiminin 2'si (%3,6) doğru cevaplamıştır. Meslekte 5 yıldan daha az süre çalışan hekimlerin doğru cevap verme oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü. (p=0,005).Bu sonuçlar ise trombolitik tedavinin nispeten yakın bir geçmişi olması ile mesleki çalışma süresi daha kısa olan hekimlerin bilgilerinin daha yeni olması ile açıklanabilir.

Sonuç

Yıllar içinde yapılmış çalışmalarla akut iskemik inme tedavi edilebilir bir hastalık olup nörolojik fonksiyon kaybını en aza indirilebilir hale gelmiş olsa da hastalara en büyük yararımız bu hastalığı önlemekle olabilir. Akut iskemik inme risk faktörlerinin takip ve tedavisinin büyük bölümü birinci basamak hekimlerine düşmektedir. Son yıllarda yaygınlaşan inmeyi tedavi

edilebilir bir hastalık haline getiren akut iskemik inmede iv trombolitik ve trombektomi tedavilerinin başarısı ise hastaların uygun merkezlere hızlı sevki ile mümkün olacaktır. Bu nedenle iskemik inme konusunda birinci basamak hekimlerin bilgi birikimi arttırılmalı ve yeni gelişmelerden haberdar olmak için eğitim ve öğretim toplantıları yaygınlaştırılmalıdır.

SÖZEL BİLDİRİ SUNUMLARI

Şanlıurfa'da Çalışan Aile Hekimlerinin Palyatif Bakım Konusundaki Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

Alper SAĞLAM[1], Dursun ÇADIRCI[1]
1. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Amaç: Günümüzde artan yaşlı nüfusu palyatif bakım ihtiyacı doğuran kronik hastalıkların artışını da neden olmuştur. Palyatif bakımın amacı hastaların fiziksel ve ruhsal sorunlarını bir bütün olarak ele alarak hastaların ve hasta yakınlarının acılarını hafifletmektir. Palyatif bakım uygulamalarında palyatif bakım ihtiyacı olabilecek hastalarla ilk teması kuran ve hastayı bu yönden takip edebilen aile hekimlerinin rolü büyüktür. Bu doğrultuda aile hekimlerinin palyatif bakım ile alakalı bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının ölçülmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma için Harran Üniversitesi Etik Kurulundan ve Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Çalışmamıza Nisan 2021 ile Temmuz 2021 tarihleri arasında Şanlıurfa'da çalışmakta olan 214 aile hekimi dâhil edildi. Çalışmaya dâhil edilen kişilere yüz yüze anket formu uygulandı. Palyatif bakım konusundaki farkındalıkları ve bilgi düzeyleri değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya toplam 214 hekim katılmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin ortalama yaşları 32 olup %55,6'sı erkek ve %71'i evli bulunmuştur. Kronik hastalığı olan hekimlerin yüzdesi %18,2'dir. Palyatif bakıma dair bilgiler içeren sorulara ortalama doğru yanıt verilme yüzdesi %78 hesaplanmıştır. Hekimlerin bilgi düzeylerinin medeni halleri ve kronik hastalık varlığına göre istatistikî olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur. Katılımcıların %50,9'unun palyatif bakım konusunda bilgi aldığı bulunmuştur. 37,2'sinin ise bu bilgiyi tıp eğitimi sırasında aldığı saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışma birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin palyatif bakım konusunda yeterince eğitim almadıklarını, bu konudaki bilgi düzeylerinin yeterince iyi olmadığını ve kronik hastalığı olan hekimler ile evinde 65 yaş üstü birey olan hekimlerin palyatif bakım farkındalık düzeylerinin düşük olduğunu düşünmemize yol açmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan hekimlerin neredeyse yarısının palyatif bakım hizmetlerinin evlerde verilemeyeceğini ifade etmeleri bu konudaki bilgi eksikliğini düşündürtmüştür.

Keywords: Palyatif Bakım, Aile Hekimi, Evde Bakım, Evde Sağlık Hizmeti, Aile Sağlığı Merkezi

e-SÖZEL BİLDİRİ

e-SÖZEL BİLDİRİ

Obezitede Gündüz Aşırı Uyku Halinin, Anksiyete ve Depresyon Semptomatolojilerinin Değerlendirilmesi

Zeynep Ebru ŞENER, Kamile MARAKOĞLU, Sinan ŞENER

Giriş-Amaç: Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine başvuran normal, fazla kilolu, kilolu ve obez bireylerde gündüz aşırı uyku halinin, anksiyete ve depresyon semptomatolojilerinin değerlendirilmesi ve obeziteyle ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 25.11.2020 ile 05.03.2021 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniğine başvuran 605 kişi çalışmaya alındı. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, obezite, uyku ve beslenme durumlarını sorgulayan araştırmacı tarafından oluşturulan anket, anksiyete ve depresyon semptomatolojilerini değerlendirmek için Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), gündüz aşırı uyku halini (GAUH) değerlendirmek amacıyla Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS) yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır. Tüm veriler SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %50,1'i kadın (n=303), %49,9'u erkek (n=302) ve yaş ortalaması 38,79±12,46 idi. Obezlerde fazla kilolulardan, fazla kilolularda da normal kilolulardan daha fazla kronik hastalık mevcuttu (p<0,001). Obezlerin fazla kilolulara göre, fazla kilolularınsa normal kilolulara göre ilkokul çağlarında, lisede/ergenlik döneminde, üniversitede/yirmili yaşlarda kilolu olma durumları yüksekti (p<0,001). Ailesinde şişmanlık olanların olmayanlara kıyasla fazla kilolu olma riski 2,19(1,43-3,93) kat, obez olma riski 6,07(3,93-9,37) kat yüksekti (sırasıyla p<0,001, p<0,001). Katılımcıların %23,0'ünde (n=139) GAUH varken, bu sıklık kadınlarda %23,4 (n=71), erkeklerde %22,5 (n=68) idi. Bireylerin %22,0'sinde anksiyete semptomatolojileri saptanırken, kadınlarda bu sıklık %26,7(n=81), erkeklerde %17,2(n=52) idi

ve cinsiyetler arası anlamlı derecede farklılık bulunmaktaydı (p=0,006). Kadınların %40,9'u(n=124), erkeklerin %37,1'i(n=112), tüm katılımcıların ise %39,0'u(n=236) depresyon semptomatolojileri göstermekteydi. GAUH normal kilolulara göre obezlerde 2,95(1,83-4,74) kat yüksekti (p<0,001). Anksiyete semptomatolojileri obezlerde normal kilolulara göre 1,97(1,23-3,17) kat fazla görülmekteydi (p=0,005). Depresyon semptomatolojileri ise normal kilolulara göre fazla kilolularda 2,77(1,81-4,25) kat, obezlerde 2,99(1,95-4,60) kat fazla görülmekteydi (sırasıyla p<0,001, p<0,001).

Sonuç: Çalışma neticesinde görüldü ki çocukluk çağı obezitesi yetişkin obezitesinde önemli bir risk faktörüdür. Fazla kilo ve obezite; depresyon, anksiyete ve gündüz aşırı uyku halini tetiklemektedir. Bu sebeple obeziteyle mücadele; ailelerin bilgi düzeylerinin artırılması suretiyle erken yaşta başlamalıdır. Aile hekimlerinin de izlemlerinde obeziteyi ve oluşabilecek komplikasyonları taraması ve hastalarına bu konuda bilgi vermesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obezite; Fazla Kilo; Gündüz Aşırı Uyku Hali; Depresyon; Anksiyete.

e-SÖZEL BİLDİRİ

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin HPV ve HPV Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Rahime YILMAZ ÖZDEMİR, Kamile MARAKOĞLU, Muslu Kazım KÖREZ

Giriş-Amaç: Tıp Fakültesi öğrencilerinin HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri, tutumları ve davranışlarını değerlendirmek, bu konudaki farkındalığın artırılması amaçlandı.

Materyal-Metod: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2021 – 2022 eğitim öğretim yılı Aralık-Ocak döneminde öğrenim görmekte olan tıp fakültesi 1., 2., 3., 4., 5. ve 6. sınıflarında öğrenim gören çalışmaya katılmaya gönüllü 1238 öğrenci dahil edildi. Yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan ankette 56 sorudan oluşan Sosyodemografik Bilgi Formu, Human Papilloma Virüsü (HPV) Bilgi Ölçeği ve Bilgi Düzeyleri ve Tutumların Değerlendirilmesi anketi uygulandı.

Bulgular: Çalışmada yer alan 1238 öğrencinin %53,2'si kadın, %46,8'i erkekti. Öğrencilerin %17,3'ü birinci sınıf, %18,6'sı ikinci sınıf, %15,9'u üçüncü sınıf, %17,6'sı dördüncü sınıf, %14,5'i beşinci sınıf ve %16,2'si altıncı sınıfta öğrenim görmekteydi. Öğrencilerin %81'i HPV'yi, %60,7'si HPV Testini, %68,2'si HPV aşısını daha önceden duyduklarını belirti ve kadınlar erkeklere göre anlamlı derecede yüksek HPV, HPV Testi ve HPV Aşı duyma durumuna sahiptiler ($p<0,001$). Fakültede eğitim gördükleri sınıflara göre ölçek alt boyut ve toplam puanları incelendiğinde tüm puan türlerinde sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır 1. ve 2. sınıf öğrencilerinin ölçek alt boyut ve toplam puanları diğer sınıflardan anlamlı düzeyde düşük olarak bulundu ($p<0,001$). Eğitim görülen sınıf derecesi arttıkça ortalama bilgi puanında genel anlamda artış görülmekteydi. Öğrencilerin %2,2'si aşılıydı. Öğrencilerin %60,3'ü aşı olmak istiyordu. Öğrencilerin %68,1'i aşının ulusal

aşı programında olması gerektiğini düşünmekteydi. Sınıflara göre aşılı öğrenciler arasında anlamlı farklılık yoktur. Klinik yıllarındaki (4, 5, 6) öğrencilerde, klinik öncesi (1, 2, 3) öğrencilere göre aşı olma isteği ve aşının ulusal aşı programında yer alma düşüncesi istatistiksel olarak yüksek bulundu. Öğrencilerde HPV bilgi kaynağı olarak en çok tercih edilen yolların dersler, internet kullanımı ve sağlık çalışanları aracılığıyla olduğu tespit edildi. Aşı olmak istememenin en büyük nedenlerinin yeterince bilgi sahibi olmamak, cinsel aktif olmamak ve aşının pahalı olması sonucuna varıldı.

Sonuç: Geleceğin doktorları olan tıp fakültesi öğrencilerinin HPV enfeksiyonu ve aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görülmüş olup daha etkin bilinçlendirme yapılarak yazılı/görsel basın, sosyal medya ve kamu spotları ile desteklenmelidir. Görevi ne olursa olsun sağlık çalışanlarının temel amacı birincil korunmayı sağlamaktır. Tıp öğrencilerinin topluma rehberlik edebilmesi için öncelikle kendilerinin bu konuda farkındalıklarının ve bilgilerinin tam olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: HPV, HPV Aşısı, Öğrenci, Tutum.

e-SÖZEL BİLDİRİ

Tip 2 Diyabet Hastası Olan Erişkinlerde Öz Yeterlilik ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Harun CANBAKIŞ[1], Selenay SOMUNKIRAN[1], Turgay KARAMAN[1], Nil Hazal YOLOĞLU[1], Çiğdem APAYDIN KAYA[2]

1.Marmara Üni. Tıp Fakültesi Öğrencisi, 2.Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Giriş-Amaç: Öz yeterlilik düzeyinin yüksekliği, hastalığın birey üzerinde yarattığı emosyonel sıkıntıyı azaltmada ve yaşam kalitesini yükseltmede etkilidir. Böylece öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireyler, hastalık ve tedavilerini daha iyi yönetebilirler. Diyabetlilerin de bakım ve tedavileri ile etkili şekilde baş edebilmeleri için yeterli düzeyde öz yeterliliğe sahip olmaları beklenir. Bu araştırmanın amacı Diyabet öz yeterliliği ile algılanan stres seviyeleri arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Materyal-Metot: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Mart-Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul'da Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmaya 18-70 yaş aralığında en az bir adet ağızdan antidiyabetik ilaç kullanımı olan ve bilinen psikiyatrik veya ciddi bir hastalığı olmayan gönüllü Tip2 Diyabet hastaları dahil edilmiştir. Hastalara sosyodemografik bilgileri, hastalık süresi, kullanılan ilaçları içeren bir anket ile Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Diyabet Öz Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır. Ölçeklerden alınan yüksek puanlar stres algısının fazlalığına veya yüksek öz-yeterlik algısına işaret etmektedir. Ek olarak son 3 ayda bakılan HbA1c düzeyleri kaydedilmiştir. Verilerin analizinde iki sürekli değişken arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile bakılmış, $p<0,005$ olması anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya yaş ortalaması 53,71±10 olan 239 kişi dahil edilmiştir (%63,2 K). Hastaların ASÖ puan ortalaması 23,9±9,9 , Diyabet Öz Yeterlilik ölçeği ortalaması

71,1±14,6'dir. Hastaların HbA1c değeri ile ASÖ puanları arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde bir korelasyon saptanmıştır (r=0,176 p=0,006). Öz Yeterlilik ölçeği puanı ile HbaA1c değeri arasında negatif yönde ve düşük düzeyde bir korelasyon saptanmıştır (r=-0,137 p=0,034). Diyabet öz yeterlilik ölçeği puan ile ASÖ puanı arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir korelasyon tespit edilmiştir (r=-0,44 p<0.001).

Sonuç: Araştırmamızda yüksek öz yeterlilik seviyesi olan Tip2 diyabet hastalarının algılanan stres değerlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu Tip2 DM hastalarında öz yeterliliğin artırılmasına yönelik girişimlerin stres algısında olumlu bir etki yapabileceğini, dolayısıyla diyabetin yönetimine katkısı olabileceğini düşündürmektedir. Ancak bunun için başka çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 Diyabet, Algılanan Stres, Öz yeterlilik, Kronik hastalık

Giriş:

Tip 2 diyabet (T2DM), bireyin yaşamının her yönünü etkileyen, yaşam tarzında değişiklik yapmayı gerektiren kronik bir hastalıktır. Hastanın yaşam tarzı değişikliklerine ve tedaviye uyumu ile birlikte kendi bakımına sahip çıkması, kardiyovasküler hastalık, nefropati, retinopati ve nöropati gibi morbidite ve mortaliteye yol açan kronik T2DM komplikasyonlarının riskini önemli ölçüde azaltabilmekte veya bu komplikasyonların başlamasını geciktirmektedir.[1] Hastanın öz yeterliliği ne kadar yüksek olursa kendi bakımına, dolayısıyla tedaviye ve komplikasyonların önlenmesine de o kadar fazla katkısı olacaktır.[2] Ancak Tip 2 diyabete ruhsal problemler de sıklıkla eşlik etmektedir ve hem hastalığın kendisi hem de eşlik eden ruhsal problemler diyabetin yönetimini güçleştirmektedir. Çeşitli değişkenlerden dolayı benzer stresli olaylar farklı insanlar üzerinde farklı etkiler yaratır. Algılanan öz yeterlilik bu değişkenlerden biridir. Algılanan öz yeterlilik düzeyi yüksek olan kişilerin daha az stres yaşadığı bildirilmiştir.[3] Bireysel yeterlilik hissinin güçlü olmasının, daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve daha sosyal bütünleşme ile ilişkili olduğu bulunmuştur.[4] Öz yeterliliği yüksek olan birey, daha aktif davranmakta ve yaşamının kontrolünü elinde tutabilmekte, hastalık ve tedavilerini daha iyi yönetmektedirler.[5] Öz yeterlilik düzeyinin yüksekliği, hastalığın birey üzerinde yarattığı ruhsal sıkıntıyı azaltmada ve yaşam kalitesini yükseltmede de etkilidir. Böylece öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireyler, hastalık ve tedavilerini daha iyi yönetebilirler. Diyabetlilerin de bakım ve tedavileri ile etkili şekilde baş

edebilmeleri için yeterli düzeyde öz yeterliliğe sahip olmaları beklenir. Bu araştırmanın amacı, diyabet öz yeterliliği ile algılanan stres seviyeleri arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Metot:

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Etik Kurul izni alındıktan sonra Mart-Mayıs 2022 tarihleri arasında İstanbul'da Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmaya 18 yaş üstü en az bir adet ağızdan antidiyabetik ilaç kullanımı olan ve bilinen psikiyatrik veya ciddi bir hastalığı olmayan gönüllü Tip2 Diyabet hastaları dahil edilmiştir. Hastalara sosyodemografik bilgileri, hastalık süresi, kullanılan ilaçları içeren bir anket ile Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Diyabet Öz Yeterlilik Ölçeği uygulanmıştır. Anket ve ölçekler gözetim altında hastalar tarafından kendi kendilerince doldurulmuştur.

Ölçeklerin kullanımı için izin alınmıştır. Algılanan Stres Ölçeği Eskin ve ark. tarafından Kamarck ve Mermelstein'ın geliştirdiği ölçekten Türkçeye uyarlanan 14 maddeden oluşan bir ölçektir. Katılımcılar her maddeyi "Hiçbir zaman (0)" ile "Çok sık (4)" arasında değişen 5'li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7'si tersten puanlanmaktadır. Yüksek puanlar kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir. Öz Yeterlilik Ölçeği; diyabeti yönetmek amacıyla kendi bakım aktivitelerini yerine getirmek zorunda olan hastalar için Jaap Van Der Bijl ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Usta Yeşilbalkan ve ark. tarafından yapılmıştır.[6] Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar her maddeyi "Hiçbir zaman (1)" ile "Her zaman (5)" arasında değişen 5'li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek öz yeterlilik algısına işaret etmektedir. Ek olarak hastaların son 3 ayda bakılan HbA1c düzeyleri kaydedilmiştir. Verilerin analizinde iki sürekli değişken arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile bakılmış, $p<0,05$ olması anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular:

Araştırmaya yaş ortalaması 53,71±10 olan 239 kişi dahil edilmiştir (%63,2 K). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Hastaların sağlık durumları ile ilgili bazı özellikler Tablo 2'de gösterilmektedir. Hastaların ASÖ puan ortalaması 23,9±9,9; Diyabet Öz Yeterlilik ölçeği ortalaması 71,1±14,6'dir. Hastaların HbA1c değeri ile ASÖ puanları arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,176$ $p=0,006$). Öz Yeterlilik ölçeği puanı ile HbaA1c değeri arasında negatif yönde ve düşük

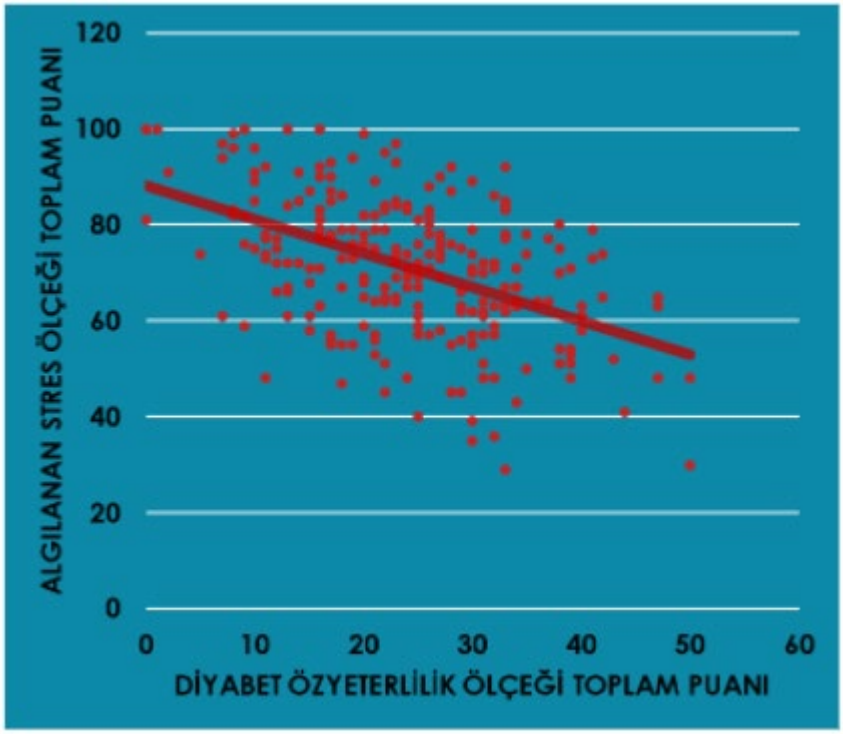
düzeyde bir korelasyon saptanmıştır (r=-0,137 p=0,034). Diyabet öz yeterlilik ölçeği puan ile ASÖ puanı arasında negatif yönde ve orta düzeyde bir korelasyon tespit edilmiştir (r=-0,44 p<0.001) (Grafik 1).

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Erkek	88	36,8
Kadın	151	63,2
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	31	13,0
İlkokul, ortaokul, lise mezunu	186	77,8
Üniversite mezunu	22	9,2
Medeni durum		
Evli	211	88,3
Bekar	3	1,3
Dul	25	10,5
Gelir durumu		
Çok kötü, kötü	29	12,1
Orta, iyi	209	87,5
Çok iyi	1	0,4

Tablo 2: Katılımcıların Bazı Sağlık Durumları

	n	%
Eşlik eden hastalıkları		
Hiperlipidemi	65	27
Hipertansiyon	113	47
Kalp Hastalıkları	53	22
Romatizmal Hastalıklar	24	10
Tiroid	44	18
İnsülin		
Kullanan	136	56,9
Kullanmayan	103	43,1
Diyabet süresi ort±SS	11,4±8,5	
HbA1c (g/dl)	7,6±1,7	



Grafik 1: Diyabet Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puanı ile Algılanan stres ölçeği toplam puanı arasındaki korelasyon (p=0,000).

Tartışma ve Sonuç:

Araştırmamızda yüksek öz yeterlilik seviyesi olan T2DM diyabet hastalarının algılanan stres değerlerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Alipour ve ark. tarafından yapılan diyabet öz yeterliliği ile algılanan stres arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada da bizim çalışmamızdaki gibi negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir korelasyon olduğu bildirilmiştir (r=-0,31 p<0,05).[7] Bu veriler diyabet öz yeterlilikleri yüksek olan hastalarda algılanan stresin daha düşük olduğu ve hastalığın seyrine olumlu etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Öz yeterliliği yüksek olan hastaların stresten daha uzak olduğu, stres yönetiminde daha başarılı olduğu düşünülmektedir. Başka bir çalışmanın sonucunda da öz yeterlilik düzeyi yüksek olan bireylerin, hastalık ve tedavilerini daha iyi yönetebildikleri bildirilmiştir.[8] Bu araştırmanın bir bulgusu olarak öz yeterlilik puanları ile diyabet yönetimini dolaylı olarak gösteren HbA1c arasında negatif bir korelasyon olması da bu bilgiyi desteklemektedir. Tüm bu araştırmaların bulgularından diyabet hastalarının bakım ve tedavilerini etkili şekilde yürütebilmeleri için öz yeterlilik düzeylerinin artırılmasıyla öz bakıma yönelik davranışlarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi sağlanabileceği sonucu çıkmaktadır.

Sonuç olarak, araştırmanın bulguları, T2DM diyabet hastalarında öz yeterliliği artırma yönünde girişimlerin hastaların kendi kendine diyabet yönetimi becerisini geliştirerek algılanan stresi azaltmaya; stres yönetimi konusunda yapılacak girişimlerin de hastanın öz yeterliliğini artırabileceğini, dolayısıyla bakım ve tedaviye katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Ancak algılanan stres ve öz yeterliliği etkileyen diğer faktörlerin de araştırılması için başka çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. International Diabetes Federation (IDF) Update of mortality attributable to diabetes for the IDF diabetes atlas: estimates for the year 2013. Diabetes Research and Clinical Practice. 2015;109(3):461-465.
2. Van der Ven NCW, Weinger KYJ, Pouwer F, Ader H, Van der Ploeg HM, Snoek FJ. The confidence in diabetes self-care scale. Diabetes Care, 2003; 26(3): 713-18.
3. Vivienne Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Shortridge-Baggett LM, Chang PJ. Development and validation of the Chinese version of the Diabetes Management Self-efficacy Scale. Int J Nurs Stud. 2008; 45(4): 534-542.
4. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik algısının önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1998; 2(1): 35-41.
5. Johnston- Brooks, CH. ve Lewis, MA. Self efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type 1 diabetes. Psychosom Med, 2002; 64(1): 43-51.
6. Usta Yeşilbalkan Ö. Tip 2 Diabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık 77 Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2001.
7. Alipour A, Zare H, Poursharifi H, Aerab Sheibani Kh, Ardekani MA. The intermediary role of self-efficacy in relation with stress, glycosylated haemoglobin and health-related quality of life in patients with type2 diabetes. Iran J Public Health. 2012; 41(12): 76-80.
8. Tekin Yanık Y, Erol Ö. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 19(3): 166-174.

e-SÖZEL BİLDİRİ

Böcek Isırığı Sonrası Gelişen Dev Bir Pilomatriksoma Olgusu

Rafet ÖZBEY, Şaban ÇELİK

Giriş-Amaç: Pilomatriksoma kılın folikül matriksinden köken alan ve Malherbe'nin kalsifiye epitelioması olarak da bilinen benign bir yumuşak doku tümörüdür (1). Genellikle subkütan olarak yerleşim göstererek yavaş büyüme eğilimi izleyen, sert ve mobil kitleler şeklinde karşımıza çıkar. Sıklıkla tek nodül şeklinde görülürken multipl pilomatriksomalar da rapor edilmiştir (2,3). Gerçek insidansı bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalar sonucunda insidansının %0,03-0,1 olduğu belirtilmektedir (4).
İlk defa 1980'de Malherbe ve Chenantais tarafından yağ hücresinden kaynaklandığı düşünülerek epitelyoma olarak adlandırılmıştır. Ancak 1961'de Forbis ve Helwing tarafından bu tümörün epitelial matriks hücrelerinden kaynaklandığı bildirilmiştir (5).

Olgu: 21 yaşında erkek hasta sağ kol medialinde yaklaşık 6 ay önce başlayan ve gittikçe büyüyen bir kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Bu kitlenin hastadan alınan anamneze göre böcek ısırığından sonra geliştiği öğrenildi. Hasta polikliniğe başvurduğunda kitlenin 7-8 cm çapında, sınırlarının belirgin olduğu ve nodüler bir yapıya sahip olduğu tespit edildi (Şekil-1). Genel aneztezi altında kitle eksize edildi ve patolojik incelemesinde makroskopik olarak kalsifiye bir görünüm ve yoğun bir ödeme sahip olduğu ve bazofilik tümör hücreleri ile hayalet hücreleri görüldü (Şekil-2,3). Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gerçekleşmedi.

Tartışma: Pilomatriksomalar kıl folikülü matriksinden köken alan sert kıvamlı yavaş büyüyen benign+ deri lezyonlarıdır (6). Özellikle 20 yaş öncesinde kadınlarda erkeklere göre 1,5 kat daha sık görülmektedir (7). Sıklıkla baş-boyun bölgesinde, azalan oranlarda üst ekstremite, gövde ve alt ekstremitede görülmektedir (8). Hastamızda da lezyon sık görülen baş boyun

lokalizasyonu dışında kol bölgesindeydi. Ayırıcı tanısında sebase kist, epidermoid kist, kalsifiye kist veya hematomlar, kondrom, fibroksantoma, osteoma kutis ve dev hücreli tümör bulunur (6). Ortalama 0,5–3 cm çapta ve kırmızı mavi renkte görülmektedir. Klinik olarak genellikle asemptomatiktir. Ancak %30 oranında ağrı ve hassasiyet bildirilmiştir (8). Genelde travma ve enfeksiyonlardan sonra geliştiği bildirilse de böcek ısırığından sonra da ortaya çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Olgumuzda kitlenin daha nadir görülen üst ekstremitede yerleşmiş olması ve boyutunun dev pilomatriksoma tanımı kapsamında olması olgumuzu dikkat çekici yapmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pilomatriksoma, böcek ısırığı, tümör.

POSTER BİLDİRİ

POSTER BİLDİRİ

POSTER BİLDİRİ BİRİNCİLİK ÖDÜLÜ

Pandemi Gölgesinde Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi

Mücahid ÇAVDAR, Özlem SUVAK, Süleyman GÖRPELİOĞLU

Giriş-Amaç: Covid-19 pandemisi sonrası Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran hastalarda akılcı ilaç kullanım bilgisini, sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek ve bu ikisi arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Aile Hekimliği poliklinikliğine iki ay içerisinde başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, 18 yaş ve üzeri bireylere yüz yüze anket uygulandı. Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ve Türkiye Sağlık okuryazarlığı-32 ölçekleri kullanıldı. Ayrıca katılımcılara sosyodemografik özellikleri ve Covid-19 özgeçmişlerini içeren bir form da uygulandı.

Bulgular: Yaş ortalaması 36.17±13.08 olan 407 katılımcının %51.8(n=211)'si kadın, %53,5(n=218)'si üniversite ve üzeri eğitimli, %44(n=179)'ü Covid-19 geçirmiş ve %76.9(n=313)'u Covid-19 aşısı olmuştu. Akılcı ilaç kullanım ölçeği puan ortalamaları 37,12±4,17, Türkiye Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin ise 32,42±7,82'dir. Katılımcıların %77,6'sı yeterli akılcı ilaç kullanım bilgisine sahipti Akılcı ilaç kullanım bilgisi ile cinsiyet (p=), yaş(p=) eğitim durumu (ve meslek istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.(p Katılımcıların %28,7' si yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Sağlık okuryazarlık düzeyi ile medeni durum, yaş ve meslek istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların akılcı ilaç kullanım ölçeği puanları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır. Akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasındaki ilişkiye

yönelik regresyon analizi sonuçlarına göre, tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi değişkenleri birlikte, katılımcıların AİK puanları ile anlamlı bir ilişki vermemektedir, R=0.053, R2= 0.003, p>0.05. Bu durum iki değişkenin de akılcı ilaç kullanımı üzerinde önemli (anlamlı) bir yordayıcı olmadığını göstermektedir.

Sonuç: Dünyada Covid-19 salgını sonrasında sağlık ön plana çıkmış doğru bilgi ile beraber bilgi kirliliği de oluşmuştur. Bunların sonucunda toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve dolaylı olarak akılcı ilaç kullanım bilgisi önem kazanmıştır. Çalışmamız sonucunda akılcı ilaç kullanım bilgisi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi halen düşük görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık okuryazarlığı, Covid-19.

POSTER BİLDİRİ

POSTER BİLDİRİ İKİNCİLİK ÖDÜLÜ

Nadir Görülen Endemik Konjonktivit Vakalarının İrdelenmesi

Abdurrahman ÖZ[1], Mehmet TAYFUR[2], Dursun ÇADIRCI[1]
1 Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Şanlıurfa
2 Akçakale Devlet Hastanesi, Şanlıurfa

Giriş-Amaç: Aile Sağlığı Merkezimize başvuran, bölgesel ve mevsimsel olarak artış görüldüğünü düşündüğümüz nadir görülen paraziter konjonktivit vakalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Araştırma Nihat Demirelli Aile Sağlığı Merkezine Mayıs-Haziran 2022 tarihleri arasında göz semptomları ile başvuran hastaların sayısında artış olduğunun gözlenmesi üzerine yapıldı. Aile Sağlığı Merkezine gözde şişlik, sulanma, kaşıntı şikayetiyle başvuran, daha sonra Göz Hastalıkları Polikliniğine sevk edilen 13 hastanın kayıtları retrospektitif olarak incelenerek olgu serisi şeklinde sunulmuştur.

Bulgular: Olguların yaşları 6-32 arasında değişmekte idi. 11'i çocuk, 2'si yetişkin olan bireylerin tek gözde subakut başlayan şişlik, sulanma, kaşıntı ve yabancı cisim hissiyatı olduğu gözlendi. Hastaların anamnezleri irdelendiğinde çoğunun kırsal bölgede gözlerine sinek çarpması hikayesinin öne çıktığı görüldü. Benzer semptom ve öyküleri olan hastaların fizik muayeneleri yapılmış makroskopik olarak değerlendirilmişti. Daha sonra ayrıntılı değerlendirme için göz doktoruna konsulte edilerek takip edilmişti.
Aile hekimi tarafından yapılan muayenelerde 13 hastanın 8'inin tek gözü ödemli ve buna bağlı göz küresi kapalı olarak izlenmişti. Göz kapakları spanç yardımıyla aralanıp bakıldığında sınırlı

olsa da görülen konjonktivanın şiş (kemozis) ve kızarık olduğu (konjonktivit) görülmüştü. Zor da olsa makroskopik olarak milimetrik hareket halinde kurtçuklar mevcuttu. Isı artışı, ağrı ve kızarıklık olmaması ön planda sellülliti düşündürmemekteydi. 3 hastada ise göz kapağında hafif ödem, kemozis, konjonktivit tablosu izlenmekteydi. Diğer 2 hastada ise sadece konjonktivit tablosu görülmekteydi. Konsültasyon sonrası Göz Hastalıkları Uzmanı tarafından yapılan muayenede 13 hastada "external oftalmiyazis" ön tanısı ile tedavi verilmişti. Takiplerinde konjonktivit ve kemozis bulguları gerilemişti.

Sonuç: Şanlıurfa gibi sulu tarım yapılan bölgelerde, özellikle ilkbahar sonu-yaz başı dönemlerde, tek taraflı konjonkitivit ve periokuler ödem tablosuyla gelen hastalarda anamnez alırken mutlaka gözüne sinek çarpma öyküsü olup olmadığının sorgulanması tanı konulmasını kolaylaştıracaktır. Bu tür hastalarda paraziter konjonktivit atlanmaması ve branş hekimi ile koordineli bir şekilde hastalar takibe alınması önemlidir. Ayrıca bir halk sağlığı sorunu olan bu durumun gerekli birimlere iletilmesi koruyucu önlemler alınmasını sağlamada en önemli adımdır.

Cinsiyet	8 E (%62)	5 K (%38)	13
Yaş	10.7 (11 Ç)	28.5 (2 Y)	19.6
Taraf	7 (%54)sağ göz	6 (%46)sol göz	Bilateral yok
Semptom	12 (%92) Kaşıntı	11 (%85) yc hissi	13 (%100) sulanma

Cinsiyet	8 E (%62)	5 K (%38)	13
Bulgu	8 (%62) per ödem	11 (%85) kemozis	13 (%100) parazit

Anahtar Kelimeler: Konjonktivit, oftalmomiyazis.

POSTER BİLDİRİ

POSTER BİLDİRİ ÜÇÜNCÜLÜK ÖDÜLÜ

Gratifikasyon Sendromu (Süt Çocuğu Mastürbasyonu)

Selin ADATEPE YAPICI, Sevgi ÖZCAN

Giriş-Amaç: Süt çocukluğu paroksismal motor hareket bozukluğu, haz fenomeni ve süt çocuğu mastürbasyonu olarak da adlandırılan gratifikasyon sendromu nadir görülen bir durumdur. Ritmik, stereotipik hareketlerin görüldüğü bu sendromda bulguların ilk bir yaşta ortaya çıktığı 3-4 yaşlarında ise gerilediği bildirilmektedir. Çalışmalar bu hareketlerin çocuğun genellikle uykuya dalma aşamasında, stresli olduğu veya sıkıldığı durumlarda geliştiğini göstermektedir. Epilepsi, karın ağrısı, paroksismal distoni veya diskinezi gibi durumlarla karışabildiği için bu tür vakalarda tanıda gecikme yaşanabilmekte ve gereksiz bir çok tetkik yapılabilmektedir. Bu bildiride aile hekimine başvuran bir olgu paylaşılarak konu hakkındaki farkındalığın arttırılması amaçlanmıştır.

Olgu: İki yaşındaki erkek çocuklarının uyku öncesi anormal davranışları olduğunu fark eden ebeveynler nereye başvurabilecekleri konusunda bilgi almak için aile hekimine başvurdu. Öyküsünden ilk olarak 1,5 ay önce başlayan (2 hafta önce lavman kullanım öyküsü), günde 5-6 kez tekrarlayan, yaklaşık 10-15 dakika süren, arka arkaya bazen bir-iki saat devam edebilen epizotların olduğu, bu sırada çocuğun gözlerini bir noktaya sabitlediği anormal sesler çıkardığı ve el hareketleri yaptığı, anne-babanın müdahalesi halinde sinirlendiği, epizot sonunda nefes nefese kaldığı, avuç içlerinde terleme olduğu, epizotların diürnal varyasyon göstermemesine karşın genellikle uyku öncesi veya gün içerisinde boş kaldığı anlarda olduğu, yüz üstü/ sırtüstü yatarken veya otururken olabildiği, epizotlar dışında aktif ve neşeli olduğu, yaşına uygun oyunlar oynadığı öğrenildi. Büyüme gelişmesi normal olan çocuğun fizik muayenesinde bir

sorun saptanmadı. Çocuk nörolojisine yönlendirilen hastanın EEG'sinin normal olduğu ve epizotların video kaydının izlenmesiyle gratifikasyon sendromu tanısı aldığı öğrenildi. Her ikisi de öğretmen olan ebeveynlere ilgili bölüm tarafından bilgi verilmesine karşın endişelerinin devam ettiği öğrenildi. Bu nedenle aile görüşmesi planlandı. Görüşmenin başında oldukça gergin görünen ebeveynlerin soruları cevaplandırılarak endişeleri giderildi ve neler yapabilecekleri konusunda danışmanlık hizmeti verildi.

Sonuç: Annenin önce bir hafta izin alması ardından çalışma saatlerini düzenleyerek çocuğuyla daha fazla vakit geçirmesi sonrası epizotların günde bir kereye kadar azaldığı öğrenildi. Davranışsal düzenlemelere devam edilmesi önerisiyle takip önerildi.

3. HARRAN AİLE HEKİMLİĞİ GÜNLERİ KONGRESİ

29 Eylül - 01 Ekim 2022 ŞANLIURFA

www.hahk.turkiyekongre.com

BİLDİRİ KİTABI

Harran Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Yayınları

ISBN No:

ISBN 978-975-7113-72-0

Ekim 2022 - Şanlıurfa