

TAHUD

TÜRKİYE AİLE HEKİMLERİ
UZMANLIK DERNEĞİ



11. ULUSAL

aile

hekimliği
kongresi



16-20
Mayıs
2012

Rixos Sungate Hotel Antalya

www.aile2012.org



11. ULUSAL

ailehekimliği
kongresi**KONGRE BAŞKANI***Prof. Dr. Okay BAŞAK***KONGRE GENEL SEKRETERİ***Prof. Dr. Hüseyin Avni ŞAHİN***BİLİMSEL SEKRETERYA***Doç. Dr. Dilek TOPRAK**Uzm. Dr. Tijen ŞENGEZER**Uzm. Dr. Ruşen TOPALLI***DÜZENLEME KURULU***Dr. Erdiñç YAVUZ**(MYK adına Düzenleme Kurulu Sorumlusu)**Dr. Hülya AKAN**Dr. Zela AKBAYIN**Dr. Melahat AKDENİZ**Dr. Ümit AYDOĞAN**Dr. Hüseyin CAN**Dr. Murat ÇEVİK**Dr. Serap ÇİFCİLİ**Dr. Nezih DAĞDEVİREN**Dr. Ziya T. GÜNEŞ**Dr. Şehnaz HATİPOĞLU**Dr. Levent HEKİMOĞLU**Dr. A. Refik İMAMECİOĞLU**Dr. Faruk KARAYAĞIZ**Dr. Nurşah ÖZKAN**Dr. Cemil Işık SÖNMEZ**Dr. Yiğit SÖZEN**Dr. Didem SUNAY**Dr. Arzu UZUNER**Dr. Aydan ÜNSAL AKSÖYEK**Dr. Ediz YILDIRIM**Dr. Fatih YÜKSEL*



11. ULUSAL
aile
hekimliği
kongresi

Değerli Meslektaşlarımız,

AİLE 2012 - 11. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'ni 2012 yılı Mayıs ayında Antalya'da yapıyoruz. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) 20 yılı aşan bir süredir Aile Hekimliği Tıp Disiplini ve Uzmanlık Alanının ülkemizdeki tek akademik temsilcisi olarak disiplinimizin gelişmesi yönünde çalışmalar yapmaktadır. Giderek artan gücü ve akademik birikimiyle Derneğimiz Aile Hekimliği alanında söz sahibi başlıca meslek örgütü konumundadır. Yılların deneyimiyle üyelerimizin ve tüm aile hekimlerinin sürekli mesleki gelişimleri (SMG) için bilimsel etkinliklerimiz sürmektedir. Bu çerçevede hazırlamış olduğumuz TAHUD 2012 Yılı SMG Eğitim Programına www.tahudegitsel.org adresinden ulaşabilirsiniz.

Ülkemizin her köşesinden desteklerini hissettiğimiz siz aile hekimlerinin gücü ile uluslararası etkinliğimizi de artırarak, 2015 yılında düzenlenecek olan 20. WONCA Avrupa Kongresine yeniden aday olduk ve ülkemize kazandırmayı başardık. Hatırlayacağınız gibi WONCA Avrupa Kongresi 2008 yılında da yine İstanbul'da TAHUD ev sahipliğinde gerçekleşmişti. Böylesi büyük bir uluslararası kongrenin bu kadar kısa bir sürenin ardından yeniden ülkemize kazandırılmış olması, büyüyen ve gelişen Derneğimiz adına ayrı bir başarı olmuştur. 2015 yılında WONCA Avrupa'nın 20. kuruluş yılıyla Derneğimizin 25. kuruluş yılının örtüşmesi ve aynı yıl 20. Aile Hekimliği Avrupa Kongresi'nin Türkiye'de yapılacak olması Avrupalı meslektaşlarımız arasında da büyük yankı bulmuştur. Şimdiden hazırlanmaya başladığımız bu tarihsel WONCA Kongresiyle 10.000 aile hekimini kıtaların buluştuğu İstanbul'da bir araya getirmeyi hedeflemekteyiz.

On birincisini gerçekleştirmekte olduğumuz Ulusal Kongremizle disiplinimizin ve uzmanlık alanımızın ülkemizdeki gelişiminin temel ve öncü gücü olmaya devam ediyoruz. Ulusal kongrelerin hem bilimselliği hem de coşkusu diğer bilimsel etkinliklerden farklı olur. Ulusal kongrelerimiz bilimsel birikimimizi ortaya koyduğumuz, yıl boyunca yaptığımız araştırma sonuçlarını birbirimizle paylaştığımız, bilgi ve deneyimlerimizi aktardığımız ve her şeyden önemlisi bir ailenin parçası olmanın güven ve gururunu hissettiğimiz özel günlerdir.

11. Ulusal Aile Hekimliği Kongremize hoş geldiniz der, verimli ve keyifli bir kongre geçirmenizi dileriz.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Okay BAŞAK

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
Merkez Yönetim Kurulu Başkanı



15. ULUSAL
aile
hekimliği
kongresi

KONUŞMA ÖZETLERİ VE BİLDİRİLER

Kongre Düzenleme Kurulu'nun kararı ile bildiriler ve konuşma özetleri, program kitabı içerisinde basılmamış olup, yalnızca elektronik versiyonunda bulunmaktadır. Kongre Program ve Özet Kitabı'nın elektronik haline www.aile2012.org adresinden ulaşabilir ve buradan indirebilirsiniz.

KREDİLENDİRME

Kongremiz Türk Tabipler Birliği tarafından Sürekli Tıp Eğitimi (STE) kredi puanı ile kredilendirilmektedir. İlgili TTB-STE formları kongre çantaları içinde bulunmaktadır.

Kongremiz ayrıca TAHYK Sürekli Mesleki Gelişim (SMG) kredi puanı ile de kredilendirilecektir. İlgili TAH-SMG formları kongre çantaları içinde bulunacaktır.

Her iki kredilendirme tipi için de formları doldurarak kayıt masamıza teslim etmenizi rica ederiz.

DÖNÜŞ TRANSFERLERİ

Dönüş transferleriniz için gerekli yardımı kayıt masamızdan alabilirsiniz. Lütfen transferleriniz için uçuşlarınızı ve otelden hareket saatinizi kayıt masamızdaki ilgili yetkililerimizle teyit ediniz.

SERTİFİKALAR VE İLETİŞİM FORMLARI

Kongre katılım sertifikaları 20 Mayıs 2011 Cuma gününden itibaren dağıtılmaya başlanacaktır. Kongre çantalarınız içerisinde bulunan TAHUD İletişim Güncelleme Formu'nu doldurup, kayıt masamıza teslim ederek, sertifikalarınızı teslim alabilirsiniz. İletişim formlarındaki bilgiler kongre ile ilgili istatistiki bilgi oluşturmak ve gelecek kongre ile ilgili duyurulardan sizleri haberdar etmek için kullanılacaktır.

16 MAYIS 2012, Çarşamba

	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU	F SALONU
10:00	KAYIT İŞLEMLERİ					
16:30-18:00	AÇILIŞ PANELİ (PANEL 1) Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele programları					
18:00-18:30	Açılış Töreni					
18:30-19:30	AÇILIŞ KOKTEYLİ					
20:30-22:30	AKŞAM OKULU (KURS) 1 Aile hekimliğinde ultrasonografi kullanımı I	AKŞAM OKULU (KURS) 2 Tütün kontrolü ve tütün bağımlılığı tedavi kursu I	AKŞAM OKULU (KURS) 3 Birinci basamakta toksikoloji ve teratojenite I	AKŞAM OKULU (KURS) 4 Diyabete insülin tedavisi ve insülin kullanımı <i>Lilly</i>	AKŞAM OKULU (KURS) 5 Bilgiye dayanarak tedavi ve depresyonda aile hekimliği uygulamaları	AKŞAM OKULU (KURS) 6 Kısa film hazırlama

17 MAYIS 2012, Perşembe

	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU	F SALONU
08:30-09:30	KONFERANS 1 The influence of WONCA Europe on the development of Family Medicine in Europe and its contributions to national processes Dr. Job METSEMAKERS					
09:30-09:45	Ara					
09:45-11:00	PANEL 2 Mediite sorunları	PANEL 3 Çocuklarda büyüme ve gelişme				
11:00-11:30	Kahve Arası					
11:30-12:30	UZMANINA DANIŞ 1 Birinci basamakta depresyon hastasını değerlendirme ve tedavi seçenekleri <i>Lilly</i>	ÇALIŞTAY 1 EQUiP, Kalite geliştirme çalıştır	UZMANINA DANIŞ 2 Vertigo lu hastaya yaklaşım	TARTIŞMA GRUPLARI 1 Stajörler mercak altında	ASM OTURUMLARI 1 Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu ve ZMS	
12:30-14:00	Öğle Yemeği					
14:00-15:30	PANEL 4 Erişim ağrıları: Tanısal değerler ve hasta yönetimi	PANEL 5 Metabolik sendrom				
15:30-16:00	Kahve Arası					
16:00-17:00	ÇALIŞTAY 2 OTC - SOCIO MED	ÇALIŞTAY 3 TAHYK, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu	UZMANINA DANIŞ 3 Primer baş ağrıları - Temel yaklaşım ve güncel ilaçlar	UZMANINA DANIŞ 4 Erişim sağlığı ve aile hekiminin görevleri	ASM OTURUMLARI 2 Aile hekimliği uygulamasında ev gezileri ve evde sağlık hizmetleri	
17:00-18:00	SÖZEL BİLDİRİLER 1	SÖZEL BİLDİRİLER 2	OLGU TARTIŞMASI 1 Olgularla diyabet tedavisi	SÖZEL BİLDİRİLER 3		
18:00-20:00	Akşam Yemeği ve Serbest Zaman					
20:00-22:00	AKŞAM OKULU (KURS) 7 Aile hekimliğinde ultrasonografi kullanımı II (Devam)	AKŞAM OKULU (KURS) 8 Tütün kontrolü ve tütün bağımlılığı tedavi kursu II (Devam)	AKŞAM OKULU (KURS) 9 Birinci basamakta toksikoloji ve teratojenite II (Devam)	AKŞAM OKULU (KURS) 10 3NİK ap okulu I	AKŞAM OKULU (KURS) 11 Olgularla ve uygulamalı olarak temel nörolojik değerlendirme	

18 MAYIS 2012, Cuma

	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU	F SALONU
08:30-09:30	KONFERANS 2 25. yıla doğru TAHÜD - HEDEF 2015 Prof. Dr. Okay BAŞAK					
09:30-09:45	Ara					
09:45-11:00	PANEL 6 Okültik Tanısal Değer ve hasta yönetimi	PANEL 7 Diyabet - Güncelleme				
11:00-11:30	Kahve Arası					
11:30-12:30	ÇALIŞTAY 4 EURACT, Aile Hekimliği eğiticileri	UZMANINA DANIŞ 5 Aritmiler ve aile hekimliğinde atriyal fibrilyasyona yaklaşımlar	TARTIŞMA GRUPLARI 2 İltihabi tedaviler - Alternatif mi, değil mi?	ASM OTURUMLARI 3 Tartışılacak konular: Yorgunluk, caza puanları, performans kesintileri		
12:30-14:00	Öğle Yemeği					
14:00-15:30	PANEL 8 Ele gelen lenf bezlerine yaklaşım	PANEL 9 Alt solunum yolu enfeksiyonları ve akıcı embiyotik kullanımı				
15:30-16:00	Kahve Arası					
16:00-17:00	ÇALIŞTAY 5 WONCA 2015 - 20. WONCA Avrupa Kongresi	UZMANINA DANIŞ 6 Kanserden korunma - kanser aşılama ve tarama	UZMANINA DANIŞ 7 Göz hastalıklarında erken tanı: Aile hekiminin görevleri	ASM OTURUMLARI 4 Aile hekimliğinde kayıtlar ve AHB5 yazılım sorunları		
17:00-18:00	SÖZEL BİLDİRİLER 4	UZMANINA DANIŞ 8 Çocukluk döneminde sık görülen ortopedik sorunlar	OLGU TARTIŞMASI 2 Olgularla hipertansiyon tedavisi	SÖZEL BİLDİRİLER 5		
18:00-20:00	Akşam Yemeği ve Serbest Zaman					
20:00-22:00	AKŞAM OKULU (KURS) 12 Birinci basamakta ortopedik uygulamalar - İlk girişim, bandaj, atel, taping vb.	AKŞAM OKULU (KURS) 13 Aile hekimliğinde İnekoloji baki ve pap smear alma	AKŞAM OKULU (KURS) 14 Fotoğraf Kursu	AKŞAM OKULU (KURS) 15 BNTK Ağı okulu II (Devam)	AKŞAM OKULU (KURS) 16 19:30 - 22:30 Düz grafi okuma	AKŞAM OKULU (KURS) 17 Tütün kontrolü ve tütün bağımlılığı tedavi kursu II (Devam)

19 MAYIS 2012, Cumartesi

	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU	F SALONU
08:30-09:30	KONFERANS 3 How to use learning goals in the vocational training? Dr. Niels Kristian KJÆR					
09:30-09:45	Ara					
09:45-11:00	PANEL 10 Bellek bozuklukları: Unutkanlığı olan hastaya genel yaklaşım, Alzheimer Hastalığı, demansiyel süreçteki hastaların birinci basamakta izlenim ve bakımı	PANEL 11 Depresyon ve anksiyete komorbiditesi				
11:00-11:30	Kahve Arası					
11:30-12:30	ÇALIŞTAY 6 EGPRN Araştırma ve yayınlama	UZMANINA DANIŞ 9 Nöropatik ağrı	TARTIŞMA GRUPLARI 3 Obesite ve sağlıklı beslenme mümkün mü?	ASM OTURUMLARI 5 SGK ve SUT: Sorunlar devam ediyor		
12:30-14:00	Öğle Yemeği					
14:00-15:30	PANEL 12 Halsizlik - Güçsüzlük - Bittiriklik - Yorgunluk - Anemiler, Depresyon, Kalp yetmezliği, Hipotiroidi	PANEL 13 ASM'de jinekolojik değerlendirme ve ilaçla sorunlar				
15:30-16:00	Kahve Arası					
16:00-17:00	ÇALIŞTAY 7 WASCO DA GAMA harekati - Genç aile hekimleri ne yapıyor? Aile hekimliği Avrupa deneyimleri ve Türkiye karşılaştırmaları	ÇALIŞTAY 8 Türkiye Aile Hekimliği Dergisi - Yeni dönem, yeni hedefler	UZMANINA DANIŞ 10 GDO'lu gıdalar ve gıda güvenliği	ASM OTURUMLARI 6 Ofis ve personel yönetimi - kriz yönetimi		
17:00-18:00	SÖZEL BİLDİRİLER 6	UZMANINA DANIŞ 11 Sağlıklı yaşlanma ve periyodik değerlendirme	OLGU TARTIŞMASI 3 Olgularla uçuklu deri mantarları	SÖZEL BİLDİRİLER 7		
19:30-20:30	19 Mayıs Atatürk'ü Anma ve Gençlik ve Spor Bayramı & Dünya Aile Hekimleri Günü Kutlama Töreni					

BİLİMSEL PROGRAM GENEL BAKIŞ 7

20 MAYIS 2012, Pazar

	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU	F SALONU
09:00-13:00	AKŞAM OKULU (KURS) 18 3NTK apı okulu I ve II (Tekrar)	AKŞAM OKULU (KURS) 19 Aile hekimliğinde ultrasonografi kullanımı I ve II (Tekrar)	09:00-12:00 AKŞAM OKULU (KURS) 20 Düz grafli okuma I ve II (Tekrar)	09:00 - 11:00 AKŞAM OKULU (KURS) 21 Olgularla ve uygulamalı olarak temel nörolojik değerlendirme (Tekrar)	09:00 - 11:00 AKŞAM OKULU (KURS) 22 Diyabette insülin tedavisi ve insülin kullanımı (Tekrar)	

BİLİMSEL PROGRAM DIŞI TOPLANTILAR

17 MAYIS 2012, Perşembe

08:30 - 09:30 ve 11:30 - 12:30 / Mira Salonu
OTC Sociomed Proje Grubu Toplantısı

18:00 - 20:00 / E Salonu

TAHYK, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu Genel Kurulu

18 MAYIS 2012, Cuma

11:30 - 12:30 / Mira Salonu

TAHUD Hipertansiyon ve Diyabet Çalışma Grubu Toplantısı

17:00 - 19:00 / Mira Salonu

TAHUD Tütünle Mücadele Çalışma Grubu Toplantısı

16 MAYIS 2012, Çarşamba

	A SALONU	B SALONU	C SALONU
10:00	KAYIT İŞLEMLERİ		
16:30-18:00	<p>AÇILIŞ PANELİ (PANEL 1) Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele programları Ötünüm Başkanı: Prof. Dr. Hasan İnan ÜSTÜNBAŞ</p> <p>Konuşmacılar: Doç. Dr. Adem ÖZKARA Uzm. Dr. A. Refik İMAMECİOĞLU Doç. Dr. Serdar GÖLER Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU Prof. Dr. Çetin EROL</p>		
18:00-18:30	Açılış Töreni		
18:30-19:30	AÇILIŞ KOKTEYLİ		
19:30-20:30	Akşam Yemeği ve Serbest Zaman		
20:30-22:30	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 1 Aile hekimliğinde ultrasonografi kullanımı /</p> <p>Eğitçiler: Prof. Dr. Hüseyin Avni ŞAHİN Prof. Dr. Güler ŞAHİN Uzm. Dr. Filiz SÖZEN</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 2 Tütün kontrolü ve tütün bağımlılığı tedavisi kursu /</p> <p>Eğitçiler: Uzm. Dr. Tijen ZENGİZER Doç. Dr. Vildan MEVSİM Prof. Dr. Recep Erol SEZER Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR Doç. Dr. Pemra C. ÜNALAN Doç. Dr. Derya İren AKINTIK</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 3 Birinci basamakta toksikolojik ve teratojenik /</p> <p>Eğitçiler: Prof. Dr. Sedef GÜDENER Yrd. Doç. Dr. Aylin ARICI</p> <p>Yardımcı Eğitici: Uzm. Dr. Uğur BALÇE</p>

	D SALONU	E SALONU	F SALONU
10:00	KAYIT İŞLEMLERİ		
16:30-18:00			
18:00-18:30			
18:30-19:30	AÇILIŞ KOKTEYLİ		
19:30-20:30	Akşam Yemeği ve Serbest Zaman		
20:30-22:30	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 4 <i>Lee</i> nin destekleriyle Diyanette insülin tedavisi ve insülin kullanımı</p> <p>Eğitçiler: Uzm. Dr. Zühal SAÇLAM Uzm. Dr. Elif ATEŞ</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 5 Bilişsel davranışçı tedavi ve depresyonda aile hekimliği uygulaması</p> <p>Eğitçiler: Prof. Dr. Dilek GÜLDAL Doç. Dr. Selçuk ASLAN Doç. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR Doç. Dr. Günel DİŞÇİGİL</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 6 Kısa film hazırlama</p>

17 MAYIS 2012, Perşembe

	A SALONU	B SALONU	C SALONU
08:30-09:30	<p>KONFERANS 1 The influence of WONCA Europe on the development of Family Medicine in Europe and its contributions to national processes</p> <p>Oturum Başkanı: Prof. Dr. Nami ÜNALDOĞLU</p> <p>Konuşmacı: Dr. Job METSEMAKERS, WONCA Europe Genel Sekreteri</p>		
09:30-09:45	Ara		
09:45-11:00	<p>PANEL 2 Molülite sorunları Oturum Başkanı: Doç. Dr. Mehmet UÇURLU</p> <p>Molülite sorunları: Yakınmadan hasta yönetimine Prof. Dr. Serpil AYDIN DEMİRBAĞ</p> <p>Aile hekimliğinde dispeptik yakınmalar ve yönetimi Prof. Dr. Ömer ÖZÜTİMİZ</p> <p>Bağırsak molülite bozuklukları ve İBS Prof. Dr. Serhat BOR</p>	<p>PANEL 3 Çocuklarda büyüme ve gelişme Oturum Başkanı: Doç. Dr. Ruhşen KUTLU</p> <p>Büyüme-gelişme iziminde metodoloji Doç. Dr. Mustafa MAZICIOĞLU</p> <p>Perinatal (intrauterin ve perinatal) büyüme ve gelişme Prof. Dr. Selim KURTUĞLU</p> <p>Postnatal büyüme ve gelişme Doç. Dr. Nilhal HATİPOĞLU</p>	
11:00-11:30	Kahve Arası		
11:30-12:30	<p>UZMANINA DANIŞ 1 <i>Libby</i>'nin destekleriyle Birinci basamakta depresyon hastasını değerlendirme ve tedavi seçenekleri</p> <p>Konuşmacı: Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR</p>	<p>ÇALIŞTAY 1 EQuP, Kalite geliştirme çalıştay</p> <p>Konuşmacılar: Prof. Dr. Zekiye AKTÜRK Prof. Dr. Nezihe DAĞDEVİREN</p>	<p>UZMANINA DANIŞ 2 Vertigo hastaya yaklaşım Moderatör: Uzm. Dr. Ertaç ÇEŞMEU</p> <p>Konuşmacı: Prof. Dr. Erik Alpin GÜNEŞ</p>
12:30-14:00	Öğle Yemeği		
14:00-15:30	<p>PANEL 4 Eklem ağrıları: Tanısal değeri ve hasta yönetimi Oturum Başkanı: Prof. Dr. Bayram KOÇ</p> <p>Eklem ağrıları: Yakınmadan hasta yönetimine Doç. Dr. Mustafa ÇELİK</p> <p>Romatoid artrit Doç. Dr. Niler YAĞCI</p> <p>Osteoartritler Prof. Dr. Gülsenin AKYÜZ</p>	<p>PANEL 5 Metabolik sendrom Oturum Başkanı: Prof. Dr. İsmail Hamdi KARA</p> <p>Hipertansiyon Prof. Dr. Murat ÜNALACAK</p> <p>Dilipidemi Doç. Dr. Yusuf AYDIN</p> <p>Obesite Yrd. Doç. Dr. Davut BALTACI</p>	
15:30-16:00	Kahve Arası		
16:00-17:00	<p>ÇALIŞTAY 2 ÖTC - SOCQMED</p> <p>Konuşmacılar: Doç. Dr. Zülfiye ALPER Doç. Dr. Neşin UNGU Prof. Dr. Okay BAŞAK Prof. Dr. Christos LYONIS</p>	<p>ÇALIŞTAY 3 TANIK, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu</p> <p>Konuşmacılar: Prof. Dr. Nezihe DAĞDEVİREN Doç. Dr. Pemra C. ÜNALAN</p>	<p>UZMANINA DANIŞ 3 Primer bağ ağrıları - Temel yaklaşım ve gözetim seçenekleri Moderatör: Doç. Dr. Özgür TOPRAK</p> <p>Konuşmacı: Doç. Dr. Öge YILMAZ KÜŞBECİ</p>
17:00-18:00	<p>SÖZEL BİLDİRİLER 1 Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Didem ADAHAN SUNAY</p> <p>S-001, S-002, S-003, S-004, S-005, S-006</p>	<p>SÖZEL BİLDİRİLER 2 Oturum Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Gülsün CEYHAN PEKER</p> <p>S-037, S-038, S-039, S-040, S-042</p>	<p>ÖLÇÜ TARTIŞMASI 1 Ölçülerle diyabet tedavisi Moderatör: Yrd. Doç. Dr. Yalçın ERDOĞAN</p> <p>Konuşmacı: Doç. Dr. Erhan MERT</p>
18:00-20:00	Akşam Yemeği ve Serbest Zaman		
20:00-22:00	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 7 Aile hekimliğinde ultrasonografi kullanımı II (Devam)</p> <p>Eğiticiler: Prof. Dr. Alireza Amini SAHİN Prof. Dr. Güler SAĞDIN Uzm. Dr. Fırat SÖZEN</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 8 Tütün kontrolü ve tütün bağımlılığı tedavi kursu II (Devam)</p> <p>Eğiticiler: Uzm. Dr. Tijen ŞENGEZER Doç. Dr. Yıldırım MEVSİM Prof. Dr. Recep Erat SEZER Prof. Dr. Naflı BOZDEMİR Doç. Dr. Pemra C. ÜNALAN Doç. Dr. Derya İrem AKBAYK</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 9 Birinci basamakta toksikoloji ve teratogenite II (Devam)</p> <p>Eğiticiler: Prof. Dr. Sedat GÜNER Yrd. Doç. Dr. Aylin ARICI</p> <p>Yardımcı Eğiticiler: Uzm. Dr. Uğur BÜGE</p>

17 MAYIS 2012, Perşembe

	D SALONU	E SALONU	F SALONU
08:30-09:30			
09:30-09:45	Ara		
09:45-11:00			
11:00-11:30	Kahve Arası		
11:30-12:30	<p>TARTIŞMA GRUPLARI 1 Statistik mercak altında Sorumlu: Doç. Dr. Ayfer GEMALMAZ</p> <p>Tartışmacılar: Prof. Dr. Mehmet AKSOY Uzm. Dr. Rabia KAHVECİ, Uzm. Dr. Şehnaz HATİPOĞLU Uzm. Dr. Derya GÖLNER</p>	<p>ASM OTURUMLARI 1 Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu ve ZMSS</p> <p>Konuşmacılar: Uzm. Dr. Murat ÇEVİK Uzm. Dr. Ziya T. GÜNEŞ</p>	
12:30-14:00	Öğle Yemeği		
14:00-15:30			
15:30-16:00	Kahve Arası		
16:00-17:00	<p>UZMANINA DANIŞ 4 Ergen sağlığı ve aile bakımının görevleri Moderatör: Uzm. Dr. Nurdan TERGÜL</p> <p>Konuşmacı: Prof. Dr. Orhan DERMAN</p>	<p>ASM OTURUMLARI 2 Aile hekimliği uygulamalarında ev gezileri ve evde sağlık hizmetleri</p> <p>Konuşmacılar: Uzm. Dr. Aygen TOPALLI Uzm. Dr. Onur SÜRMEGÖZLÜER</p>	
17:00-18:00	<p>SÖZEL BİLDİRİLER 3 Oturma Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK</p> <p>S-007, S-008, S-009, S-010, S-011, S-012</p>		
18:00-20:00	Akşam Yemeği ve Serbest Zaman		
20:00-22:00	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 10 BNIK Ağrısı okulu I</p> <p>Eğiticiler: Prof. Dr. Selim BADUR Prof. Dr. Ener Çağrı DİNLEYİCİ Doç. Dr. Arzu UZUNER</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 11 Olgularla ve uygulamalı olarak temel nörolojik değerlendirme</p> <p>Eğiticiler: Doç. Dr. Dilaver KAYA Öğr. Gv. Dr. Çiğdem APAYDIN KAYA</p>	

18 MAYIS 2012, Cuma

	A SALONU	B SALONU	C SALONU
08:30-09:30	<p>KONFERANS 2 25. yıla özgü TAHUD - HEDEF 2015</p> <p>Öturm Başkanı: Prof. Dr. Yelâkin DEMİREL</p> <p>Konuşmacı: Prof. Dr. Oktay BAŞAK, TAHUD Genel Başkanı</p>		
09:30-09:45	Ara		
09:45-11:00	<p>PANEL 6 Öksürük: Tanısal değeri ve hasta yönetimi Öturm Başkanı: Doç. Dr. Hatice KURDAK</p> <p>Öksürük: Yakınsız hasta yönetimine Doç. Dr. Cahit ÖZER</p> <p>Öksürük ve larıngofarengeal refli Prof. Dr. Ahmet KÖYBAŞOĞLU</p> <p>Öksürük ve kronik hava yolu hastalıkları Prof. Dr. Salt KARAKURT</p>	<p>PANEL 7 Diyabet - Güncelleme Öturm Başkanı: Doç. Dr. Mehmet SARGIN</p> <p>Prof diyabet yönetiminde sorunlar Doç. Dr. Dilak TOPRAK</p> <p>Diyabette akut komplikasyonların birinci basamakta yönetimi Prof. Dr. Selçuk MESTİK</p> <p>Tip 2 diyabet tedavisinde güncel uygulamalar Prof. Dr. İhan SATMAN</p>	
11:00-11:30	Kahve Arası		
11:30-12:30	<p>ÇALIŞTAY 4 ELRACCT, Aile hekimliği eğitimleri</p> <p>Konuşmacılar: Prof. Dr. Fâsun YARIŞ Arş. Grv. Dr. Nurgah ÖZKAN Dr. Job METSEMAKERS</p>	<p>UZMANINA DANIŞ 5 Antimiyer ve aile hekimliğinde atriyal fibrilasyona yaklaşımlar Moderatör: Uzm. Dr. Levent ÖZSEVEN</p> <p>Konuşmacı: Doç. Dr. Sivan AYDOĞDU</p>	<p>TARTIŞMA GRUPLARI 2 Biküsel tedaviler – Alternatif mi, değil mi? Sorumlu: Doç. Dr. Ufuk Güny ÖZER</p> <p>Tartışmacılar: Yrd. Doç. Dr. Ümit AVŞAR, Yrd. Doç. Dr. Ramazan TETKİÇOK Uzm. Dr. Levent HEKİMOĞLU, Öğr. Grv. Dr. Filiz AK</p>
12:30-14:00	Öğle Yemeği		
14:00-15:30	<p>PANEL 8 İle gelen lenf bezlerine yaklaşım Öturm Başkanı: Doç. Dr. Fâsun ARTIRAN İÇDE</p> <p>Genel yaklaşım - tanı ve ayırıcı tanı Doç. Dr. Altuğ KUT</p> <p>Baş-b boyun bölgesi tümörleri ve lenfadenopatiler Prof. Dr. Ahmet KÖYBAŞOĞLU</p> <p>Aksiller bölge lenfadenopatileri (Heme Ca) Doç. Dr. Mahmut Can YAĞMURDUR</p>	<p>PANEL 9 Alt solunum yolu enfeksiyonları ve akıcı antibiyotik kullanımı Öturm Başkanı: Doç. Dr. Ertuğrul TATLISUMAK</p> <p>Toplum kökenli patojenler ve akıcı antibiyotik kullanımı Doç. Dr. Tamer EDİRNE</p> <p>Çocuklarda akut bronşiyolit ve akıcı ilaç kullanımı Doç. Dr. Ayşe PALANDÜZ</p> <p>Akut bronşit tedavisi ve akıcı antibiyotik kullanımı Prof. Dr. Haluk ERKESÖY</p>	
15:30-16:00	Kahve Arası		
16:00-17:00	<p>ÇALIŞTAY 5 WONCA 2015 - 20. WONCA Avrupa Kongresi</p> <p>Konuşmacılar: Doç. Dr. Yeşim ÜNÇÜ Doç. Dr. Arzu UZUNER</p>	<p>UZMANINA DANIŞ 6 Kanserden korunma - kanser aşılama ve tanıma Moderatör: Uzm. Dr. Şevket AKAR</p> <p>Konuşmacı: Prof. Dr. Binaz DEMİRKAN</p>	<p>UZMANINA DANIŞ 7 Göz hastalıklarında erken tanı: Aile hekiminin görevleri Moderatör: Uzm. Dr. Emre ÇULHA</p> <p>Konuşmacı: Prof. Dr. Seyhan ÖZKAN</p>
17:00-18:00	<p>SÖZEL BİLDİRİLER 4 Öturm Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Melahat AKDEMİR</p> <p>S-013, S-014, S-015, S-016, S-017, S-018</p>	<p>UZMANINA DANIŞ 8 Çocukluk döneminde sık görülen ortopedik sorunlar Moderatör: Uzm. Dr. Ayden ÜNSAL AKSÖYEK</p> <p>Konuşmacı: Prof. Dr. Emre ÇULLU</p>	<p>OLGU TARTIŞMASI 2 Olgularla hipertansiyon tedavisi Moderatör: Uzm. Dr. Emrah KIRIMLI</p> <p>Konuşmacı: Doç. Dr. Okcan BASAT</p>
18:00-20:00	Akşam Yemeği ve Serbest Zaman		
20:00-22:00	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 12 Birinci basamakta ortopedik uygulamalar - İlk girişim, bantajlama, tıyama vb.</p> <p>Eğiticiler: Prof. Dr. İhan ÖZKAN Doç. Dr. Ahmet Muhtar ŞENÇELİ</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 13 Aile hekimliğinde jinekolojik bula ve pap smear alma</p> <p>Eğiticiler: Doç. Dr. Zeynep TUZCULAR VURAL Uzm. Dr. İpek GÖNENÇ</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 14 Fotoğraf Kursu</p> <p>Eğitici: Dr. M. Melan ÖZSARAC</p>

18 MAYIS 2012, Cuma

	D SALONU	E SALONU	F SALONU
08:30-09:30			
09:30-09:45		Ara	
09:45-11:00			
11:00-11:30		Kahve Arası	
11:30-12:30	ASM OTURUMLARI 3 Tartışmalı konular: Vergiler, otuz puanlar, performans kesintileri Konuşmacılar: Uzm. Dr. Ada DEMİZ Uzm. Dr. Teyfik SELVER		
12:30-14:00		Öğle Yemeği	
14:00-15:30			
15:30-16:00		Kahve Arası	
16:00-17:00	ASM OTURUMLARI 4 Aile hekimliğinde kayıtlar ve AHBS yazılım sorunları Konuşmacı: Uzm. Dr. Erdiç YAVUZ		
17:00-18:00	SÖZEL BİLDİRİLER 5 Oturum Başkanı: Uzm. Dr. F. Göktuğ ÇİHAN S-020, S-021, S-022, S-023, S-024		
18:00-20:00		Akşam Yemeği ve Serbest Zaman	
20:00-22:00	AKŞAM OKULU (KURS) 15 İNTK Ağı okulu II (Devam) Eğitçiler: Prof. Dr. Selim BADAİR Prof. Dr. Ener Çağrı DİNLEYİCİ Doç. Dr. Arzu UZUNER	+ 19:30 - 22:30 AKŞAM OKULU (KURS) 16 Düz grafik okuma Eğitçiler: Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜNGÖR Doç. Dr. Ali BALCI	AKŞAM OKULU (KURS) 17 Tütün kontrolü ve tütün bağımlılığı tedavisi kursu II (Devam) Eğitçiler: Uzm. Dr. Tijen ŞENGEZER Doç. Dr. Vildan MEVSİM Prof. Dr. Recep Erol SEZER Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR Doç. Dr. Pemra C. ÜNALAN Doç. Dr. Derya İnan AKBAYK

19 MAYIS 2012, Cumartesi

	A SALONU	B SALONU	C SALONU
08:30-09:30	KONFERANS 3 How to use learning goals in the vocational training? Oturum Başkanı: Prof. Dr. Süleyman GÖRBEKÇİOĞLU Konuşmacı: Dr. Nils Kristian KJAER		
09:30-09:45	Ara		
09:45-11:00	PANEL 10 Bellek bozuklukları: Unutkanlığı olan hastaya genel yaklaşım, Alzheimer Hastalığı, demansiyel süreçteki hastaların klinik basamakta izlem ve bakımı Oturum Başkanı: Doç. Dr. Enkan Mevlâ ŞAHİN Bellek bozuklukları: Yakıncıdan hasta yönetimine Doç. Dr. Mehmet KARTAL Alzheimer Hastalığı Prof. Dr. Hakan CÜRÜT Demansiyel süreçteki hastaların izlem ve bakımı Uzm. Dr. Nil TEKİN	PANEL 11 Depresyon ve anksiyete komorbiditesi Oturum Başkanı: Prof. Dr. Fâsın YARIŞ Depresyon ve anksiyete bozukluğu birikteliği Doç. Dr. Derya İnan AKBYİK Depresyon ve anksiyete bozukluğunda psikososyal tedavi Prof. Dr. Cengiz KILIÇ Depresyon ve anksiyete bozukluğu tedavisinde ilaç seçimi Prof. Dr. Tunç ALKIN	
11:00-11:30	Kahve Arası		
11:30-12:30	ÇALIŞTAY 6 EGPRN Araştırma ve yayıncılık Konuşmacılar: Prof. Dr. Mehmet UNGAN Doç. Dr. Pinar TOPSEVER	UZMANINA DANIŞ 9 Nöropatik ağrı Moderatör: Uzm. Dr. Zeynep GÜNAY Konuşmacı: Prof. Dr. Mustafa ERTAŞ	TARTIŞMA GRUPLARI 3 Obezite ve sağlıklı beslenme mümkün mü? Sorumlu: Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL Konuk Konuşmacı: Prof. Dr. Canan EFENDİGİL KARATAY Tartışmacılar: Yrd. Doç. Dr. Memet GÜK, Yrd. Doç. Dr. Canzde ERTEKİN BUCAKTEPE, Öğr. Gör. Dr. Ediz YILDIRIM, Uzm. Dr. Derya Nurhan ELÇİM
12:30-14:00	Öğle Yemeği		
14:00-15:30	PANEL 12 Halsizlik - Güçsüzlük - İhtiklik - Yorgunluk - Anemiler, Depresyon, Kalp yetmezliği, Hipotirozid Oturum Başkanı: Doç. Dr. İsmet TAMER Yakıncıdan tanıya Doç. Dr. Bektaş Murat YALÇIN Anemiler Doç. Dr. Enol AKTUNÇ Aile hekimliğinde kalp yetmezliği yönetimi Doç. Dr. İsmet TAMER	PANEL 13 ASH'de jinekolojik değerlendirme ve ilaçla sorunlar Oturum Başkanı: Prof. Dr. Selma ÇİYİ Vulvovajinitler Yrd. Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN Pelvik relaksasyon Doç. Dr. Müge ALVUR Vajinal kanamalar Prof. Dr. Selma ÇİYİ	
15:30-16:00	Kahve Arası		
16:00-17:00	ÇALIŞTAY 7 VASCO DA GAMA hareketi - Genç aile hekimleri ne yapıyor? Aile hekimliği Avrupa deneyimini ve Türkiye karşılaştırması Konuşmacılar: Uzm. Dr. Zeynel AKBAYIN, Uzm. Dr. Özgür ERDEM, Uzm. Dr. Hüseyin CAN, Uzm. Dr. Hayriye KÜLBAY, Uzm. Dr. Murat ALTUNTAŞ	ÇALIŞTAY 8 Türkiye Aile Hekimliği Dergisi - Yeni dönem, yeni hedefler Konuşmacılar: Doç. Dr. Mehmet AKMAN Uzm. Dr. Sığdır COŞKUN	UZMANINA DANIŞ 10 GDO'lu gıdalar ve gıda güvenliği Moderatör: Uzm. Dr. Kasım İNALAN Konuşmacı: Prof. Dr. Rengin ERDAL
17:00-18:00	SÖZEL BİLDİRİLER 6 Oturum Başkanı Doç. Dr. Hülya AKAN S-025, S-026, S-027, S-028, S-030	UZMANINA DANIŞ 11 Sağlıkla yaşlanma ve geniyatrik değerlendirme Moderatör: Uzm. Dr. Sibel CÖĞEN Konuşmacılar: Doç. Dr. Serap ÇİFTÇİ Prof. Dr. Hakan YAMAN	OLGU TARTIŞMASI 3 Olgular ışığında deri mantarları Moderatör: Doç. Dr. Kamile MARIKOĞLU Konuşmacı: Yrd. Doç. Dr. Gülüm GENÇOĞLAN
19:30-20:30	19 Mayıs Atatürk'ü Anma ve Gençlik ve Spor Bayramı & Dünya Aile Hekimleri Günü Kutlama Töreni		

19 MAYIS 2012, Cumartesi

	D SALONU	E SALONU	F SALONU
08:30-09:30			
09:30-09:45		Ara	
09:45-11:00			
11:00-11:30		Kahve Arası	
11:30-12:30	ASM OTURUMLARI 5 SGK ve SUT: Sorunlar devam ediyor		
12:30-14:00	Konuşmacılar: Uzm. Dr. Levent Tuna ŞENGÖZ Dr. Cemil İskit SÖNMEZ		
14:00-15:30		Öğle Yemeği	
15:30-16:00		Kahve Arası	
16:00-17:00	ASM OTURUMLARI 6 Ofis ve personel yönetimi - kirtz yönetimi		
17:00-18:00	Konuşmacılar: Uzm. Dr. Selami İBROĞLU Uzm. Dr. Dilek KUŞASLAN		
18:00-19:00	SÖZEL BİLDİRİLER 7 Oturum Başkanı: Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇAHAN S-031, S-032, S-033, S-034, S-035, S-036		
19:30-20:30			

20 MAYIS 2012, Pazar

20 Mayıs 2012 tarihinde gerçekleştirilmesi planlanan Akşam Okullarının (Kursların) tekrarları, ancak 16-17-18 Mayıs tarihlerinde yapılacak olan bu kurslara kontenjandan fazla talep olması halinde gerçekleştirilecektir.

	A SALONU	B SALONU	C SALONU
09:00-13:00	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 18 3NİK ağı okulu I ve II (Tekrar)</p> <p>Eğitçiler: Prof. Dr. Selim BADUR Prof. Dr. Ener Çağrı DÖNLENYİCİ Doç. Dr. Arzu UZUNER</p>	<p>AKŞAM OKULU (KURS) 19 Aile helikopterinde ultrasonografi kullanımı I ve II (Tekrar)</p> <p>Eğitçiler: Prof. Dr. Hüseyin Arslan ŞAHİN Prof. Dr. Güler ŞAHİN Uzm. Dr. Fusun SÖZEN</p>	<p>09:00-12:00 AKŞAM OKULU (KURS) 20 Düz grafi okuma (Tekrar)</p> <p>Eğitçiler: Öğr. Grv. Dr. Tolga GÖNMAK Doç. Dr. Ali BALCI</p>
	D SALONU	E SALONU	F SALONU
09:00-13:00	<p>09:00 - 11:00 AKŞAM OKULU (KURS) 21 Olgularla ve uygulamalı olarak temel nörolojik değerlendirme (Tekrar)</p> <p>Eğitçiler: Yrd. Doç. Dr. Dilaver KAYA Öğr. Grv. Dr. Çiğdem APAYDIN KAYA</p>	<p>09:00 - 11:00 AKŞAM OKULU (KURS) 22 <i>Life</i> 'nin destekleriyle Dişabette insülin tedavisi ve insülin kullanımı (Tekrar)</p> <p>Eğitçiler: Uzm. Dr. Zühal SAÇLAM Uzm. Dr. Elif ATEŞ</p>	



Açılış Kokteyli

Tarih : 16 Mayıs 2012, Çarşamba

Saat : 18:30 - 19:30

Yer : Çim alan (Futbol sahası yanı)

Program : Blue Life müzik grubu



Meltem Söylemez Resim Sergisi "SOYUT İMGELER"

Tarih : 16-20 Mayıs 2012

Yer : Kongre Merkezi Fuayeleri

Açılış : 16 Mayıs 2012, Çarşamba, 19:30



Hakan Öz Saraç Fotoğraf Sergisi "DÜNYA'DAN MANZARALAR"

Tarih : 16-20 Mayıs 2012

Yer : Kongre Merkezi Fuayeleri



19 Mayıs Atatürk'ü Anma ve Gençlik ve Spor Bayramı & Dünya Aile Hekimleri Günü Kutlama Töreni

Tarih : 19 Mayıs 2012, Cumartesi

Saat : 19:30 - 20:30

Yer : A Salonu

KONUŞMA ÖZETLERİ

AÇILIŞ PANELİ (PANEL 1)

Bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele programları

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR

Konuşmacılar:

Doç. Dr. Adem ÖZKARA

Uzm. Dr. A. Refik İMAMECİOĞLU

Doç. Dr. Serdar GÜLER

Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU

Prof. Dr. Çetin EROL

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLARDA YAŞAM KALİTESİNİN YÜKSELTİLMESİ: DİYABETİK HASTALAR İÇİN YOL HARİTASI

Doç. Dr. Adem ÖZKARA

S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Yirminci yüzyılda dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin artmasına neden olmuştur. Yaşam süresinin uzaması, istenen bir şey olmakla birlikte, paralelinde bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların görülme sıklığında artış meydana getirmiştir. Yaşlı nüfusun genç nüfusa oranla daha hızlı artması, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklara doğru kaymasına yol açmıştır.

Her yıl dünyada 8 ile 14 milyon insan diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi diğer kronik hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir. Yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte, gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde özellikle Tip 2 diyabet prevalansı hızla yükselmektedir. Hem gelişmekte olan ülkelerde, hem de bu ülkelerden gelişmiş ülkelere göç eden topluluklarda diyabet epidemisinde bahsedilmektedir.

Ocak 2010 - Haziran 2010 tarihleri arasında ülke genelinde 15 ilden 540 merkezde gerçekleştirilen ve random olarak seçilmiş 20 yaş üstü 26499 kişiyi kapsayan "Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması"nın (TURDEP-II) sonuçlarına göre ülkemizde Tip 2 diyabet prevalansının %13,7' ye ulaştığı görülmüştür. Bir başka ifadeyle ülkemizde Tip 2 diyabet hastalığı ve bozulmuş glukoz toleransı 20 milyondan fazla kişiyi ilgilendirmektedir. Ulusal Hastalık Yüklü çalışması 2004 yılı verilerine göre diyabet, Türkiye'de ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 10 hastalık arasında %2,2 ile 8. sırada yer almaktadır.

Hastalığın ortak sonucu olan kan şekeri yüksekliği (hiperglisemi) kontrol altına alınamazsa, zaman içinde diyabetin kronik komplikasyonları olarak kabul edilen retinopati, nefropati, periferik ve otonom nöropati gibi mikrovasküler düzeydeki problemlerden kaynaklanan komplikasyonlara yol açar. Diyabetin varlığı, koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik damar hastalıkları gibi makrovasküler sorunların daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına ve prognozu daha da kötüleştirmesine de neden olabilir. Böylece diyabet, hastaların yaşam kalitesini düşürdüğü gibi yaşam süresini de kısaltabilir. Çeşitli çalışmalarda diyabetin, yaşam süresini beş ile on yıl arasında kısalttığı gösterilmiştir.

Türkiye'de toplumun geniş bir kesimini ve bu kesimin yaşam kalitesini etkileyen diyabet hastalığı ile mücadele için başlatılan "Türkiye diyabet önleme ve kontrol programı" DİABTÜRK' ün vizyonu "Diyabetin önlendiği, yurdun tamamında etkin bir diyabet yönetiminin sağlandığı, diyabetik hastaların yaşam kalitesi yüksek bir Türkiye" dir. Program dahilinde oluşturulan eylem planının hedefi, diyabet

hastalığı hakkında toplumu bilgilendirmek, risk faktörleri konusunda kalıcı davranış değişikliklerini sağlamak için çalışmalar yürütmek, hastalığı erken dönemde saptayarak, ilerlemesini önlemek, hastalığın etkin tedavisini sağlamak, komplikasyonların gelişimini önlemek ve bu hastalığa yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması, etkin sürveyanslarının yapılması suretiyle bireylerin sağlık açısından kalitesi yüksek bir hayat sürdürmelerini sağlamaktır.

Türkiye diyabet önleme ve kontrol programının ana hedeflerinden birisi olan ve vizyonu ile uyumlu olarak "diyabetli hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi"ne yönelik üç hedef belirlenmiştir. Bu hedefler; diyabetli bireylerin diyabetin daha iyi yönetimi için gereken entegre sağlık hizmetine erişiminin sağlanması, kentsel çevre ve toplu yaşam alanlarının diyabetin önlenmesini ve iyi yönetilmesini kolaylaştırıcı nitelikte düzenlenmesi ve diyabetli bireylere yönelik bakım hizmetlerinin (öz bakım, evde bakım vb.) geliştirilmesidir. Böylece DİABTÜRK ulusal eylem planı sonucunda, diyabetli bireylerin sağlıklılık algısının 10 yıl içinde %50 iyileştirilmesi sağlanmış olacaktır.

Diyabetin yönetiminde sağlık hizmetlerinin organizasyonu, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile farklı uzmanlıklar arasındaki ilişkilerin ve sorumlulukların tanımlanması, entegre sağlık hizmet sunumunun temel hedefidir. Bu yapılanma içinde hem her sağlık basamağının kendisi içerisinde hem de diğer basamaklarla belirlenmiş bir iletişim sağlanacaktır. Hastanın merkezde olduğu multidisipliner ekipte yer alacak bütün sağlık profesyonellerinin iyi diyabet bakımına yönelik eğitim ihtiyaçları karşılanacaktır.

Toplu yaşanan ve çalışılan yerler (yurt, okul, işyeri, cezaevi, kışla) için yeterli fiziksel aktivite alanlarının oluşturulması, buralarda sunulan beslenme hizmetlerinin, obezite ve diyabeti önleyecek nitelikte geliştirilmesi gerekmektedir. Yukarıda sayılan kurum yetkilileri ve çalışanların diyabet konusunda bilinçlendirilmesine yönelik eğitimler planlanacaktır. Bunlardan başka fiziksel aktiviteye teşvik edecek şekilde planlamalar icra eden ve sağlıklı yaşamı teşvik programları yürüten diyabet dostu kentlerin oluşturulması ikinci hedefin başlıca etkinliklerindedir.

Sonuç olarak diyabet hastalarının yaşam kalitesinin yükseltilmesi sürekli bir süreç olup çok paydaşın yer aldığı ve multidisipliner bir yaklaşım gerektiren önemli bir sağlık sorunudur.

TÜRKİYE DİYABET ÖNLEME VE KONTROL PROGRAMI EYLEM PLANI

Doç. Dr. Serdar GÜLER

S.B. Ankara Numune Eğ. ve Arşt. Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, Ankara

Ülkemizde diyabet ve obezite prevalansı giderek artmaktadır. Sosyal ve ekonomik ilerlemelerin ortaya çıkardığı dengesiz beslenme ve hareketsiz yaşam tarzı bu artışta önemli rol almaktadır. Bu artış ile birlikte enfeksiyon hastalıklarında sağlanan ciddi önleme ve tedavi gelişmeleri bulaşıcı olmayan kronik hastalıkları önlem alınması gereken en önemli konu haline getirmiştir. 2009 sonlarında başlayan çalışmalar sonucunda büyük bir katılım ile ülkemizde diyabet ve obeziteye yönelik eylem planlarını oluşturduk. Diyabet Önleme ve Kontrol Programı /Eylem Planı (DIABTÜRK) halen 11 alt yürütme kurulu ile eylem aşamasındadır. Sağlık Bakanlığı son yapılanmasında Halka Sağlığı Kurumuna bağlı ayrı bir daire başkanlığı açarak konuya verdiği önemi bir kez daha göstermiştir. Eylem planı özünde diyabetle birincil derecede ilgilenecek hekimler olan Aile Hekimleri, Aile Hekimliği uzmanları, İç Hastalıkları uzmanları ve Endokrinologlar arasında ciddi bir iletişim platformu oluşturmaya ve hizmet içi eğitimleri yapmaya çalışılmaktadır. Bunları destekleyici olarak hastaların ve diyabetli olmayan nüfusun eğitimi, entegre sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılması, diyabet ve prediyabet hastalarının tümünün kayıt altına alınması gibi örnekler verebiliriz. Programın detaylarına www.diyabet.gov.tr ve www.diabturk.gov.tr adreslerinden ulaşılabilir.

AKŞAM OKULU (KURS)

Tütün kontrolü ve tütün bağımlılığı tedavi kursu I- II-III

Eğiticiler: Uzm. Dr. Tijen ŞENGEZER, Doç. Dr. Vildan MEVSİM, Prof. Dr. Recep Erol SEZER, Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR, Doç. Dr. Pemra C. ÜNALAN, Doç. Dr. Derya İren AKBIYIK

AMAC

Bu kursun sonunda hekimlerin, tütün kontrolü konusunda güncel bilgiler ışığında tütün kontrolü çalışmalarına topluma dayalı bir yaklaşımla katkı-destek vermeleri ve tütün bağımlılığı ile ilgili kendilerine başvuran bireylere uygun yaklaşımları uygulayabilmeleri amaçlanmaktadır.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu amaca ulaşabilmek için katılımcılar;
Tütün kontrolünün gerekçesini sıralayabilecekler,
Tütün kontrolü çalışmalarında hekim rolünü söyleyebilecekler,
Tütün kullanımının sağlık ve diğer risklerini sıralayabilecekler,
Tütün kullanımı için risk gruplarını sayabilecekler,
Tütün kontrolü ile ilgili uluslar arası ve ulusal düzenlemeleri söyleyebilecekler,
Tütün bağımlılığı ile ilgili temel bilgileri açıklayabilecekler,
Tütün bağımlısı ile görüşmenin temel ilkelerini sayabilecekler
Tütün bağımlılığı ile ilgili farmakolojik ve davranışsal yaklaşımları tanımlayabilecekler,
Birinci basamakta sigara bırakma yaklaşımlarını bilerek kendilerine başvuran bireylere yaklaşım, tedavi dahil doğru uygulamaları yapabilecekler,

16 Mayıs 2012, Çarşamba / 1. Bölüm; 20:00-22:00

20:00 – 20:20 Açılış ve tanışma

Beklentilerin Alınması

Program ile Amaç ve Öğrenim Hedeflerinin paylaşılması

20:20 – 21:10 Tütün Kontrolünün Gerekçesi ve Hekim Rolü

Tütün Kullanımının Zararları; Riskler ve Tehditler, Bırakmanın Yararları

Tütün Kullanımı ve Risk Gruplarına Yönelik Politikalar/Önlemler

Prof. Dr. Nafiz BOZDEMİR

21:10 – 22:00 Tütün Bağımlılığı ve Nörobijolojisi

Prof. Dr. Recep Erol SEZER

17 Mayıs 2012, Perşembe / 2. Bölüm; 20:00 – 22:00

20:00 – 20:50 Tütün Bağımlılığında Psikososyal Değerlendirme ve Tedavi İçin Görüşme İlkeleri

Doç.Dr. Derya İren Akbıyık

20:50-21:00 Ara

21:00 – 21:50 Tütün Bağımlılığın Farmakolojik Tedavisi

Doç. Dr. Vildan MEVSİM

18 Mayıs 2012, Cuma / 3. Bölüm; 20:00 – 22:00

20:00 – 22:00 Uygulama (Olgu sunumları, Oyunlaştırma, Tartışma vb)

Geri Bildirim alınması ve Katılım Belgelerinin verilmesi

Uzm. Dr. Tijen ŞENGEZER, Doç. Dr. Pemra C. ÜNALAN

AKŞAM OKULU (KURS)

Birinci basamakta toksikoloji ve teratojenite I - II

Eğiticiler: Prof. Dr. Sedef GİDENER, Yrd. Doç. Dr. Aylin ARICI

Yardımcı Eğitici: Uzm. Dr. Uğur BİLGE

BİRİNCİ BASAMAKTA TOKSİKOLOJİ VE TERATOJENİTE

Prof. Dr. Sedef GİDENER, Yrd. Doç. Dr. Aylin ARICI

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı, İzmir

Birinci Basamakta Toksikoloji

Toksin ve Toksikoloji ile ilgili genel kavramlar

Toksikoloji, Organizma üzerine zararlı etkileri olan kimyasalların etkilerini inceleyen bilim dalıdır. Toksin, Biyolojik sistemde istenmeyen etkiler, fonksiyonel olarak hasar oluşturabilen ve ölüme neden olabilen herhangi bir maddedir.

Toksikolojinin çalışma alanları, kimyasalların zararlı etkilerini tanımlamak, çevrede bulunan kimyasalların konsantrasyon ile ilişkili olarak organizmaya zararını değerlendirmek, kimyasalların zararlı etkilerinin kontrolü, önlenmesi için çalışmalarda bulunmaktadır.

Toksikoloji'nin babası kabul edilen Paraselsus'a göre "Her ilaç zehirdir, ilaç ile zehiri birbirinden ayıran dozudur".

Çevremiz zehirler açısından oldukça zengindir. Tedavi amacıyla kullanımlarının üstündeki dozlarda ilaçlar, günlük hayatımızda kullandığımız deterjanlar, çamaşır suları, evlerimizdeki bazı bitkiler, soba ya da şofben kaynaklı karbonmonoksit gazı, toplama mantarlar ve pek çok madde ile zehirlenilebilir.

Zehirlenmelerin epidemiyolojik özellikleri

Zehirlenmelerin sıklığı ve özellikleri bölgeden bölgeye değişse de genellikle ilaçlarla zehirlenmelere daha sık karşılaşılmaktadır. Amerika Zehir Danışma Merkezleri Birliği'nin 2010 yılı raporunda analjezik (%9.7) zehirlenmelerini, kozmetik (%9.7) ve kostik maddelerle (%8.4) zehirlenmelerin izlediği gözlenmektedir. Dokuz Eylül Üniversitesi, Zehir Danışma Merkezi 2007 yılı raporunda da zehirlenmelerin en sık etkeninin ilaçlar olduğu, ilaçlardan da analjeziklerin (%15.5) ve antidepressanların (%13.5) en sık maruz kalınan ilaç grupları, bunlardan da parasetamol (%11.8) ve amitriptilininin (%3.9) en sık içilen ilaçlar olduğu bildirilmiştir.

Zehirlenmelerde gözlenen klinik bulgular

Farklı zehirlenme etkenleri ile karşılaşıldığında lokal ya da sistemik toksik bulgular ortaya çıkabilir. Vücudun belirli bir noktasında kızarıklık, ağrı, döküntü, kaşıntı, nekroz, vezikül gelişimi lokal bulgular arasında sayılabilir. Bulantı, kusma, diyare, baş ağrısı, baş dönmesi, tinnitus, karın ağrısı, sekresyon artışı, terleme, ciltte kuruluk, miyozis, midriazis, bilinç kaybı, konvülsiyon, solunum sıkıntısı, bradikardi, taşikardi, hipotansiyon, hipertansiyon, aritmi gibi farklı sistemleri ilgilendiren klinik bulgular gözlenebilir. Bu nedenle hekimlerin, toksinlerin hangi sistemler üzerinde klinik bulgu oluşturacağı konusunda bilgili olmaları önem taşımaktadır.

Zehirlenme etkenleri ile karşılaşıldığında, öncelikle maruz kalınan etkenin, maruz kalım yolunun, zamanının, miktarının iyi tanımlanması gereklidir. Bir kutu içinde yer alan bir maddeyse, kutunun içeriğinin tanımlanması çok önemlidir. Bir etkene maruz kaldığı düşünülen kişide, maruz kalınan maddeye yönelik olarak toksik sendromların bilinmesi ayırıcı tanı açısından çok önemlidir.

Toksik sendromlar

Kolinerjik sendrom: Tükrük ve göz yaşı salgısında artma, terleme, bulantı, kusma, idrar ve gayta kaçırma, kas kasılmaları, bronş sekresyonlarında artış ile karakterizedir. Organik fosforlu ve karbamatlı insektisidler ile fizostigmin, neostigmin, piridostigmin ve benzeri antikolinesterazlar ve bazı mantarlar kolinerjik sendrom gelişmesine neden olurlar.

Antikolinerjik sendrom: Deliryum, midriazis, kuru-kırmızı deri, idrar retansiyonu, ağız kuruluğu, barsak seslerinde azalma ile karakterizedir. Atropin, skopolamin, antihistaminikler, antiparkinson ilaçlar, antipsikotikler, bazı tür mantarlar, boru otu antikolinerjik sendroma neden olur.

Sempatikomimetik sendrom: Psikomotor ajitasyon, midriazis, terleme, taşikardi, hipertansiyon, hipertermi, nöbet ile karakterizedir. Kokain, amfetamin gibi maddeler sempatikomimetik sendroma neden olur.

Opioiderjik sendrom: Merkezi sinir sistemi baskılanması, solunum baskılanması ve miyozis ile karakterizedir. Eroin ve morfin, opioiderjik sendroma neden olur.

Zehirlenmelerde tanı

Zehirlenme tanısının konabilmesi için öncelikle şüphelenmek gereklidir. Etrafta boş ilaç şişelerinin olması, öyküde ilaç ya da kimyasal madde alımı, özellikle çocukların ilaç şişeleriyle oynar şekilde bulunmaları, ağızlarında pil, çiçek tohumu bulunması zehirlenmeyi düşündürülebilir. Zehirlenme tanısının konmasında, zehirli bir maddeye maruz kalımdan kuşkulanıyorsa, hastadan ya da yakınlarından alınacak ayrıntılı öykünün önemi büyüktür. Maruz kalınan madde ya da ilacın miktarı, maruz kalım zamanı, nedeni, hatta evde var olan ilaçların sorgulanması önemlidir.

Zehirlenme yollarına göre tedaviler

Zehirlenmeler, oral, dermal, inhalasyon, göz ya da ısırma ve sokma yoluyla gerçekleşebilirler. Çocuklarda deri yoluyla maruz kalımlarda yüzey alanı geniş ve derinin yağ içeriği fazla olduğundan toksisite gelişme olasılığı yetişkinlerden fazladır. Özellikle kırsal alanda, ısırma ve sokmalara rastlanabilir. Yılan ve örümcek ısırılmaları ile akrep sokmaları açısından, 8 yaş altı çocuklar, 65 yaş üzeri erişkinler ve diyabet, kalp hastalığı gibi kronik hastalık hikayesi olan kişiler daha risklidir. Isırma ya da sokmalarda, yara yeri bakımı, tetanoz profilaksisi ve semptomatik destek tedavi yanında sistemik bulguların varlığında antivenom, uygulaması düşünülebilir.

Zehirlenme durumlarında, toksik etkenin vücuttan uzaklaştırılması önem taşımaktadır. Toksik etkene maruz kalım, dermal yolla olduğunda, giysilerin çıkarılarak bol suyla yıkanması önemlidir. Göz yoluyla maruziyetlerde de, kontakt lensler çıkarılmalı, göz bol su ile minimum 15 dakika kadar yıkanmalı ve gözde ağrı, hiperemi, görme güçlüğü varsa, hasta bir göz hekimi tarafından değerlendirilmelidir. Eğer maruz kalım, inhalasyon yoluyla ise, hastanın ortamdaki uzaklaştırılması ve gelişen bulgulara ve toksinin özelliğine uygun tedavi yaklaşımı uygulanması önemlidir.

Oral yolla alınan toksik maddelerin uzaklaştırılması içinse, gastrointestinal dekontaminasyon yöntemleri uygulanır. Kusturma, artık çok önerilmeyen bir yöntemdir, kusmanın uzun sürmesinin aktif kömür uygulamasını geciktireceği düşünülmektedir. Ancak toksik dozda ilaç almış çocuklarda, hastaneye başvurudan önce ancak ilk yarım saat içinde uygulanabilir. Ancak, özellikle koroziv madde, hidrokarbon alımlarında, ya da bilinci kapatici özelliği olan alkol, antidepresanlar ya da antipsikotik alımlarında, 6 aylıktan küçük çocuklarda kesinlikle uygulanmaması gerekmektedir. Ülkemizde kusturucu özelliği olan İpeka şurubu bulunmamaktadır ve Amerika'da da kullanımı azalmıştır. Kusturma tuzlu suyla da yapılmamalıdır.

Mide yıkama da ilk 1 saat içinde toksik miktarda alım varsa uygulanabilir. Ancak etkililiği son yıllarda sorgulanmakta ve bazı zehirlenmelerde artık önerilmemektedir. Özellikle küçük çocuklarda, orogastrik tüpün çapının küçük olmasının büyük ilaç partiküllerini zor uzaklaştıracağından etkili olmayabileceği düşünülmektedir. Diğer bir dekontaminasyon yöntemi de aktif kömür içirilmesidir. Aktif kömür (Char Flo® 240 ml sıvı hacminde 50 g aktif karbon), toksinleri bağlayarak gastrointestinal kanaldan emilimini önler. Toksik miktarda alımlarda alımı izleyen ilk 1 saat içinde uygulanmalıdır. Oral verilecekse kötü görünümü ve tadını azaltmak için meyve suyu içerisine konabilir. Aktif kömür, kusmaya neden olabileceğinden, aktif kömür verilmesi sırasında, hava yolu açıklığının korunmasının büyük önemi bulunmaktadır. Aktif kömür, lityum, ağır metaller, metanol gibi bazı zehirlenme etkenlerini bağlamaz. Fenobarbital, teofilin, trisiklik antidepresanlar, digoksin, karbamazepin, gibi bazı zehirlenmelerde de enterohepatik dolaşıma girmeleri nedeniyle 4-6 saate bir tekrarlayan dozda aktif kömür uygulanabilir.

Toksinlerin alt gastrointestinal sistemden uzaklaştırılmasında, katartikler uygulanabilir ya da tüm barsak irigasyonu yapılabilir.

Ayrıca bazı zehirlenme etkenlerinde, eliminasyonu artırıcı yöntemlerden idrar alkalinizasyonu, hemodiyaliz, hemoperfüzyon, exchange transfüzyon ileri merkezlerde uygulanabilir.

Bazı zehirlenmelerin tedavisinde de antidot kullanılması, zehirlenmenin toksik etkilerini azaltır ve hayat kurtarıcı olabilir. Parasetamol, organofosfat, opioid, metanol, demir gibi zehirlenmeler, antidotun hayat kurtarıcı olabildiği zehirlenmelerdir.

Ülkemizde zehirlenmelere yönelik danışmanlık hizmeti veren “Ulusal Uehir Danışma Merkezi” (UZEM) (114) ve “Dokuz Eylül Üniversitesi İlaç ve Zehir Danışma Merkezi” (0 232 412 39 39) olmak üzere iki merkez bulunmaktadır.

Dokuz Eylül Üniversitesi İlaç ve Zehir Danışma Merkezi

Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) İlaç ve Zehir Danışma Merkezi (ZDM), 1993 yılı Ocak ayında Amerika’da bir Zehir Danışma Merkezi’nde bir yıl süre ile eğitim almış hocamız Prof. Dr. Yeşim Tunçok tarafından kurulmuştur. Kendisi halen merkezimizin sorumlusudur. ZDM’nin temel amacı, tıp doktorlarına, diğer sağlık personeline, zehirlenmeler konusunda danışmanlık hizmeti vermek, halkın zehirlenmeler ile ilgili sorularını yanıtlamaktır. Ayrıca, zehirlenmelerin önlenmesi konusunda halkı ve sağlık mensuplarını bilgilendirmek de amaçlarımız arasındadır. Zehirlenme durumlarında, ne yapılması gerektiği ile ilgili danışmanlık hizmetimiz yanında ilaçların başka ilaçlarla, besinlerle birlikte kullanımlarında gözlenen ilaç etkileşimleri, ilaçların kullanılmaması gereken durumlar, tedavide kullanılan ilaçların dozları, organ yetmezliklerinde ilaçların dozlarının ayarlanması gibi konularda da danışmanlık hizmeti veriyoruz.

Arayan kişiye, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı’nda görevli 3 Profesör, 1 Doçent, 2 yardımcı Doçent ve 2 Asistan olmak üzere zehirlenmeler konusunda uzman Tıp Doktoru Farmakologlar yardımcı olmaktadır. Merkezimiz mesai saatleri içerisinde tüm Türkiye tarafından aranabilmekte ancak mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde sadece Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden gelen telefonlara yanıt vermektedir. Telefonda, öncelikle zehirlenen hastaya yönelik bilgiler alındıktan sonra, zehirlenme etkenine yönelik en güncel yaklaşımlar, uygulanması gereken arındırma yöntemleri, antidot gereksinimi olup olmadığı arayan sağlık mensubuna iletilmektedir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden gelen tüm çağrılar için, geri aranarak hastaların durumları takip edilmekte ve Dokuz Eylül dışındaki hastanelerden gelen, ciddi zehirlenme bulguları olan hastalar da aranarak zehirlenmelerin sonuçları konusunda bilgi edinilmektedir. Edinilen veriler de düzenli olarak veri tabanımıza işlenmektedir.

Birinci Basamakta Zehirlenmelere Yaklaşım

Daha önce de belirtildiği gibi, zehirlenme tanısı koyabilmek için öncelikle zehirlenmeden şüphelenilmesi gerekmektedir. Şüphe de ancak bu konuda bilgi sahibi olmakla mümkündür. Birinci basamakta müdahale edilebilecek zehirlenmelerin sayısı az olsa da ilaç ve Zehir Danışma Merkezimize yapılan aramalardan, zehirlenen hastaların bu merkezlere de başvurabildiğini görmekteyiz. Bu nedenle Aile Sağlığı Merkezi (ASM) hekimlerinin zehirlenmeler konusunda bilgili olmaları ve hastaları nasıl yönlendireceklerini bilmeleri büyük önem taşımaktadır. Öncelikle, ilaçların hangi dozlarda alımları durumunda toksik oldukları, hangi maddelere ya da ilaçlara maruziyet durumunda bulguların geç dönemde ortaya çıkabileceği, hangi zehirlenmelerde bir üst basamağa sevk durumunda, sevk ambulans ile yapılması gerektiği, zehirlenmeler açısından riskli hasta gruplarının bilinmesi önemlidir. Ayrıca özellikle sindirim yolu ile zehirlenmelerde, etkenin uzaklaştırılma yollarından biri olan kusturmanın artık geçerli olmadığı ve halk tarafından zehirli maddelerin etkisini ortadan kaldıracığı düşünülen yoğurt yedirilmesinin de zararlı etkiler oluşturabileceğinin halka öğretilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu nedenle ASM hekimlerinin, zehirlenme etkenlerine maruz kalım durumunda öncelikle, maruz kalınan etkeni tanımlayabilmeleri ve zehirlenmeler konusunda danışmanlık hizmeti veren ilaç ve Zehir Danışma Merkezlerini arayarak, telefonda danışmanlık veren sağlık mensubunun, maruz kalınan etkene yönelik sorularını cevapladıktan sonra uyarılarına göre hareket etmeleri gereklidir.

Aslında zehirlenmeleri tedavi etmekten daha önemli olan konu, zehirlenmelerin ortaya çıkmasını önlemektir. Tüm ilaçların, kimyasal maddelerin çocukların erişemeyeceği yerlerde saklanması, temizlik maddelerinin, tarım alanında kullanılan böcek ilaçlarının su şişesi gibi yiyecek ve içecek ile ilgili kaplarda saklanmaması, ilaçların çocuklara şeker olarak tanıtılmaması, bacaların bakımının düzenli olarak yapılması, toplama mantar yememe konusunda ve ilaç ve Zehir Danışma Merkezlerinin varlığı konusunda halkın bilinçlendirilmesi ve bilgilendirilmesi önemlidir.

Bu kurs programı içerisinde ilaçlarla zehirlenmeler içerisinde birinci basamakta en sık karşılaşılabilecek olan zehirlenme etkenlerine yönelik pratik bilgiler verilecektir. Hangi durumlarda zehirlenmeden şüphelenilmeli, zehirlenme durumlarında nasıl davranılmalı ve hangi zehirlenmelere birinci basamakta müdahale edilmelidir? gibi sorulara yanıt aranacaktır.

Ayrıca halk tarafından, tamamen zararsız olduğu düşünüldüğünden kontrolsüz şekilde kullanılan bitkisel ürünlerin, hastaların diğer kullandıkları ilaçlar ile etkileşerek ya da direk kendi etkileri nedeni ile toksik etkiler oluşturabileceğine dair olgu örnekleri verilerek bu konuya da ilgi çekilecektir. Tüm durumlar, olgu örnekleri üzerinden tartışılacaktır.

Birinci Basamakta Teratojenite

Teratojenite ile ilgili tanımlar

Teratojen (Teratos); Embriyo-fötal dönemde maruz kalındığında, fötusun normal gelişimini engelleyen, çeşitli anomalilere yol açan kimyasallar, bazı bakteriler ve virüsler, çevresel ajanlar, fiziksel faktörler ya da ilaçlar teratojendir.

Teratojenezis; Bazı ilaç ve kimyasal maddelerin gebelerde plasentadan fötal dolaşıma geçerek fötusta şekil ve gelişim bozukluklarına neden olmasıdır.

Teratoloji; Teratojenlerin neden olduğu doğumsal anomalileri inceleyen bilim dalıdır. Gebelik döneminde kullanılan çeşitli ilaçların ya da maruz kalınan kimyasalların gelişen fetus üzerinde zararlı etkileri olabileceği, 1960'lı yıllarda anneleri Talidomid kullanan yaklaşık 10,000 bebeğin

fokomelili doğmasından sonra fark edilmiştir. Bu olaydan sonra tüm dünyada bu konuda araştırmalar yapılmaya başlanmıştır ve teratojenite bilgi servisleri (TBS) kurulmuştur.

Gebelik dönemi, özel bir süreçtir ve bazı anne adayları herhangi bir rahatsızlıkları nedeniyle ilaç kullanırken, gebe kalabilmektedir ya da bazı anne adayları kronik hastalıkları nedeniyle gebelikleri boyunca ilaç kullanmak durumundadırlar. Yapılan çalışmalar, teratojenik etki riskinin maruz kalınan ilacın dozu, kullanım sıklığı ve kullanım süresi ile doğru orantılı olarak arttığını göstermektedir.

Yapılmış olan araştırmalarda, gebelerde, özellikle antibiyotik, analjezik grubu ilaçların kullanımının oldukça yaygın olduğu göze çarpmaktadır. Bazı çalışmalarda da antipsikotiklerin ve antidepresanların ön planda olduğu gözlenmektedir. Dolayısı ile ilaçların kullanılma sıklıkları da toplumun özelliklerine göre değişmektedir.

Gebelikte ilaç kullanımına bağlı teratojenik etkiler (Tablo)

Gebelik döneminde, etkene maruz kalınan döneme göre farklı teratojenik etkiler ortaya çıkabilir. Örneğin; gebeliğin 21–22. günlerinde talidomid alındığında dış kulak oluşmaz, 24. ve 27. günler arasında alınırsa fokomeli oluşur, 34. ve 36. günler arasında alınırsa anorektal stenoz ve atrezi görülür. 36. günden sonra ise teratojenik olmadığı kabul edilir. Doğuma yakın ya da doğum sırasında uygulanan ilaçlar, fötusta geçici fonksiyon bozukluğuna neden olabilir. Ancak, gebelik döneminde organogenez döneminde yani gebeliğin ilk trimestrinde ilaçlara ya da radyasyona maruz kalma durumu daha risklidir. Ancak diğer trimestrlerde de teratojenik etki gelişimine neden olan ilaçlar vardır.

İlaç	Etki
Anjiyotensin konverting Enzim inh (ACE)	2. ve 3. trimestirde fetal böbrek hipoperfüzyonu ile sonlanan fetal hipotansiyon sendromu. Anüri, oligohidramniyoz, pulmoner hipoplazi, kraniyal kemik hipoplazisi
Kokain	Gebeliğin kaybı, çok düşük oranda vasküler kesiklikle ilgili anomaliler
Kortikosteroid	Yüksek oranda sistemik maruz kalımda düşük oranda yarık dudak riskinde artış
Etil alkol	Mikrosefali, mental retardasyon, büyüme geriliği, tipik fasyal dismorfogenezis, anormal kulak, kısa palpebral fistül ile karakterize fetal alkol sendromu
Propiltiourasil	Yenidoğanın guatr ile doğması
Topikal retinoid	Teratojenik etki riski düşük
Streptomisin	Sekizinci sinir hasarı ve işitme kaybı
K vitamini	Hemoliz
Tetrasiklin	Kemik ve dişlerde çizgilenme
Talidomid	Sağırılık, anoti, preaksiyal ekstremitte gelişim defektleri, fokomeli, ventriküler septal defekt (VSD), gastrointestinal atrezi
A Vitamini	Retinoidlerdekine benzer teratojenik etkiler (25,000-50,000 Ü/gün üzerinde)
D Vitamini	Supravalvüler aortik stenoz, Elfin yüz, mental retardasyon,
Varfarin, kumarin	İlk trimestirde nazal hipoplazi, intrauterin büyüme geriliği, geç dönemde kanamaya sekonder MSS anomalileri
Valproik asit	Spina bifida, yüzde şekil bozukluğu, otizm
Karbamazepin	Yüzde şekil bozukluğu
Kloramfenikol	Çeşitli doğumsal anomaliler, doz dağımlı kemik iliği baskılanması

Gebelik Risk Kategorileri

Gebelerde ilaç ya da radyasyona bağlı teratojenik etki riski, yaklaşık %1'dir. Gebelerde ilaçlara bağlı teratojenik etki riskini standardize edebilmek için çeşitli gebelik risk sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. Bunlardan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Food and Drug Administration (FDA) en sık ve yaygın kullanılandır. Bunun dışında, Teratogen Information System (TERIS) ve Avustralya'da Australian Drug Evaluation Committee's (ADEC) gebelik döneminde kullanılan diğer risk sınıflandırma sistemleridir.

FDA Gebelik Risk Kategorileri

- A.** Gebelerde yapılan kontrollü çalışmalarda ilacın birinci trimesterde fetusta teratojenik etki riskinin olmadığını göstermiştir.
- B.** Hayvanlarda yapılan çalışmalar ilacın fetusta teratojenik etki yapma riskinin olmadığını göstermesine karşın insanlarda yapılan kontrollü çalışmalar yoktur veya hayvanlarda yapılan çalışmalar fetusta teratojenik etki riskini göstermesine karşın insanlarda yapılan kontrollü araştırmalarda fetusta teratojenik etki riski bulunamamıştır.
- C.** Hayvanlarda yapılan araştırmalarda ilacın teratojenik etki riski saptanmasına karşın gebelerde yapılan kontrollü araştırmalar yoktur veya hayvanlarda veya gebelerde bu konuda yapılmış araştırmalar bulunmamaktadır.
- D.** Fetusta teratojenik etki yapma riskinin kesin kanıtları bulunmakla birlikte yaşamı tehdit eden hastalıklarda daha güvenli ilaçların kullanılamaması veya etkisiz olması durumunda gebelerde kullanılabilir ilaçlardır.
- X.** Hayvanlarda ve insanlarda yapılan araştırmalarda teratojenik etki riski kesin olarak kanıtlanmış ve teratojenite riski yararlarından daha fazla olan ilaçlardır. Gebelik sırasında kesinlikle kullanılmamalıdır.

Teratojenite Bilgi Servisleri (TBS), gebelerin teratojenik ilaçlara ya da kimyasallara maruziyetleri durumlarında oluşabilecek riski öngörebilmek, bu riskleri önleyebilmek için çalışmalar yapmak ve teratojenite konusunda toplum bilincinin gelişimine yardımcı olmak gibi konularda danışmanlık hizmeti veren kuruluşlardır. TBS'leri gebelerde maruz kalınan teratojenin risk sınıflandırmalarına göre raporlar düzenlerler ve bu raporlar dikkate alınarak gebelik tahliyesine karar verildiğinden TBS'leri önemli sorumluluklar üstlenmektedirler. Ülkemizde, DEÜ TBS'i yanında, Karadeniz Üniversitesi'nde ve Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi'ne bağlı Türkiye Teratojenite Merkezi (TÜRKTEDAM) bu konuda faaliyetlerini sürdürmektedir.

Dokuz Eylül Üniversitesi İlaç ve Zehir Danışma Merkezi ve Teratojenite Bilgi Servisi

DEÜTF Farmakoloji Anabilim Dalı'nda hizmet veren TBS, hekimlere, gebenin kullandığı ya da maruz kaldığı ilaç, radyasyon ya da çeşitli teratojenlerin, teratojenik etkilerine ilişkin danışmanlık hizmeti vermektedir. DEÜTF Farmakoloji Anabilim Dalı öğretim üyeleri tarafından, DEÜTF Kadın Doğum Polikliniği'nden ya da dış hastanelerden gelen gebelik döneminde ilaç kullanımına ait danışmanlık talepleri, en güncel kaynaklar kullanılarak karşılanmaktadır. Sonuçlar rapor şeklinde gebelere verilmektedir. İlaç, etkinlik, toksisite ve tedavi bilgisi istemlerinin yazılı olarak karşılanması, ilaç kullanımı ve teratojenite profiline yönelik epidemiyolojik çalışmaların yapılması da merkezimizin işlevleri arasındadır.

Gebelik döneminde ilaç kullanımında dikkat edilmesi gerekenler

Gebelik sırasında, anneye yararı fötusa vereceği zarardan fazla olması beklenen ilaçlar reçete edilmeli, ilk trimesterde mümkünse hiç ilaç kullanılmamalıdır. Gebelerde yeni piyasaya çıkmış olan ilaçlar yerine güvenli olduğu bilinen ilaçlar kullanılmalıdır.

Gebelerde mümkün olan en düşük dozda ve en kısa süreli tedavi uygulanmalıdır. Ayrıca teratojenik etki riski TBS'ler tarafından hazırlanan raporlar ve gebenin fizik muayene ve laboratuvar bulguları göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Kronik tedavi sırasında ilacın anne kanındaki

konsantrasyonu arttıkça fötusa ulaşma riskinin artacağı da göz önünde bulundurulmalıdır. 18-50 yaş arasındaki her kadının gebe olabileceği düşünölmeli ve ilaç yazarken bu durum sorgulanmalıdır. Ayrıca, gebelik öncesi dönemde, kadınların tüm sağlık sorunlarını çözmüş olmaları gerekmektedir. Bu konuda hastaların eğitilmesi çok önemlidir.

Birinci Basamakta Teratojenite

Birinci basamakta çalışan hekimler, gebelik dönemindeki hastalarına ilaç reçete etmek durumunda kalabilmektedir. Gebelik döneminde, gelişen fetusa etkileri nedeniyle, bazı ilaçların asla kullanılmamaları gerekirken, bazı ilaçlar da anne üzerine olası yararın fetus üzerine olası zararının üzerinde olduğu durumlarda kullanılabilirler. Bu nedenle birinci basamak ASM hekimlerinin, gebelik döneminde güvenle kullanabilecekleri ilaçlar konusunda ve danışmanlık hizmeti alabilecekleri TBS'lerin varlığı konusunda bilgi sahibi olmaları çok önemlidir. Bu kurs programı içeriğinde, gebelik döneminde ilaç kullanımına ait olgu örnekleri üzerinden bu konuya dikkat çekilecektir. Gebelikte, bitkisel ürünlerin kullanılmaması gerekliliğine vurgu yapılacaktır.

Kaynaklar

- Olson KR. Poisoning & Drug Overdose. Fifth Ed. New York: McGraw-Hill Companies, 2006.
- Tuncok Y, Kayaalp O. Akut ilaç zehirlenmesi tedavisinde genel ilkeler. İçinde: Kayaalp O. editör. Rasyonel tedavi yönünden Tıbbi Farmakoloji. 12. baskı. Ankara: Feryal matbaacılık; 2009. s. 127-132.
- Goldfrank LR, Flomenbaum NM, Lewin NA, Howland MA, Hoffman RS, Nelson LS, eds. Goldfrank's Toxicology Emergencies. 7th ed. USA: McGraw-Hill Companies, 2007.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Zehirlenmeler ve Tanı Tedavi Rehberi, 2007.
- POISONDEX® System:** Klasco RK (Ed): POISONDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol. 152 expires 06/2012).
- Hon KL, Ho JK, Hung EC, Cheung KL, Ng PC. [Poisoning necessitating pediatric ICU admissions: size of pupils does matter.](#) J Natl Med Assoc. 2008 Aug;100(8):952-6.
- Michael JB, Sztajnkrzyer MD. Deadly pediatric poisons: nine common agents that kill at low doses. Emerg Med Clin North Am. 2004 ;22(4):1019-50.
- Bronstein AC, Spyker DA, Cantilena LR Jr, Green JL, Rumack BH, Dart RC. [2010 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers' National Poison Data System \(NPDS\): 28th Annual Report.](#) Clin Toxicol (Phila). 2011;49(10):910-41.
- Yıldıztepe E., N. Hocaoğlu Aksay, Ö. Demir, **A. Arıcı**, K. Oransay, S. Evcim, Ş. Kalkan ve Y. Tunçok. "Analysis of 2007 Data from Dokuz Eylül University Drug and Poison Information Center, Turkey". Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 2010, 30/5/1622-1630.
- DRUGDEX® System:** Klasco RK (Ed): DRUGDEX® System. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol. 152 expires 06/2012).
- TERIS® Database:** Klasco RK (Ed): REPROTEXT® Database. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol. 152 expires 06/2012).
- REPROTOX® Database:** Klasco RK (Ed): REPROTEXT® Database. Thomson Micromedex, Greenwood Village, Colorado (Vol. 152 expires 06/2012).

PANEL 3

Çocuklarda büyüme ve gelişme

Oturum Başkanı: Doç. Dr. Ruhşen KUTLU

Büyüme-gelişme izleminde metodoloji, Doç. Dr. Mümtaz MAZICIOĞLU

Perinatal (intrauterin ve yenidoğan) büyüme ve gelişme, Prof. Dr. Selim KURTOĞLU

Postnatal büyüme ve gelişme, Doç. Dr. Nihal HATİPOĞLU

BÜYÜME GELİŞMENİN İZLENMESİNDE METODOLOJİ

Doç. Dr. Mümtaz MAZICIOĞLU

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kayseri

Intrauterin dönemden erişkin döneme kadar değişen ve gelişen yapısal süreç beden ile ilgili gelişim ve değişimi yansıtacak ipuçlarını da içermektedir. Takvim yaşının ilerlemesi ile büyüme süreci takvim yaşına uygun değişim ve gelişimi izlemesi açısından özellikle antropometrik ölçümlerle izlenebilme özelliği gösterebilmektedir. Bu ölçümler büyüme ile ilgili ipuçları vermelerinin yanı sıra morbiditesi ve mortalitesi açısından kayda değer önemli metabolik hastalıklar hakkında değerli ipuçları vermektedirler.

Antropometri büyümenin izlenmesi için beden boyutlarının gelişim sürecini yansıtan kişiye ölçümleri ve bu ölçümlerden elde edilen göstergeleri kullanmaktadır. Doğum sonrası özellikle ilk iki yaş döneminde ağırlık, boy ve baş çevresi büyümenin izlenmesi için temel ölçütlerdir. Daha sonraki dönemde baş çevresi önemli bir değişkenlik göstermediği için izlenmemektedir. Kalıtsal açıdan ebeveyn antropometrisine göre erişkin yaşta çocukların ulaşacakları hedef değerlerde bir ölçüde önceden belirlenebilmektedir.

Metabolik hastalıklar açısından bakıldığında antropometrik ölçümler özellikle beden yağ kitlesi ile beden yağ dağılımının belirlenmesi önem kazanmaktadır. Bunun içinde temel ölçümler olan ağırlık ve boydan üretilen beden kitle indeksine ek olarak; farklı noktalardan alınan cilt kıvrım kalınlıkları, biyoimpedans ölçümleri, dansitometrik ölçümler kullanıldığı gibi boyun, bel, üst orta kol ve el bileği çevresi ölçümleri de kullanılmaktadır. Metabolik hastalıklar için beden kitle indeksi gibi temel yapısal ölçütler yanında yağ dağılımını daha net belirleme imkanı olan yukarıda sayılan ek değerlendirme ölçümlerinin yapılması artık elzem hale gelmiştir.

Hem antropometrik hem de metabolik bozuklukların incelenmesine yönelik olan ölçümler ve ölçütler üzerinde çok sayıda çalışma yapılıyor olmasına rağmen bunların kullanımı ve yorumlanmasında temel metodolojinin kavranmış olması klinik değerlendirmede, izlemde ve bu ölçüm ve ölçütlerle yapılacak tarama çalışmalarında çok önemli görülmektedir. Ölçümlerin nasıl, değerlendirmelerin hangi standartlara göre yapılacağı geçerlilik ve güvenilirlik açısından önemlidir. Ayrıca elde edilen verilerin yeni doğan, erken ve geç çocukluk, ergenlik öncesi, ergenlik ve ergenlik dönemi için o döneme uygun büyüme ve gelişme göz önünde bulundurularak ele alınıp değerlendirilmesi gerekmektedir.

Antropometrik ölçümlerden elde edilen değerlerden üretilen kesim noktaları ile büyüme gelişmede gerileme, duraklama ya da hızlanma tanısı konulmasında da hangi ölçütlerin göz önünde bulundurulması gerektiği ya da yapılan çalışmaların verdiği kesim değerlerinin güvenilirliğinin test edilmesi de ayrı bir başlık altında incelenmesi gereken önemli bir ayrıntıdır. Bu nedenle hem temel ölçümler hem bunlardan üretilen ölçütler hem de çeşitli bozuklukların tanısında kullanılan kesim değerlerinin elde edilme süreci birinci basamakta çalışan hekimler tarafından metodolojik açıdan bilinmesi ve kavranması gereken bir öncelik olmalıdır. Büyüme ve gelişmenin izlenmesinde kullanılan yöntemler ve yapılan değerlendirmelerin tamamı verilerin dağılımı üzerinde yapılan

değerlendirmelere dayandığı için temel istatistiksel kavramların bilinmesi yanında klinik açıdan yorumlanması da ayrı bir sorun oluşturmaktadır.

Bizleri klinik karar sürecine götüren mekanizmalar tanı ve tedavi süreçlerinin temel dayanakları olması açısından mutlaka iyi bilinen ve tanımlanabilen süreçler olmalıdır. Bu sürecin klinik karar verme mekanizmalarında kullanımı analitik sürecin tıbbi metodoloji bakış açısıyla değerlendirilmesini gerektirmektedir.

ÇOCUKLARDA BÜYÜME VE GELİŞME

Doç. Dr. Nihal HATIPOĞLU

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bölümü, Kayseri

Büyüme ve gelişme genetik faktörler, hormonlar, dokuya özgü büyüme faktörleri, beslenme, diğer iç ortam faktörleri ve çevresel faktörler ile ilgili bir durumdur. Büyüme ve gelişme sürecinde başlangıçta en hızlı büyüme baş çevresinde olur. İlk 6 aydan sonra göğüs çevresi büyümesi hızlanır. 9-12 aylardan sonra ekstremiteler uzaması belirginleşir. Ergenliğe girişte görülen büyüme hızlanması esnasında yine önce büyüyen ekstremitelerdir. Son olarak gövde uzunluğu artar.

Bir çocuğun büyüme temposu, vücut yapısı, fizyolojik özelliklerini büyük oranda genetik yapısı belirler. Tabii çevresel etkenler özellikle beslenme, hijyen koşulları, hastalıklardan korunma gibi faktörler de büyümeyi etkiler. Özellikle son dönemlerde çevresel ve sağlık faktörlerinde gözlenen düzelmelerden dolayı 50-100 yıl öncesi nesil ile kıyaslandığında şimdiki çocuklar daha uzun boylu ve daha ağırdırlar. Büyüme temposunda görülen bu hızlanma ve olgunlaşmanın erkene kayması yüzyılın eğilimi olarak adlandırılmıştır.

Çocukların anatomik ve fizyolojik özellikleri yaşa göre değişiklik gösterdiği için çeşitli dönemlere ayrılmıştır.

Tablo 1: Çocukluk dönemleri.

Doğum öncesi	Embriyo (0-8 hafta) Fetus (9 hafta- doğum arası)
Doğum sonrası	Yenidoğan (0-4 hafta) Süt çocuğu (1 ay-12 ay) Oyun çocuğu (1-3 yaş) Okul öncesi çocuğu (4-5 yaş) Okul çocuğu (kız:6-10 yaş, erkek:6-12 yaş) Ergenlik (kız: 10-16 yaş, erkek:12-18 yaş)

Kalberg boy büyümesini üç dönemde incelemekte; süt çocukluğu, çocukluk ve ergenlik dönemi. Infancy-childhood-puberty (ICP)- büyüme modeli olarak adlandırılan bu model büyümeyi etkileyen faktörler ve büyüme hızlarındaki değişikliğe dayanmaktadır. İlk 1-2 yaşta büyümede önce hızlı sonra giderek yavaşlama gösteren dönem, fetal yaşamdaki faktörlerin doğumdan sonrasına yansımalarının göstergesidir. Doğumdan sonraki beslenmenin etkisi bu dönemde son derece belirgindir. Çocukluk dönemi 3-4 yaşlarında başlar ve 9-10 yaşlarına kadar uzanan periyodu kapsar ve bu dönemde boy uzamasının temel belirleyicisi büyüme hormonudur. Ergenlik döneminde ise primer olarak seks steroidlerinin etkisi gözlenir.

I- NORMAL BÜYÜME FİZYOLOJİSİ VE BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Postnatal Büyüme:

Süt çocukluğu dönemi: bu dönemdeki hızlı büyüme intrauterin hızlı büyümenin bir devamı gibidir. Doğumdan sonraki ilk 3-4 gün içindeki fizyolojik ağırlık kaybından sonra ilk 6 ayda günlük 20-30 gr ağırlık artışı ve toplamda 16 cm'lik boy uzaması gerçekleşir. İkinci 6 aylık dönemde büyüme nispeten yavaşlar ve günlük 15-20 gr ağırlık artışı ve 8 cm'lik uzama gözlenir. Bir-iki yaş arasında büyümedeki yavaşlama devam eder ve haftada 50 gr'lık ağırlık artışı ve 10-12cm'lik boy uzaması beklenir.

SGA doğan bebeklerin süt çocukluğu döneminde aynı zamanda doğmuş term bebeklerin ölçülerini yakalaması yani büyüme yakalaması açısından değerlendirilmesi gerekir. Bu çocuklarda büyüme yakalama genellikle 6 ay civarında başlar ancak değerlendirmenin 2 yaş civarında yapılması gerekir. Büyüme yakalama yorumu için boyda 3 yaş, ağırlıkta 2 yaş, baş çevresinde 18 ay sınır kabul edilir. Ancak ileri derecede prematurelerde bu durum 7 yaşa kadar gecikebilir. Bu bebeklerin yaklaşık %10-20 kadarı büyüme yakalayamaz ve erişkin boyları kısa kalır.

Çocukluk dönemi: en uzun dönemi kapsayan bu dönemde büyüme oldukça yavaştır. Yıllık 2-2.5kg ağırlık artışı ve 2-4 yaşlarında 7 cm, 4 yaş puberte arası 5-6 cm uzama gözlenir. Genetik boy potansiyeli persentilene 2 yaş civarında ulaşan çocuk bu dönemde kendine uygun persentil üzerinde seyreder. Büyüme hızı mevsimlerden etkilendiği için büyüme hızının yıllık değerlendirilmesi önemlidir.

Pubertal dönem: büyümenin tekrar hızlandığı ve temel olarak seks steroidleri ve büyüme hormonunun etkisinde boy atmasının gözlemlendiği bir dönemdir. Ergenlik döneminde kadar nihai boylarının yaklaşık %80'ine ulaşan çocuklar bu dönemde doruk büyüme hızına ulaşırlar. Kızlarda meme gelişiminin 2-3. evresi, erkeklerde ise genital evre 3-4 döneminde yıllık uzama kızlarda 7-8 cm, erkeklerde 8-9 cm'e ulaşır. Kızlarda menarş ile birlikte büyüme hızında yavaşlama beklenirken menarş sonrasında uzama 1-11 cm gibi bir aralıkta olabilir. Tüm ergenlik boyunca kızlarda 16-20 cm, erkeklerde 25-28 cm kadar uzama, kızlarda 16kg, erkeklerde ise 20 kg'lık ağırlık artışı gözlenir. Yine bu dönem vücut yapısının oldukça değiştiği ve erişkin vücut yapısı özelliklerinin kazanıldığı bir dönemdir.

Büyümenin Değerlendirilmesi:

Vücut ağırlığı, boy uzaması, baş çevresi ve bu ölçüm değerlerinin artış hızı ile vücut bölümlerinin birbirlerine oranları ile büyüme değerlendirilir.

Vücut ağırlığı; ölçümler sırasında bebekler giysisiz ve bezsiz, çocuklar ise iç çamaşırlarıyla olmalıdırlar ve hassas terazilerle ölçümler yapılmalıdır.

Boy uzunluğu; ilk 2-3 yaşta ölçüm yatırarak daha sonrasında ayakta yapılmalıdır. Ölçüm sırasında ayaklar bitişik olmalı, topuklar, kalça, skapula ve oksipital çıkıntı ölçüm tahtasına temas etmelidir. Baş pozisyonu göz-kulak kepçesi üst kısmından ölçüm tahtasına dik açı olacak şekilde sanal bir düzlemin olduğu varsayılarak ayarlanmalıdır.

Baş çevresi; esnek olmayan mezur ile başın en çıkıntılı kısmı ve glabelladan geçirilerek yapılmalıdır.

Vücut bölümlerinin oranları: baş-pubis uzunluğu, pubis-topuk uzunluğu, oturma yüksekliği, kulaç uzunluğu ölçülerek gövde ve ekstremiteler uzunlukları değerlendirilir. Yenidoğanda baş-pubis/pubis-topuk uzunluğu 1.7, on yaşta 1 ve ergenlikten sonra 1'den küçüktür.

Ölçümlerin Değerlendirilmesi:

Öncelikle çocuğun takvim yaşı doğum tarihine göre hesaplanarak belirlenmelidir. Boy ve ağırlık değerleri normal persentileden sapma gösteren çocuklarda sapmanın derecesini belirlemek için standart deviasyon skoru (SDS) hesaplanır. Bunun için o toplumun normal değerlerinden yararlanılır. Örneğin bir çocuğun boyu için standar deviasyon skorunu hesaplamak için o yaş ve cinsiyet için olması gereken değerden çocuğun ölçülen değeri çıkarılır ve yaş ve cinse göre toplum için belirlenmiş standart deviasyon değerine bölünür. Yaşa ve cinse göre normal ortalamada olan bir çocukta SDS

değeri “0” iken + 2 SD ve – 2 SD arası değerler normal aralıkta kabul edilir. Bu değerlerin altında kalınması ya da üzerine çıkılması durumunda normal ortalamadan sapma durumundan söz edilir.

Çocuğun genetik potansiyelini değerlendirmek için de ailesel boy hesabının yapılması gerekir. Genellikle 2-3 yaş sonrası çocuğun boyu ile anne-baba boyu yakın korelasyon gösterir. Ailesel hedef boy hesabında kız ve erkek arasındaki boy farkı göz önünde bulundurularak kızlar için anne boyu+baba boyu toplamından 13 çıkarılıp erkeklerde 13 eklenerek ortalaması alınır. Yüz yılın eğilimi de göz önünde bulundurularak hesaplanan değere 3 cm daha eklenmesi önerilmektedir.

Fizyolojik büyüme ve gelişmeyi en iyi değerlendiren ölçüt kemik yaşı değerlendirmesidir. Kemik olgunlaşması somatik dokuların olgunlaşmasını yansıtır. Epifizlerinin büyüklüğü, diyafizi ile ilişkisi ile kemik yaşı değerlendirilebilir. Kemik olgunlaşması “kemik yaşı” ile ifade edilir ve normal çocukların değerlendirilmesinden elde edilen görüntülerle karşılaştırılarak belirlenir. Bunun için “Greulich-Pyle atlası” veya “Tanner-White house atlası” kullanılır. Bu atlaslar sol el bilek grafisinden hazırlanmışlardır, bu nedenle 3 aylıktan büyük çocukların kemik gelişimini değerlendirmek için sol el bilek grafisi kullanılır.

II- BOY KISALIKLARI

Büyüme sağlık durumunun en önemli göstergesidir ve her toplumun kendi normal değerlerine göre değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Bir çocuğun boyu kendi yaş ve cinsiyetine göre 3 percentilin altında kalıyorsa kısa boydan söz edilir. Boyu 3 percentilin altında kalan çocukların %80’i normalin varyantı kabul edilir. Kalan %20’lik kısımda ise patolojik boy kısalığı söz konusudur. Eğer çocuğun hesaplanan boy SDS değeri -3’ün altında ise ağır boy kısalığından söz edilir.

Boy kısalığında asıl önemli olan büyüme hızının ve temposunun değerlendirilmesidir. Büyüme periyodik değişiklik gösterebileceği ve mevsimlerden etkilendiği için en az 6 ay ideal olarak da 1 yıllık büyüme takibi yapılması gerekmektedir. Büyüme hızının 4 yaştan önce 7 cm/yıl, 6 yaştan önce 6cm/yıl, 6 yaştan puberteye kadarki dönemde 4.5cm/yıl’dan daha az olması yetersiz büyümeyi gösterir.

Takipte olan bir çocuğun büyüme eğrisi iki major percentil eğrisinin altına iniyorsa 3 percentilin üzerinde olsa bile ayrıntılı olarak inceleme gerektirir.

Bir çocukta boy kısalığı ve büyüme geriliğinden söz etmek için aşağıdakilerden en az birinin olması gerekir;

Boyun 3 percentilin altında olması

Büyüme hızının yaşına göre düşük olması

Öngörülen boyun hedef boyunun altında kalması

Kemik yaşının boyuna ve yaşına uyumsuz olması

Boy kısalıklarının sınıflaması tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: boy kısalıklarının sınıflandırması

Normalin varyantı kısalıklar:

- Ailesel boy kısalığı
- Yapısal (konstitusyonel boy kısalığı)

Patolojik boy kısalığı

- Orantısız boy kısalıkları
 - İskelet displazileri
 - Kemik metabolizma hastalıkları
 - Radyoaktif ışınlama
- Orantılı boy kısalıkları

İntrauterin büyüme geriliği

Kromozom anomalileri

Dismorfik sendromlar

Endokrin patolojiler

Nutrisyonel

Kronik hastalıklar

Sevgi yoksunluğu

Normalin varyantı boy kısalıkları:

Ailesel boy kısalığı; ilk 6 aylık büyümeleri normaldir. 6-18 aydan sonra normal eğriden sapmaya başlar. 2-3 yaş civarında büyüme eğrileri normal eğrinin altına iner ve puberteye kadar normal eğrinin altında ve ona paralel seyreder. Yapısal boy kısalığından farklı olarak ağırlık çok etkilenmez. Kemik yaşları kronolojik yaşlarına uygundur ve normal zamanda puberteye girerler.

Yapısal boy kısalığı; Biyolojik tempoda fizyolojik bir yavaşlama vardır ve bu durumdan hem boy hem de kilo etkilenir. Genellikle hayatın ilk üç yılında ortaya çıkar. 3-6 aydan itibaren büyüme hızı yavaşlar ve 2-3 yaşına geldiğinde boy 3 persentilin altına iner. Boy büyüme eğrisine paralel olarak seyrederken büyüme hızı normaldir. Puberteye geç girerler ve dolayısıyla pubertal boy sıçramaları da geç başlar. Kemik yaşları takvim yaşlarına göre geridir. İyi bir anamnez alındığında ailede benzer büyüme patterni öyküsü alınabilir. Bu çocuklarda ağırlık artışı da yavaştır, kilo da geri kalmıştır ve 3 persentilin altındadır. İleri değerlendirme yapıldığında altta yatan metabolik ya da endokrinolojik bir neden saptanamaz. Bu çocuklar beklenen boya ulaşırlar fakat anne ve babalarına oranla biraz daha kısa boylu olurlar.

Patolojik boy kısalıkları:

Orantısız boy kısalıkları;

İskelet displazisi; orantısız boy kısalıklarının en önemli nedenlerindedir. Dizplazinin epifiz, metafiz veya spondiler kemiklerde olmasına göre isimlendirilirler ve genellikle herediter özellik gösterirler. Spontan mutasyonlara da bağlı olarak gelişebilirler.

Kemik metabolizma bozuklukları; en sık rastlanan örneği riketsdir ve özellikle hipofosfatemik rikets orantısız boy kısalığına neden olur.

Radyoaktif ışınlama; büyüme kıkırdakları ışınlamadan zarar görür. Özellikle vertebra kıkırdaklarının etkilenmesi gövde uzamasını engeller.

Orantılı boy kısalığı;

- *İntrauterin büyüme geriliği (IUBG);* bu çocukların postnatal büyümesi yetersizdir. Ayrıca bu çocuklarda kardiyovasküler sorunlar, obezite ve hiperinsulinizm gibi komplikasyonlar yaşamın ileriki dönemlerinde gözlenebilir.

- *Sendromlar;* özellikle boy kısalığı ile gelen kız çocuklarında Turner sendromu unutulmamalı ve stigmaları mutlaka aranmalıdır.

- *Endokrin nedenler*; başta hipotiroidizm ve büyüme hormonu eksikliği olmak üzere pek çok endokrin patoloji boy uzamasını etkiler. Büyüme hormonu duyarsızlığı (Laron Sendromu), biyoaktif büyüme hormonu (Kowarski Sendromu) büyüme hormone ile ilgili diğer endokrin nedenlerdir. Hiperkortizolemi, psödohipoparatiroidi ve puberte prekoks da büyüme geriliğine neden olur.
- *Kronik hastalıklar*; özellikle malabsorbsiyon sendromları, kronik böbrek ve karaciğer hastalıkları, özellikle syanotik konjenital kalp hastalıkları, akciğer hastalıkları, hematolojik problemler ve kronik enfeksiyonlar da büyümeyi olumsuz etkiler.
- *Sevgi yoksunluğu sendromu*: her yaş grubu çocukta görülebilen ve tanısı güç konulan bir durumdur.

Kaynaklar:

- 1- Bundak R. Normal büyüme. İç: Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S, ed. Pediatrik Endokrinoloji, 1. basım. Ankara, Pediatrik Endokrinoloji Derneği Yayınları; 2003: 39-65.
- 2- Günöz H. Büyüme Bozuklukları. İç: Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S, ed. Pediatrik Endokrinoloji, 1. basım. Ankara, Pediatrik Endokrinoloji Derneği Yayınları; 2003: 65-135.
- 3- Karlberg J, Fryer JG, Engstrom I, Karlberg P. Analysis of linear growth using a mathematical model. II from 3 to 21 years of age. Acta Paediatr Scand Suppl. 1987; 337: 12-29.
- 4- Gluckman PD, Pinal CS. Regulation of fetal growth by the somatotrophic axis. J Nutr. 2003 May;133(5 Suppl 2):1741S-1746S.
- 5- Brandt I. Growth Dynamics of LBW infants with emphasis on perinatal period. In: Falkner F, Tanner JM (eds) Human Growth Vol. 2 Postnatal Growth New York:Plenum Press 1978:557-617.
- 7- Chrousos G. Organisation and integration of the Endocrine system. In: (Sperling MA ed). Pediatric Endocrinology (2nd edition) Philadelphia. Saunders, 2002:1-14.
- 8- Wales JK. Evaluation of growth disorders. In: Brook CGD, Clayton P, Brown R, eds. Brook's Clinical Pediatric Endocrinology, 6th Edition. London, Wiley-Blackwell; 2009:pp 124-154.
- 9- Feigelman S. Assessment of fetal growth and development. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson textbook of pediatrics 18th edition, Philadelphia:Saunders; 2007: 38-40.

UZMANINA DANIŞ 1

Birinci basamakta depresyon hastasını değerlendirme ve tedavi seçenekleri

Konuşmacı: Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR

BİRİNCİ BASAMAKTA DEPRESYON HASTASINI DEĞERLENDİRME VE TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Bu sunumda 1. basamakta depresyona yaklaşımın temel ilkeleri katılımcılarla interaktif bir biçimde tartışılacak ve aşağıdaki konular tartışmaya açılacaktır.

Kısa bir psikiyatrik değerlendirme ne için ve nasıl yapılır?

Bilginin toplanması ve toplanan bilginin formüle edilmesi

Depresyonu tanıma ve değerlendirme

Tedavi öncesi dikkat edilmesi gereken noktalar

Hangi durumlarda 1. basamaktan psikiyatrya yönlendirme yapılmalıdır

1. basamakta ilaç tedavisinde dikkat edilecek hususlar

1. basamakta psikoterapötik yaklaşım

Depresyon tedavisinde remisyonu artırma

Depresyonda nöksler ve yinelemelerin önemi ve yinelemede risk etkenleri

Plasebo nedir? Plasebo antidepresanlar gibi etkili olabilir mi?

Antidepresan ilaçlara yanıtı artırmada neler yapılabilir?

ÇALIŞTAY 1

EQuiP, Kalite geliştirme çalıştayı

Konuşmacılar: Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK, Prof. Dr. Nezh DAĞDEVİREN

Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum

Prof. Dr. Nezh DAĞDEVİREN

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne

EQuiP Türkiye Tartışma Grubu

“Kalite Standartları”, “Kalite Kontrol”, “Toplam Kalite Yönetimi”, “Sürekli Kalite İyileştirme” derken kalite kavramı günlük yaşamımızda önemli bir yer tutar hale geldi. Şüphesiz kavramlar arttıkça bazı zihin karışıklıkları da ortaya çıkabilmektedir. Diğer taraftan günümüzdeki dinamik sağlık sistemleri içerisinde aile hekimleri mümkün olan en iyi hizmeti vermek için bir gayret içerisinde. EQuiP’in misyonu gereği bu çabaya olabildiğince katkı vermek gerekir.

Bu çalıştayda kalite kavramları ve EQuiP’in çalışmalarıyla ilgili kısa bir sunumdan sonra katılımcıların katkılarıyla Türkiye’de aile hekimliği uygulamalarının altyapı, klinik, süreç ve çıktı göstergelerinin neler olması gerektiği tartışılacak, aile hekimleri için hizmet kalite standartları taslağı oluşturulmaya çalışılacaktır.

Bu çalıştayın katılımcıların kaliteyle ilgili bilgi ve algılarını artırmaya yönelik katkısının olması yanında Türkiye’de sağlık otoritelerinden derneklere, aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına kadar birçok kişinin faydalanabileceği temel standartların oluşturulmasına yönelik ilk adımın da atılması beklenmektedir.

PANEL 5

Metabolik sendrom

Oturum Başkanı: Prof. Dr. İsmail Hamdi KARA

Hipertansiyon, Prof. Dr. Murat ÜNALACAK

Dislipidemiler, Doç. Dr. Yusuf AYDIN

Obezite, Yrd. Doç. Dr. Davut BALTACI

DİSLİPIDEMİK HASTAYA KLİNİK YAKLAŞIM

Doç. Dr. Yusuf AYDIN

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı, Düzce

Dislipidemi kanda kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid yüksekliği veya HDL düşüklüğü ile karakterize metabolik bir bozukluktur. İzole hipertrigliseridemi, izole hiperkolesterolemisi veya miks tipte dislipidemi ile klinik tablolar şeklinde presente olabilirler. Toplumumuzda erişkin popülasyonda hiperkolesterolemisi %25 oranında gözlenmektedir. Dislipidemileri primer ve sekonder dislipidemiler şeklinde sınıflandırılabilir. Primer hiperlipidemiler 5 alt grupta izlenmekte olup Fredericson veya WHO sınıflaması olarak bilinmektedir (Tablo 1).

Sekonder dislipidemiler arasında en önemlileri obesite, Tip 2 Diabetes Mellitus, hipotiroidi, nefrotik sendrom, ilaçlar, alkol tüketimi, anoreksiya nervoza, sedanter yaşam, cushing sendromu ve akromegali sayılabilir.

Dislipidemiler değerlendirilirken sadece kandaki lipit fraksiyonları değil beraberinde majör kardiovasküler hastalıklar için risk faktörleri ile beraber değerlendirilmelidir (Tablo 2).

Lipit metabolizma bozuklukları ile ilgili olarak NCEP-ATP III tarafından yayınlanmış rehberler ışığında tedavi planlamaları yapılmaktadır.

Hiperlipidemi majör KVH için risk faktörü olduğundan 20 yaşından sonra lipit profili değerlendirilmeli, eğer bir bozukluk saptanmaz ise 5 yıl aralıklarla kontrol edilmelidir. Erken yaşlarda dislipidemik bozukluklar saptanan kişilerde mutlaka sekonder sebepler ve ailesel dislipidemiler gözden geçirilmelidir.

KVH açısından majör bozukluk LDL-K yüksekliğidir. Bu sebeple KVH açısından yüksek riskli gruplarda öncelikli hedef LDL-K ideal hedeflere çekilmesi olmalıdır. KVH için yüksek riske sahip hastalarda hedef LDL-K 100 mg/dl altına çekilmelidir. Orta riske sahip kişilerde ise LDL-K 130 mg/dl altına çekilmesi yeterlidir. Dökümente kalp hastalığı, DM, periferik arter hastalığı olması, geçirilmiş SVO öyküsü veya abdominal aort anevrizma öyküsü olan hastalar yüksek riskli gruptaki hastalar olarak kabul edilir.

Hiperlipidemi tedavisi sırasında özellikle statin tedavisi alan kişilerde yan etkiler açısından takipleri yapılmalıdır. Statinlerin en önemli yan etkileri karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma, myozit, rabdomyoliz ve hematolojik bozukluklar olarak göze çarpmaktadır. Özellikle rabdomyoliz fibrat tedavisi ile birlikte statin kullananlarda, hipotiroidisi olanlarda ve immunsupresif ilaç kullananlarda daha sıklıkla izlenmektedir. Statin tedavisi sırasında kas ağrısı, proksimal kas kuvvetsizliği saptananlarda CPK ölçünleri mutlaka yapılmalıdır.

Birçok ilaç kullanımı sırasında dislipidemi ile sonuçlanan klinik tablolar ortaya çıkmaktadır. Bunlar içerisinde en bilinenleri antipsikotikler, oral kontraseptifler, retinoik asit türevleri, steroidler ve tiazid grubu antihipertansiflerdir. Bu ilaç tedavisi alan hastalar lipit değişiklikleri açısından yakın takip edilmelidir. İlaça bağlı dislipidemi izlenirse öncelikli ilaçlar değiştirilmelidir. Hiperlipidemi hastalarında aterosklerotik risk değerlendirmesi açısından Hs CRP ölçülmesi son yıllarda önem kazanmıştır. Hs CRP>3 mg/L üzerindeki kişiler, yüksek KVH riskine sahip olunduğu düşünülmelidir.

UZMANINA DANIŞ 3

Primer baş ağrıları - Temel yaklaşım ve gözden kaçanlar

Moderatör: Doç. Dr. Dilek TOPRAK

Konuşmacı: Doç. Dr. Özge YILMAZ KÜSBECİ

PRIMER BAŞ AĞRILARI - TEMEL YAKLAŞIM VE GÖZDEN KAÇANLAR”

Doç. Dr. Özge YILMAZ KÜSBECİ

Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Baş ağrısı toplumda en sık görülen şikâyetlerin başında gelir ve toplumda görülme oranı yüzde 90'lara ulaşır. Migren ve gerilim tipi baş ağrıları tüm başağrılarının en büyük çoğunluğunu oluşturur. Başağrısının etyolojisi, sıklığı, şiddeti ve yaşamsal sonuçları çok büyük farklılıklar gösterebilir ve başarılı bir tedavinin ilk basamağı doğru ve özgün bir tanı koyabilmeye dayanır.

Uluslararası Başağrısı Derneği (International Headache Society IHS) sınıflama sisteminde başağrıları başlıca iki geniş grupta ele alınmaktadır: primer başağrısı bozuklukları ve sekonder başağrısı bozuklukları. Sekonder başağrısı bozukluklarında başağrısı beyin tümörü, inme veya metabolik bozukluk gibi bir başka hastalığa bağlıdır. Primer başağrısında ise altta yatan saptanabilir başka bir neden yoktur.

Başağrılı bir hastanın değerlendirilmesinde ilk olarak sekonder başağrısı dışlanmalıdır. Bu karar öykü, nörolojik ve genel tıbbi muayene ile yapılır. Sekonder başağrısı dışlandığında ise primer başağrısının doğru tanısı konmalıdır. Bazen aynı hastada birden fazla başağrısı aynı anda görülebilir, bu durumda her ağrı ayrı tanı almalıdır.

Doğru tanı koymada iyi alınan öykü çok önemlidir. Bu nedenle de başağrılı hasta sorulanırken, başağrısının tipi ve karakteri, sıklığı, başlangıcı, şiddeti, yeri, aura varlığı, eşlik eden bulgular, başağrısını başlatan faktörler, uyku düzeni, önceki ilaçlar ve tedaviler, emosyonel faktörler ve aile öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır.

Primer başağrıları arasında en sık görülenler migren ve gerilim tipi başağrısıdır. Bunlarla karşılaştırıldığında daha ender olmakla birlikte diğer primer başağrıları küme başağrısı ve kronik paroksizmal hemikranya ve diğer primer başağrılarıdır (primer saplanıcı başağrısı, primer öksürük başağrısı, primer egzersiz başağrısı, preorgazmik, orgazmik başağrısı, hipnik başağrısı, primer gökgürültüsü başağrısı, süregen yarım başağrısı ve yenigünlük ısrarlı başağrısı).

Hastanın ilk değerlendirilmesi sırasında akut başlangıç, hayatındaki en şiddetli başağrısı olması, sıklığın ve şiddetin gittikçe artıyor olması, yeni başlaması, egzersizle birlikte ortaya çıkması, belli bir sekle uymaması, tedaviye yanıt vermemesi, sabah ve ya uykudan uyandıran karakterde olması ve hiç yer değiştirmeyen karakterde olması gibi durumlarda ise sekonder başağrıları düşünülmelidir.

Migren

Migren tüm başağrıları arasında doktora en sık başvuru nedenidir. Tanıda kullanılan özel bir laboratuvar testi ya da radyolojik görüntüleme yoktur. Kadınların yaklaşık % 20'sinin, erkeklerin ise % 8'inin migrenli olduğu bilinmektedir. Atak sırasındaki olumsuz etkileri yanında iş ve okul performansında düşme ve sosyal problemler gibi etkileri vardır. Tekrarlayıcı olması, çoğunlukla tek yanlı olması, zonklayıcı olması, atak sırasında ses ve gürültünün rahatsız etmesi, fiziksel eylemlerle artışı göstermesi ve bulantı kusma karakteristik özellikleridir. Migren çoğunlukla aurasız olmakla birlikte nadiren auralı migren şeklinde de belirti vermektedir.

Gerilim Tipi Basağrısı

Primer başağrıları arasında en sık görülen tip gerilim tipi başağrısıdır. Migrenden daha fazla görülmeyle birlikte şiddetinin migrenden daha az olması nedeniyle doktora daha az başvurmaya neden olmaktadır. Sıklıkla iki yanlı olması, zonklayıcı olmaması, hareketle artışı göstermemesi, bulantının eşlik etmemesi, ısıktan rahatsızlık duymama karakteristik özellikleridir. Ataklar şeklinde olabildiği gibi kronik şekilde de görülebilir.

Trigeminal otonomik sefalajiler

Trigeminal sinir dağılımına uyan bölgede başağrısı ile birlikte kranyal otonomik aktivasyon ile karakterize bir dizi baş ağrısı sendromundan oluşur. En sık görüleni küme başağrısıdır. Gerilim ve migren başağrısından sonra en sık görülen primer baş ağrısı küme başağrısıdır. Ağrı tipik olarak tek taraflı, çok şiddetli ve kısa sürelidir. En sık olarak 20-40 yaş arası ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde ve sigara içenlerde daha sık görülür. Periyodik olarak oluşması nedeniyle küme başağrısı olarak adlandırılmaktadır.

SUNCT Sendromu (Tek taraflı göz yaşarması ve kızarmasının eşlik ettiği kısa süreli nevralfiform ağrılar)

Primer başağrıları arasında en nadir görülenlerdendir. Siddetli, yakıcı, oyucu, elektrik çarpması şeklinde karakter gösterir. Ortalama görülme yaşı 50 dir. 5 ila 240 saniye süren paroksizmler halinde ağrılar görülür. Bir saatte 5-6 atak (günde 3-200 atak) sıklıdır. Burun tıkanıklığı ve akıntısı, göz ödemi gibi belirtiler başağrısına eşlik edebilir.

Kaynaklar

1. Baykan B, İdrisoğlu HA. Başağrısı. In: Oge AE, Baykan B (eds). Nöroloji. 2. baskı. İstanbul; 2010
2. Başağrısı sınıflama komitesi. Başağrısı bozukluklarının uluslararası sınıflaması 2. Basım. Türk Nöroloji Derneği yayınları; 2005 sayı:2 Denizli
3. Ertaş M, Baykan B. Başağrılarına yaklaşım ve Akut Başağrıları. Ekspres Baskı, İstanbul 2007.
4. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. Editörler Türkçe Çeviri: Ertaş M, Akman-Demir G. Klinik Uygulamada Başağrısı İkinci Baskı, Yelkovan yayıncılık, İstanbul, 2004.

ASM OTURUMLARI 2

Aile hekimliği uygulamasında ev gezileri ve evde sağlık hizmetleri

Konuşmacılar: Uzm. Dr. Ruşen TOPALLI, Uzm. Dr. Onur SÜRMEGÖZLÜER

MEVZUAT PENCERESİNDEN BAKIŞ VE ÖNERİLER

Dr. Ruşen TOPALLI

Teyyaredüzü ASM, Giresun

Aile hekimliğinden söz edilmeye başlandığı zamanlarda birçok kişinin kafasında canlanan bir beklenti ve buna bağlı ortaya çıkan bir soru da doktorun eve gelip gelmeyeceği idi. Aile fotoğrafında yer açılan kişinin eve gelmesi de doğal bir durum olarak kabul ediliyordu. Aile hekimliğinin ülkemizdeki işleyişini şekillendiren yasa, yönetmelik ve talimatnamelerde ev ziyaretleri ve evde sağlık hizmetleri nasıl yer almıştı ve bize göre nasıl almalıydı bu bölümde ondan bahsedilmeye çalışılacaktır.

Normlar hiyerarşisine göre aile hekimliği uygulamasının en üst düzey düzenleyicisi olan Aile Hekimliği Kanununda doğrudan ev ziyaretleri ya da evde sağlık hizmetiyle (ESH) ilgili bir hüküm bulunmuyor. Kanunun tanımlar bölümünde hizmetin “belli bir mekânda” verileceği belirtilmiş. Sadece gerektiği ölçüde “gezici sağlık hizmetinden” bahsedilmiş.

Aile hekimliği uygulamasını ayrıntılarının düzenlendiği temel mevzuat olan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde (AHUY) aile hekiminin görev ve sorumluluklarını belirten 4. maddesinin c fıkrasında: “Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer”; g fıkrasında: “Evde takibi zorunlu olan özürsüz, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir” denilmiştir. Burada anahtar ifade “birinci basamak”tır. Yani ASM’ye başvuran kişilere verilen hizmetlerin evde takibi “zorunlu” hastalara da verilmesi görevi aile hekimine verilmiş gibi görünmektedir. Aynı maddenin izleyen fıkrasında da evde bakım hizmetlerinin koordinasyonu görevi aile hekimine verilmiştir. Yine AHUY’un 10. maddesinde, yapılacak ev ziyaretleri ve gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin çalışma süresine dâhil edileceği bildirilmektedir.

Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik’te ise ev ziyaretleri ve evde sağlık hizmetleriyle

İlgili bir düzenleme yer almamıştır. Bir başka deyişle, evde sunulan sağlık hizmetleri için aile hekimine her hangi bir ödeme yapılması söz konusu değildir. Yalnızca yönetmelik eklerinden ihtar puanlarının yer aldığı Ek-2'deki cetvelde, bakanlığın kullanılmaktan artık kaçındığı "evde bakım" ifadesi kullanılarak, "evde bakım hizmetlerinden görevi olan kısımları yapmamak"ın 10 puanla cezalandırılacağı bildirilmektedir.

Evde sağlık hizmetlerinin genel anlamda düzenlenmesinin ise yönetmelik yerine yönerge ile yapılması uygun görülmüş ve "[Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge](#)" yayınlanmıştır. Bu yönergenin aile hekimlerini de kapsadığını kapsam maddesinden öğreniyoruz. İncelendiğinde aile hekimliği mevzuatına hâkim olmayan, aile hekimliğinin özerk yapısını bilmeyen kişilerce hazırlanmış olduğunu düşündüren bu yönergenin 5. maddesinde evde sağlık hizmetlerini sunacaklar arasında "aile sağlığı merkezleri" (ASM) ve aile hekimleri de yer alıyor. Aile hekimleri daha doğrusu aile hekimliği birimlerinin ana hizmet birimi olmasına; ASM'lerin aile hekimlerinden bağımsız hizmet sunabilen yapılmalar olmamasına rağmen, yönergede ASM'lerin hizmet birimi gibi yer almaları, aile hekimliği mevzuatına uymayan bir durumdur.

Yönergede ESH ve aile hekimi ilişkisine vurgu yapan bölümler ele alınacak olursa dikkat çeken bir nokta, ESH birimlerinde gerçekleştirilen hizmetlerle ilgili olarak aile hekimine bilgi verilmesinin ESH sorumlu hekiminin görevleri arasında sayılması.

Bu yönergede aile hekimini, ESH ile ilişkilendiren maddelerde genellikle kapsamı çok açık olmayan ifadeler kullanılmış, bunları sıralayacak olursak:

14. maddenin 3. fıkrasında, evde takibi zorunlu özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar ile evde sağlık hizmeti alması gerektiği bu Yönerge'de belirtilen usul ve esaslara göre tespit edilen kişilere yönelik birinci basamak (BB) koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri, ilgili mevzuatı gereği toplum sağlığı merkezi (TSM), ASM ve aile hekimleri vasıtası ile verilir, denilmiş. Hangi hizmetlerin BB olarak ele alınacağı ise tartışmaya açık ve zaten tartışmalara, ilden ile, ilçeden ilçeye değişen uygulamalara neden olabilmekte.

16. maddede, ESH için başvuruların ASM ve aile hekimleri aracılığıyla da yapılabileceği belirtilmiş. ESH, BB kapsamında verilecekse, koordinasyon merkezinin hastanın kayıtlı olduğu "ASM" veya aile hekimine ESH başlatılması için bildirim yapacağı de eklenmiş. Yine yukarıdaki maddedeki BB kapsamı tartışması yine söz konusu, ayrıca aile hekimi dışında ASM'nin nasıl bir başvuru birimi olacağı belirsiz.

17. maddede, ESH için başvuran hastaların kabul edilip edilmediklerinin hastanın aile hekimine bildirileceği, "ASM" veya aile hekiminin kendi hastalarından ESH alması gerektiğine karar verdiği hastaların durumunu değerlendirerek hizmetin seviyesini belirleyeceği. Hizmetin seviyesi konusunda aile hekimi ve ESH birimi arasında anlaşmazlık durumunda komisyonunun karar vereceği açıklanmaktadır. Birim sorumlusu tabibin de üyesi olduğu komisyonun ne ölçüde tarafsız karar vereceği ise tartışmalıdır.

18. maddede, BB kapsamında verilecek ESH ilişkin çalışma ve iş planının "ASM" veya aile hekimince hazırlanacağı, sağlık grup başkanlığı veya TSM tarafından onaylanarak uygulanacağı belirtilmektedir.

19. maddede ise ESH'nin randevu sistemine dayalı olarak yürütüleceği, ziyaret sıklığının vakanın durumuna göre günlük, haftalık veya aylık dilimlerde olacağı, randevu sisteminin yöntem ve işleyişinin birim (ESH birimi) sorumlu tabibi veya aile hekimi tarafından belirleneceği ifade edilmektedir.

Mevzuat incelendiğinde en sıkıntılı konuların hangi hizmetlerinin BB kapsamında olacağındaki belirsizlik ve aile hekimince verilecek ESH giderlerinin nasıl karşılanacağıdır. Enjeksiyon, pansuman, İV tedaviler gibi günlük hatta daha sık verilmesi gerekebilecek hizmetler BB kapsamında değerlendirilecek midir? Başka birçok görevi olan aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanları bu hizmetleri verebilir mi? Buna zaman ayırabilir mi? Bunlar iyi düşünülmediği anlaşılan, belirsizliğini koruyan noktalardır.

SUT gereği ESH giderleri SGK tarafından karşılanmaktadır. Ancak bu hizmetler aile hekimleri tarafından verildiğinde SGK tarafından karşılanması olası değildir, o halde harcanan malzeme ve hastanın evine ulaşım gibi ESH giderleri nereden karşılanacağı belirsizdir. İyice kısılmış olan ASM giderleri ödeneğinden karşılanması bu ödeneğin kapsamına uygun değildir.

Aile hekimince verilecek evde sağlık hizmeti sadece hastanın randevulu muayenesi (acil muayeneler, acil sağlık hizmetleri birimine ait olmalıdır), takibi ve kontrolü gereken hastaların aile hekimince uygun görülen aralıklarla ziyareti şeklinde olmalıdır. Bu durum, açık şekilde mevzuatta yer almalıdır. Ayrıca uygun kriterlerle belirlenecek ESH alması uygun hastalar için de gebeler, tutuklu/hükümlüler, vb. için olduğu gibi ayrı puan katsayısı belirlenmeli ve bu hastalar için aile hekimine daha fazla ödeme yapılmalıdır. Bu kapsama alınacak hastalar belirlenecek kriterler de dikkate alınarak aile hekimince belirlenmelidir. Önerilebilecek kriterler: 80 yaş üstü, ileri derecede hareket zorluğu yaratan solunum, dolaşım yetmezliği, nörolojik ve ortopedik bozuklukları olanlar, terminal dönem kanser hastaları, güvenlik şartları uygun olmak koşuluyla bazı psikiyatrik hastalar ve yatalak hastalar olabilir.

EV ZİYARETLERİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Dr. Onur SÜRMEGÖZLÜER

Merkez 2 No'lu ASM, Niğde

Ev Ziyaretleri

Dünyanın pek çok yerinde insanlar Aile Hekimi'ni "Eve gelen doktor" olarak tarif ederler. Sinemada, televizyonda, ve edebiyatta aile doktorunun eve geldiği dramatik sahnelere çokça rastlanır. İnsanların Aile Hekimine bakış açılarını şu olay da göstermektedir : Aile hekiminin eve gelmesini isteyen bir hasta, kısa bir süre önce yada sonra hastaneye gidebilmektedir. Gerçekte Aile Hekimlerinin az sayıda ev ziyareti yapıyor oldukları gerçeği, nedense bu bakış açısını pek değiştirmemektedir.

İngiltere'de hasta-hekim karşılaşmalarının %10'u evde olmaktadır. Hollanda'da bu oran 1985'te %17 iken 2001'de %8.5'e düşmüştür. Amerika ve Kanada'da hekimlerin ev ziyareti sıklığı günde 1'in altındadır. Yine Amerika'da, her 3 aile hekiminden 1'i hiç ev ziyareti yapmamaktadır.

Aile hekimlerinin az sayıda ev ziyareti yapıyor olmalarının nedenlerinden birisi dünyada çoğu bölge de aile hekimisi sayısının yetersiz olması ve dolayısıyla hekimlerin fazla iş yükü altında olmalarıdır. Çünkü ev ziyareti, ofiste yapılacak bir vizite göre en az 2 katı zaman almaktadır. O nedenle bir Aile Hekimi hangi hastaya, ne zaman, kim tarafından ev ziyareti yapılacağı konusunda seçici olmak zorundadır. Bu konuda bazı kurallar önceden belirlenerek uygulanabilir. Örneğin çocuk hastalar neredeyse tüm hastalık durumlarında kliniğe getirilebilirler.

Ev ziyaretlerinin her ülkede ödenmiyor olması, hekimlerin çalıştıkları birimlerdeki donanımı eve taşıyamayacakları için evde yetersiz hizmet vereceklerini düşünmeleri, tıp eğitiminde ev ziyaretine yeterince yer verilmemesi, ev ziyaretlerinin az yapılıyor olmasının diğer nedenleri olarak sayılabilirler. Sağlık sistemindeki diğer aktörlerin evde bakıma yeterli destek vermemeleri de evde bakımı zorlaştırmaktadır. Örneğin hastayı taburcu eden hastane hekimisi, taburcu sonrası evde bakım konusunda aktif destek vermelidir. Hastayı nakledebileceğiniz yeterli bakımevi hizmetlerinin, sosyal destek görevlilerinin, evde fizik tedavi uygulayabilecek terapistlerin olmaması, yada az sayıda ve zor ulaşılabilir olmaları, güvenlik konusunda önlem alınamıyor olması gibi pek çok faktör, ev ziyareti ve evde bakım uygulamak isteyen hekimisi yalnızlaştırmaktadır.

Hastalar ve yakınları, zorunlu olmadığı hallerde de ev ziyareti talep edebilmektedirler. Bu suistimal

ihtimali de aile hekimleri arasında ev ziyareti konusunda bir çekimserliğe yol açabilmektedir. Ayrıca ev ziyareti konusu kendine özgü mediko-legal ve etik sorunlar içerebilmektedir.

Daha yaşlı hekimlerin, hastalarıyla daha uzun süreli ilişkisi olan hekimlerin, daha kırsal bölgelerde çalışan hekimlerin ve daha yaşlı nüfusa hizmet veren hekimlerin daha çok ev ziyareti yaptıkları görülmektedir. Kanada'da hekimlerin ev ziyareti yapma oranlarıyla ilgili bir araştırmada daha eski hekimlerin %57'sinin ev ziyareti yaptığını, genç hekimlerde ise bu oranın %37'lere düştüğü bulunmuştur.

Bazı hekimler ev ziyareti konusunda daha aktif bir tutum sergileyerek bu konuda planlama yapmakta, ekip anlayışıyla koordinasyon sağlamakta, bazı hekimler ise sadece hasta yada yakınları tarafından talep geldiğinde ev ziyareti yapmaktadır. Ev ziyaretinden kaçınmak hekim ve hastaları üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Hekim evde bakım açısından pratiğini geliştiremeyecektir. Ev ziyareti ihtiyacı ve talepleri her geçen gün artmaktadır. Bu durumu hastalarımıza daha iyi hizmet sunmak ve hastalarımızla iletişimimizi güçlendirmek için lehimize bir fırsat olarak kullanabileceğimiz gibi, ev ziyareti yapmayarak durumu aleyhimize de çevirebiliriz. Hiç ev ziyareti yapmayan bir Aile Hekimi hastalarına karşı sorumluluğu açısından yetersiz kalabilecektir. Kaldı ki, hastalar ne zaman bakıma ihtiyaçları olduğunu her zaman bilememektedirler. Diyabeti olan ve doktora gitmesini güçleştiren, artrit gibi bir sağlık sorunu olan bir hasta, diyabeti yeterince bilmemekte, ve evde diyabetinin takip edilmesi için bir talepte bulunmayabilmektedir. Bunun gibi örnekler, ev ziyareti konusunda reaktif değil, proaktif olmamız gerektiğini göstermektedir.

Ev ziyareti yapmak için, hepsi literatürde kanıtlanmamış olsa da, çok sayıda neden sayılabilir. Hastane enfeksiyonları yeni ortaya çıkan dirençli suşlarla giderek daha önemli hale gelmektedir. Hastanede yatış çoğu zaman evde bakıma göre maliyetlidir, çünkü hastanede tıbbi hizmetin yanında otel hizmeti de verilmektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada bazı hastalık gruplarında evde bakımın maliyetinin hastanede yatıştan daha az olmadığı görülmüş. Hastaneler zaten mevcut hastalığı nedeniyle önemli kaygıları olan hastalarımız için, yaşamları üzerindeki kontrolü biraz daha kaybettikleri mekanlardır. Evde bakımın sadece hastanede bakıma değil, kendi kliniklerimize karşı da üstün tarafları olabilmektedir. Örneğin bekleme odalarımız bulaşıcı hastalıkların yayılımına yol açabilmektedirler.

Ev ziyareti yapmak için diğer bir neden, ev ziyareti sırasında klinikte fark etmediğimiz bazı tıbbi sorunları farkedebilmemizdir. Hastanın ilaçlarını, tıbbi araç ve cihazlarını (yürüme yardımcısı, glukometre, nebülizatör gibi) nasıl kullandığını görme fırsatımız olur. Hastanın düşmesine yol açabilecek bir durumu yerinde görüp düzeltme imkanımız olur. İhmal yada şiddete uğrayan bireylerin fark edilmesini sağlayabilir. Hasta memnuniyetini ve doktor-hasta ilişkisinin gücünü arttırır. Hastaya bakan yakınlarının yada bakıcısının üzerindeki stresi azaltır. Hekim için de önemli bir mesleki tatmin sağlar.

Hastaların evde alacakları sağlık hizmetini koordine etmek biz Aile Hekimleri'nin görevidir. Evde bakımın aile hekimleri haricinde bir kurum olarak gelişmesi, daha çok branşlaşma ve parçalanma anlamına gelecektir.

Ev Ziyareti Türleri

Ev ziyaretlerini hasta profili ve ziyaret nedenlerine göre çeşitli gruplara ayırabiliriz :

- Akut hastalık nedeniyle yapılan ev ziyareti
- Kronik hastalık yada engellilik nedeniyle eve bağımlı hastalar : kronik hastalık stabil değilse, akut alevlenmeler oluyorsa, yada hasta immobil ise ev ziyareti gerekir
- Son evre hastanın ziyareti : Son dönem bakımı, ölümün onaylanması, yas için destek ziyareti
- Taburcu sonrası ev ziyareti : Taburcu sonrası rehabilitasyon ihtiyacı (inme, yaralanma, cerrahi) yada tıbbi gözetim ihtiyacı (MI, kanser kemoterapisi). Hasta taburcu edilmeden önce Aile Hekimi ile temas kurularak planlama yapılmalıdır.
- Yenidoğan bebeği olan aileler
- Diğerleri : Sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı, sosyal izolasyon, ihmal yada şiddet şüphesi, yakın zamanda ciddi hastalık tanısı almış olma nedenleriyle yapılan ev ziyaretleri

Ölmekte olan hastanın ziyareti : Aile hekimi ölüm öncesi, ölüm esnasında ve sonrasında, evde bulunarak aileye çok önemli tıbbi ve duygusal destek sağlayabilir. Aile bireylerinin ölümle baş edip edemedikleri, tıbbi, psikososyal, çevresel ve finansal durumları değerlendirilmelidir.

Ev değerlendirme ziyareti : Evde gözlem yapılarak “Hastanın ev ortamı, sağlığını nasıl etkiliyor ?” sorusuna cevap aranır. Bir hastanın durumundan şüphelenen aile hekimi bu çeşit bir ziyarete gerek duyabilir; sık hastalanan yada tedaviye uyumsuz bir hasta gibi. Evde hastanın kullandığı ilaçları görme fırsatı olur. Hastanın ihmale, şiddete uğradığı yada sosyal izolasyon varlığı, böyle bir ev ziyaretiyle ortaya çıkabilir. Bilişsel yeti kaybı yada inkontinansı olan hastalar ve aileleri bu tip bir ziyaretten daha fazla fayda görebilirler. Ev ziyareti sonucunda hastanın bakımevine ihtiyacı da değerlendirilebilir.

Taburcu sonrası ev ziyareti : Majör cerrahi gibi kişinin yaşamını önemli ölçüde etkileyen durumlardan sonra yapılacak bir ev ziyareti, kişinin ve ailesinin durumla baş etme becerilerini ve tedaviye uyumu değerlendirmeye olanak tanır.

Ekipman Ve Planlama

Meşhur “doktor çantası” , gerekli ekipmanın çoğunu içerir. Bunlar arasında otoskop, oftalmoskop, lubrikan, hasta kayıtları, reçete, stetoskop, sfigmomanometre, termometre sayılabilir. Hastanın evinden de glukometre, baskül gibi bazı malzemeler kullanılabilir.

Ev ziyaretine gitmeden önce ziyaretin amacını netleştirilmek, amaca göre gerekli malzemeleri hazırlamak, hastanın adres ve telefonunu kaydetmek ve gerekirse bir harita almak, hasta/hasta yakınları ile randevu ayarlamak, ve ziyaret sırasında bulunması istenen aile bireylerini haberdar etmek yararlı olacaktır.

Ev Ziyaretinde Neler Değerlendirilmeli?

- Evin durumu
- Beslenme durumu
- Diğer bireyler
- İmmobilite

- Güvenlik
- Ruhsal sağlık
- Varsa , alınan diğer evde bakım hizmetleri
- İlaçlar
- Muayene ve incelemeler

(Baş harfleri EBEDİ GÖREVİM şeklinde ezberlenebilir)

İmmobilite : Hasta banyo, ulaşım, giyinme, tuvalet, beslenme, telefon kullanma, ilaç kullanma, fatura ödeme, yiyecek alışverişi yapma, yiyecek hazırlama, ev işleri gibi faaliyetleri yapabilme açısından değerlendirilir. Hekim hastadan bazı faaliyetleri yapmasını isteyebilir ve gözlemler. Gerekli alanlarda yardımcı girişimler yapılır. Örneğin artriti olduğu için ilaç şişelerini açmakta zorlanan hasta için uygun ilaç kutuları temin edilebilir.

Beslenme : Hekim hastanın mevcut beslenme durumunu, yeme alışkanlıklarını ve yiyecek tercihlerini değerlendirmelidir. “Diyabet kontrolünüz için diyet üzerinde çok durmuştuk. Ne çeşit gıdalar yediğinizi değerlendirmek için buzdolabınıza bakabilir miyiz?” gibi, açık uçlu ve direk sorularla değerlendirme için izin alınabilir.

Diğer bireyler : Aile bireylerinin sosyal desteği değerlendirilebilir. Acil durumlarda hasta yakınlarının ulaşılabilirlikleri sorgulanabilir. Hastaya bakan kişilerin yaşadığı güçlükler ve tükenmişlik hissetme riskleri değerlendirilir.

İlaçlar : Hastanın hangi ilaçları ne sıklıkta ve nasıl kullandığı değerlendirilir. İlaç etkileşimleri ve hastanın ilaç kullanımını konusundaki uyumu hakkında bilgi edinilebilir. Hastanın OTC ilaçları fazla yada uygunsuz kullanıp kullanmadığı kontrol edilebilir.

Güvenlik : Gaz ocağı, su ısıtıcılar, kaygan zeminler, merdivenler, elektrik kabloları, ışıklandırma gibi kaza riskine yol açabilecek durumlar değerlendirilir ve yangın teçhizatı gibi önlemler planlanır.

Ruhsal sağlık : Evde dini objeler yada kitaplar varsa, inançların hastanın fiziksel ve duygusal sağlığı üzerine etkileri hakkında sorular sorabilir. Hastayla, ruhsallığı bir baş etme ve iyileşme stratejisi olarak kullanması hakkında konuşulabilir.

Bir ev ziyaretinde her şeyi değerlendirmek mümkün olmayabilir. Hastanın ihtiyaçlarına göre sadece birkaç yönden değerlendirme yapılabilir. Örneğin yakın zamanda düşme öyküsü olan bir hastanın ziyaretinde ev güvenliği ve çoklu ilaç kullanımı değerlendirilebilir. Yada yakın zamanda Alzheimer hastalığı tanısı konmuş bir hasta için sadece mobilite ve sosyal desteğin değerlendirildiği bir ziyaret yapılabilir. Ev ziyaretleri için düzenlenmiş bir kontrol listesinin kullanılması kolaylık sağlayabilir.

Ev Ziyaretlerinin Klinik Pratiğe Entegrasyonu

İyi organize edilmemiş, sporadik yapılan ev ziyaretleri yerine, sistemli bir ev ziyareti planı kullanılabilir. Amerika ve Avrupa’da aile hekimleri haftanın yarım yada bir gününü ev ziyaretlerine ayırmaktadırlar, ancak akut hastalıklar için tabi ki bu programın dışına çıkmak gerekebilmektedir. Ev ziyaretlerinde öncelik sağlık hizmetlerine erişimi zor olan hastalara verilebilir. Görme yada işitme problemi olan yada yatalak hastalar bu gruba girebilir. Zira bu hasta grubunun klinikte görülmesi de kliniğin işleyişini aksatabilir. Aynı bölgede oturan hastaların ev ziyaretlerini gruplamak da verimliliği artırabilir.

Hemşire, ebe gibi yardımcı sağlık personeli de evde bakım takımının bir üyesi olarak bazı ev ziyaretlerini gerçekleştirebilir. Ancak doktor, evde bakım ekibinin anahtar üyesinin kendisi olduğunu unutmamalı, yükü tamamen yardımcı sağlık personeline bırakmamalı, sık sık kendisi de ev ziyaretine

katılmalıdır. Bazen hasta için yapılacak bir şey olmadığı düşünülse dahi hekim de ara ara ziyaretlerde bulunmalıdır ; kaldı ki ciddi bir hastalık söz konusuysa yapılacak bir şeyler her zaman vardır. Hekimin ziyareti en azından hasta, ailesi ve evde bakım ekibi için psikolojik destek sağlar.

Evde bakımın nasıl organize edilmesi gerektiği her ülkenin ve bölgenin koşullarına göre belirlenmelidir. Yeni Zelanda'daki "Hospital at Home", yada Kanada'daki "The New Brunswick Extra-mural Hospital" örnek olarak incelenebilecek sistemlerdir. Amerika'da hastaneler, sigortaların uzun yatış sürelerine karşı baskısı sonucunda, kendi evde bakım hizmetlerini organize etmişlerdir ve taburcu aşamasından itibaren evde bakımı entegre bir şekilde planlamaktadırlar.

Ev Ziyaretleri Ve Teknoloji

Günümüzde evde tansiyon ve kan şekeri takibi yapmak kolaylaştı, iv ve subkutan tedavi teçhizatı gelişti. Verilerin elektronik olarak ev, hastane, laboratuvar arasında paylaşımı kolaylaştı. Oksijen konsantratörleri, nebülizatörler, havalı yataklar gibi teçhizat evde kolay kullanılacak cihazlar arasına girdi. Total parenteral nutrisyon, renal yada peritoneal diyaliz evde uygulanabilecek diğer tedaviler arasında sayılabilir.

Telefon görüşmesi tam bir ev ziyaretinin yerini tutmasa da (mesela telefonda influenza ile pnömoniye ayırt etmek mümkün olmaz), telefonla yapılacak bir görüşme, belli konulara odaklanmayı ve zamanı etkin kullanmayı sağlayan bir metottur. Telefon görüşmesi şu anki uygulamada çok az kullanılmakla birlikte, daha fazla kullanılmasının çeşitli yararları olabilir. Akut hastalık durumlarında, yeni ilaç başlanan hastanın tedaviye uyumunu öğrenmek ve uyumu artırmak amacıyla, kronik hastalıkların takibi amacıyla yapılacak telefon görüşmeleri faydalı olabilir. Amerika'da her 4 Aile Hekimi-Hasta temasının 1'inin sadece telefonla gerçekleştiği bölgeler olduğu bilinmektedir, ve durum bölge coğrafyasının özelliğiyle ilişkilidir.

Telemedicine uzaktaki hastalara, iletişim teknolojileri (özellikle iki yönlü video konferans) kullanılarak sağlık hizmeti verilmesidir, ve evde sağlık hizmeti yöntemlerinden birisi olarak kullanılabilir.

Sonuç

Özellikle yaşlı nüfus oranının ve kronik hastalıkların arttığı günümüz koşullarında evde bakımın önemi ve karmaşıklığı artmaktadır. Ev ziyaretlerinin ve evde bakımın kullanımı arttıkça, hastalar ve yakınları tarafından da daha çok ev ziyareti talep edilmektedir. Ucuz ve basit bir ekipmanla yapılabilen, hastayı ve fiziksel-sosyal ortamını çok yönlü değerlendirmeye olanak sağlayan bir ev ziyareti, hasta için, hasta yakınları için, ziyareti yapan hekim için, toplum sağlığı ve ülke ekonomisi için başka bir yolla elde edilemeyecek faydalar sağlar. Hastalar ev ziyaretinde mobilite, beslenme durumu, ev ortamı, sosyal destek, ilaçlar, muayene bulguları, güvenlik ve ruh sağlığı yönlerinden değerlendirilebilirler. Basit bir telefon görüşmesi dahi bizlerin vereceği kapsamlı bakıma ihtiyacı olan bireyler için çok önemlidir. Bazen kısa bir ev ziyareti, hastanız hakkında onlarca vizitte soracağınız yüzlerce soru ile öğrenemeyeceğiniz şeyleri çok kısa sürede öğrenme fırsatı sunar, ve hastalarımızı tanımamız önemlidir.

Evde sağlık hizmetleri anlatılırken bahsedilmesi gereken diğer bir konu da, evde sağlık hizmetine ihtiyacı olan çoğu hastanın, evde sosyal hizmetlere de ihtiyaç duyacağı gerçeğidir. Bu sosyal hizmetler arasında yemek, alışveriş, banka işlemleri, temizlik ve diğer ev işleri, uğraş terapisi ve bunların yanında sosyal hizmetler görevlileri tarafından sağlanabilecek diğer hizmetler sayılabilir.

OLGU TARTIŞMASI 1

Olgularla diyabet tedavisi

Moderatör: Yrd. Doç. Dr. Yalçın ERDOĞAN

Konuşmacı: Doç. Dr. Ertan MERT

OLGULARLA DİYABET YÖNETİMİ

Doç. Dr. Ertan MERT

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Mersin

Diyabet veya prediyabetin klinik yönetiminde kişinin biyopsikososyal özellikleri dikkate alınarak kanıt temelli bireyselleştirilmiş bir tedavi ve izlem planı geliştirilmelidir.

Olgu:

Anamnez; Emine hanım 42 yaşında ev hanımı, polikliniğe nefes darlığı, çabuk yorulma ve aşırı kilo yakınması ile başvurdu. Son 1 yıl içinde yaklaşık 15 kilo aldığını, son aylarda ev işlerini yaparken dahi nefes nefese kaldığını, sık sık dinlenme ihtiyacı hissettiğini söylüyor. Son zamanlarda ellerinde ve ayaklarında yanma ve karıncalanma olduğunu belirtiyor. Şikayetlerine öksürük ve göğüs ağrısı eşlik etmiyor. Diğer sistem sorgulamalarında herhangi bir özellik yok. Sigara, alkol, kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanım öyküsü yok. Anne diyabet hastası.

Fizik muayene; Boy: 155 cm, Ağırlık: 88 kg, Bel çevresi: 114 cm, TA: 130/85 mmHg. Obez görünümde. Kalp ve akciğer sesleri doğal. Diğer sistem muayeneleri normal sınırlarda. Hasta obezite ile ilişkili kardiyovasküler risk faktörlerinin ayırıcı tanısı için tetkik edildi.

Laboratuvar; AKŞ: 116mg/dl, HbA1c: %6.32, T.Kolesterol: 266mg/dl, LDL: 155mg/dl, Trigliserid: 253mg/dl. TSH, KCFT, BFT, TİT değerleri ise normal sınırlarda bulundu. Ertesi gün 75 gr glukoz ile OGTT uygulandı ve 2. saat plazma glukozu: 184 mg/dl ölçüldü.

Hastada belirgin abdominal obezite, bozulmuş glukoz toleransı, bozulmuş açlık glukozu ve hiperlipidemi bulunması nedeniyle olumlu yaşam tarzı düzenlemelerine yönelik diyet ve egzersiz önerilerinde bulunuldu. Hastanın diyeti; düşük kalorili, düşük glisemik yüklü, doymuş yağlardan fakir ve liften zengin olarak ayarlandı. Haftada 5 gün yaklaşık 30 dakika hızlı yürüyüş tarzında fiziksel aktivite önerildi.

3 ay sonra kontrole geldiğinde 10 kilogram vermişti. Yakınmaları çok azalmış ve fizik kapasitesi artmıştı. AKŞ:94/dk, HbA1C: %6.1, LDL:130mg/dl, Trigliserid: 163mg/dl olarak bulundu. Hastaya olumlu yaşam tarzı önerileri tekrar anlatıldı, diyetisyenle görüşmesi sağlandı ve 3 ay sonra kontrole çağrıldı.

Diyabette primer korunma; diyet, egzersiz ve fazla kiloların verilmesiyle sağlanır. Yeni tanı Tip 2 diyabet tedavisinde ise yaşam tarzı düzenlemelerinin yanı sıra, HbA1C değerinin kılavuzluğunda, oral antidiyabetikler (OAD) ve/veya insülin tedavisi de planlanır. Kontrendikasyonu yoksa ilk seçilecek OAD ilaç metformin olmalıdır.

Eğiticiler: Prof. Dr. Selim BADUR, Prof. Dr. Ener Çağrı DİNLEYİCİ, Doç. Dr. Arzu UZUNER

AŞILAR KONUSUNDA YENİLİKLER

Prof. Dr. Selim BADUR

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

Tıp tarihindeki önemli gelişmelere bakıldığında, 20. yüzyılın kazanımları listesinin ilk sırasında aşılardan konusunun geldiğini söylemek abartılı bir yaklaşım olmaz. Nitekim *Jenner* ve *Pasteur*'ün öncülük ettikleri “*izole et, inaktive et ve aşıl*” şeklinde özetlenecek uygulama sonucu, geçtiğimiz yıllarda aşı ile önlenemeyen bulaşıcı hastalıkların morbidite ve mortalite oranlarında önemli düşüşler kaydedilmiş; bazılarının dünyadan (çiçek örneğindeki gibi), bazılarının ise belirli bir bölgeden (Dünya Sağlık Örgütü-Avrupa bölgesinden *polio* örneğindeki gibi) eradikasyonu gerçekleştirilmiştir. Ancak devrim niteliğindeki bu gelişmelere karşın, ekonomik olanaksızlıklar nedeniyle her yıl dünyada altı aydan küçük yaklaşık 4 milyon çocuğun yaşamını yitirdiğini, diğer bir tanımlamayla aşıya erişim olanağı bulamadıkları için saatte 450 çocuğun kaybedildiğini biliyoruz (1). 21.yüzyıla girdiğimizde, bir yandan ekonomik nedenlere bağlı bu olumsuz tablonun değiştirilmesine çalışıldığını; öte yandan klasik etkenlere karşı daha etkili aşılama yaklaşımlarına paralel olarak, kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla (örneğin kanser, diyabet, multipl skleroz, ateroskleroz ve Alzheimer hastalığına ya da ilaç bağımlılığına karşı) bağışıklama ile tedavi ve mücadele yöntemlerinin araştırıldığını görmekteyiz (2).

Klasik aşılardan daha etkili kılınmasının yanı sıra, terapötik aşılardan geliştirilmesini hedefleyen çalışmalar, aşılardaki immünojen-immün sistem ilişkisinin daha ayrıntılı irdelenmesini gerekli kılmıştır. Nitekim konak immün sisteminin *tehlike sinyali*ni algılama yetisini ya da oluşacak bellek özelliğinin daha güçlü kılınmasını hedefleyen arayışlar sürmekte; farklı immünizasyon yolları araştırılmakta ve genetik mühendisliğinin katkısı ile bu güne dek yeterli uyarıyı sağlayamayan etkenlere karşı güçlü bir yanıt eldesi için araştırmalar yoğunlaştırılmaktadır. Örneğin son 10 yıldır aşılama için daha güçlü kılacak **adjuvanlar** listesinin gittikçe uzadığını (3); **vektör** çeşitliliğinin arttığını (4); **mukozal immünitenin** uyarılmasını sağlayan arayışların ivme kazandığını (5); özellikle **intradermal yol** örneğinde olduğu gibi farklı ve daha efektif yanıtı sağlayacak bağışıklama tekniklerinin geliştirildiğini gözlemlemekteyiz (6).

Bu çalışmalar sonucunda immünojeniteyi arttırmak amacıyla ilk aşamada geliştirilen grip aşısı örneğinde olduğu gibi lipozomlar içine yerleştirilen viral proteinlerin **virozomlar** şeklinde uygulandığını; hepatit ya da HPV aşılarda olduğu gibi **virüs benzeri partiküllerin** (VLP) kullanıma girdiğini görmekteyiz. Bu alandaki çalışmalar PLG, ISCOM, kitosan, polianhidritler, hiyalüronik asitler ve nihayet polistiren gibi sentetik yapılar içine yerleştirilen **nanopartikül** ya da **mikropartikül** şeklindeki formatların geliştirilmesi hedeflenerek devam etmektedir (7).

Yeni aşı uygulama arayışlarında, verilen immünojenin ASH'lerce alınarak işleniş aşamasından başlayarak, doğal bağışıklık yanıtının daha güçlü çalıştırılmasını hedefleyen incelemelerin son yıllarda ağırlık kazandığı görülmektedir. Nitekim **TLR** üzerinden sağlanacak uyarının daha güçlü kılınması ile edinsel yanıtın kuvvetlendirilme yaklaşımı konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiş; **dendritik hücrelerin** alt gruplarının aşıya yanıtındaki rolleri incelenerek bu hücrelerin işlevlerinin daha güçlü kılınması için çalışmalar gerçekleştirilmiştir (8, 9). Ayrıca rapel doz uygulamasının farklı bir biçimi olarak homolog ya da heterolog **prime-boost** çalışmalarının katkıları, HIV örneğinde olduğu gibi bir dizi aşı için ümit kaynağı olmuştur (2). Ve nihayet yaşamın erken ve geç dönemlerinde uyarılacak B hücre yanıtını daha güçlü kılma çalışmaları, söz konusu yaş gruplarında aşılamanın daha etkin hale getirilmesinde önem taşıyan yaklaşımlardır (10). Aşıların etkinliği ölçülürken, uygulamadan sonra elde

edilecek antikor titresinin tek kriter olarak değerlendirilmesi yetersiz bir yaklaşımdır. Oluşacak B hücre yanıtı ürünlerinin afinite ve avidite özellikleri; bellek hücre sentezleme oranları gibi, kısaca *antikorun kalitesi* şeklinde tanımlayacağımız özellikleri önemlidir ve etkinlik belirlenmesinde bu tip niteliklerin saptanmasının gereği unutulmamalıdır (11).

Son olarak *revers vaccinology* ve *sistem biyolojisi* kavramları gündeme gelmiş; ilk yaklaşım uyarınca patojen etkenlerin genomlarını hedef alan biyoinformatik analizler ile aşıda yer alacak daha güçlü immünojenlerin belirlenmesi yolunda önemli adımlar atılmıştır (12). *Sistem biyolojisi* yaklaşımı uyarınca ise, biyolojik etkileşimlerin mikroçevresel faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gündeme gelmiş; *genomik* ve *proteomik*'den sonra *transkriptomik* ve *metabolomik* kavramlarının irdelendiği çalışmalar ile modern aşılama arayışları farklı bir boyut kazanmıştır (13, 14).

Kaynaklar:

- Prabhudas M, Adkins B, Gans H, et al. Challenges in infant immunity: implications for responses to infection and vaccines. *Nature Immunol* 2011;12: 189.
- Plotkin SA. Vaccines: past, present and future. *Nature Med (Suppl.)* 2005;11: S5.
- Coffman RL, Sher A, Seder RA. Vaccine adjuvants: putting innate immunity to work. *Immunity* 2010;33: 492.
- Liu M. Immunologic basis of vaccine vectors. *Immunity* 2010;33: 504.
- Chen K, Cerutti A. Vaccination strategies to promote mucosal antibody responses. *Immunity* 2010;33: 479.
- Kenney RT, Frech SA, Muenz LR, Villar CP, Glenn GM. Dose sparing with intradermal injection of Influenza vaccine. *N Engl J Med* 2004;351: 2295.
- Bachmann MF, Jennings GT. Vaccine delivery: a matter of size, geometry, kinetics and molecular patterns. *Nature Rev Immunol* 2010;10: 787.
- Duthie MS, Plessner-Windish H, Fox CB, Reed SG. Use of defined ligands as adjuvants within human vaccines. *Immunol Rev* 2011;239: 178.
- Palucka K, Banchereau J, Mellman I. Designing vaccines based on biology of human dendritic cell subsets. *Immunity* 2010;33: 464.
- Siegrist CA, Aspinall R. B-cell responses to vaccination at the extremes of age. *Nature Rev Immunol* 2009;9: 185.
- Lambert PH, Siegrist CA. Can successful vaccines teach us how to induce efficient protective immune responses?. *Nature Med (Suppl)* 2005;11: S54.
- Sette A, Rappuoli R. Reverse vaccinology: developing vaccines in the era of genomics. *Immunity* 2010;33: 530.
- Pulendran B, Li S, Nakaya HI. Systems vaccinology. *Immunity* 2010;33: 516.
- Buonaguro L, Pulendran B. Immunogenomics and system biology of vaccines. *Immunol Rev* 2011;239: 197.

AŞI KARŞITI GRUPLAR VE AŞILARA KARŞI YAPILAN HAKSIZ SUÇLAMALAR

Prof. Dr. Selim BADUR

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

Enfeksiyon hastalıkları ile mücadelede, aşılardan en etkili koruma yöntemi olduğu bilim dünyasında yadsınmaz bir gerçek olarak değerlendirilir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve *Center for Diseases Control and Prevention* (CDC) gibi kuruluşların raporlarında da belirtildiği gibi aşılardan sayesinde, en azından gelişmiş ülkelerde, zaman içinde bir dizi enfeksiyon hastalığının görülme sıklığında önemli azalmalar kaydedilmiş; çiçek hastalığı gibi bazılarının dünya üzerinden eradikasyonu sağlanmış; polio örneğinde olduğu gibi bazılarının ise Avrupa kıtası gibi belirli coğrafyalarda ortadan kaldırılması

mümkün olmuştur (1, 2). Tüm bu olumlu gelişmelere karşın uzun yıllardan beri bazı çevreler aşı kavramına kuşkuyla yaklaşmışlar; etkinliğini tartışmanın yanısıra ciddi olumsuzluklara neden olabileceğini savunarak, özellikle etiyojisi bilinmeyen bazı patolojilerden aşılarda sorumlu tutmuşlar ve sonuçta sistematik olarak aşılama kavramına karşı çıkmayı sürdürmüşlerdir. Günümüzde aşılarda olan etkilerinin özenle izlendiğini; aşılara bağlı gerçek olumsuzluklar ile raslantısal gelişmelerin yakından takip edildiğini biliyoruz. Bu bağlamda ABD’de yılda 11.000 kadar yan etki bildirimi yapılmakta; söz konusu olumsuzlukların aşılama ile ilişkileri bilimsel verilerle irdelenerek gerçek durumun ortaya çıkartılmasına çalışılmaktadır (3). Böyle bir çaba sonucunda ve ancak toplumun doğru bilgilendirilmesi ile aşılama konusunda güven ortamı sağlanabilir. Nitekim yukarıda değinilen ve sistematik biçimde aşılarda suçlayan *anti-aşı kampanyalarının*, özellikle ebeveynlerin aşılarda kuşkuyla yaklaşmalarına yol açtığı ve aşılama oranlarını etkilediği yadsınamaz. Bu olumsuzluğun giderilmesi ve büyük oranda *söylentilere* dayanan haberlerin etkisini ortadan kaldırmak için aşılarda konusundaki suçlamalara objektif biçimde yaklaşmak doğru olacaktır.

Anti-aşı konusu ilk olarak İngiltere’de, E. Jenner’in çalışmaları sırasında gündeme gelmiş; bu dönemde bir din bilgini olan E. Massey, *hastalıkların tanrı tarafından bir ceza olarak insanlara gönderildiğini; bu nedenle de hastalıkları önlemeye çalışmanın, tanrıya karşı gelmekle eş anlamlı olduğunu* ileri sürmüş ve aşılama girişimlerini *şeytana uymak* olarak nitelendirmiştir. 1853 yılında çocukların zorunlu aşılama uygulamasına geçildiğinde ise, böyle bir yaklaşımın insan haklarına karşı bir girişim olduğu öne sürülmüş; İngiltere’de ki bu gelişmeyi, 1907 tarihinde ABD’de J. Pitcairn’in ilk Anti-Aşı konferansını düzenlemesi ve bir yıl sonra Philadelphia’da Amerikan Anti-Aşı Derneğini (Anti-Vaccination League of America) kurması izlemiştir. Aynı dönemde bu kez Brezilya’da O. Cruz benzer bir kampanyaya öncülük etmiş ve aşılarda karşı direniş (Revolta da Vacina) hareketini başlatmıştır. Tüm bu tarihsel sürecin ilginç yanı, 19. yüzyıldaki anti-aşı söylemlerinin, 21. yüzyıldakiler ile büyük oranda örtüşmesidir (4).

Günümüzde aşı karşıtı aktivistler modern çağın olanaklarından yararlanarak internet aracılığı ile toplumu etkilemeyi sürdürmektedirler. Nitekim elektronik ortamda yapılacak kısa bir araştırmada, aşı karşıtı söylemler içeren 31.400.000 kadar sitenin bulunduğu görülmekte; abartılı ve yanlış haberlerle dolu olan bu kaynaklara örneğin ABD’de erişkinlerin %55’inin rağbet ettiği belirtilmektedir (5). Söz konusu sitelerde hangi tip haberlerin yer aldığı araştırıldığı bir çalışmada, aşılarda idiyomatik hastalıklara neden olduğu; aşılamanın immün sistemi olumsuz biçimde etkilediği; yan etki görülme sıklığının kasıtlı olarak gizlenmekte olduğu ve aşı politikalarının ticari kaygılar sonucu hazırlandığı gibi başlıklar altında toplayacağımız abartılı suçlamaların ön plana çıkartıldığı bildirilmiştir (6). Bu yaklaşımlar dışında rutin aşılama programlarının insan haklarına ve bazı grupların inançlarına ters düştüğünü; aşılamanın özgürlükleri kısıtladığını; alternatif tıp uygulamalarının hastalıklardan korunmak için yeterli olduğunu savunan ve genellikle yaşanmış bazı dramatik öyküleri ele alarak duygu sömürsü yapan haberler bu sitelerde sıklıkla yer almaktadır (7, 8). Son olarak 2009 yılında yaşanan H1N1 pandemisi sürecinde internet sitelerinde yukarıda belirtilen haberlere yenileri eklenmiş; gündeme gelen pandemi aşısının hazırlık sürecinin çok çabuk gerçekleştiğine dikkatler çekilerek, yeterince kontrolleri yapılmamış ürünlerin uygulamaya konduğu; aşının içerdiği adjuvanların ya da koruyucuların zararlı olduğu gibi bir dizi gerçek dışı olumsuzluk gündeme getirilmiş ve bu haberler ülkemizde de bazı kesimlerce dillendirilmiştir. Burada, aşılarda yöneltilen suçlamalarla ilgili olarak sosyal nedenler dışında kalan ve aşı içeriğinin oluşturduğu öne sürülen olumsuzluklara ait bazı örnekler ele alınarak, konu ile ilgili yapılan çalışmalar özetlenecektir.

Aşıların yol açtığı varsayılan sorunların başında **otoimmün hastalıklara** neden oldukları suçlaması gelmektedir. Günümüzde genetik özelliklerin yanısıra çevresel faktörlerin de tetikleyici rolleri olduğu kabul edilen otoimmün hastalıkların yaygın biçimde görüldüğünü ve batı toplumlarında nüfusun ortalama %5’inin bu tip bir sağlık sorunu yaşadıkları bilinmektedir (9). Otoimmün reaksiyonlar, kalıtsal predispozisyon eşliğinde, immün sistemin antijene özgü uyarısı ve antijen sunan hücrelerin (ASH’ler) non-spesifik aktivasyonu sonucunda ortaya çıkan kombine olaylar temelinde gerçekleşmektedir.

Söz konusu gelişmeler genellikle klinik bulgulara neden olmazken, doku düzeyinde lokalize inflamatuvar yanıt örneğinde olduğu gibi bazı ilave gelişmelerin tabloya eklenmesi, belirtilerin ortaya çıkmasına yol açar. Diğer bir tanımlamayla otoimmün reaksiyonların sıklıkla gerçekleşmesine karşın, bu sürecin sonunda otoimmün hastalıklara bağlı klinik bulguların oluşumu göreceli olarak ender görülen bir gelişmedir.

Otoimmün hastalıkların ortaya çıkışında bazı enfeksiyon etkenlerinin ilave tetikleyiciler olarak rol oynadığı gösterilmiştir: *Streptococcus pyogenes* grup A enfeksiyonlarını takiben gözlenen ve kardiyak miyozin yapısı ile antijenik benzerliğe sahip bu bakterinin neden olduğu **kalp hastalıkları** ya da *Campylobacter jejuni* enfeksiyonları sonrası beliren ve anti-bakteriel lipopolisakkarid antikorları ile gangliosidlerin etkileşiminden kaynaklanan **Guillan-Barré sendromu (GBS)** gibi.

Bu tip gelişmelerde mikroorganizmalara ait bazı moleküller ile konak antijenleri arasındaki benzerliğin (antigenic mimicry) yanısıra doğal bağışıklığı harekete geçiren enfeksiyon ile ilintili uyarılar ve nihayet regülatör mekanizmaların baskılanması rol oynamaktadır. Antijenik benzerlik sorunu, mikrobiyal peptidler ile self-antijenler arasındaki sekans homolojisi sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Bu konuda T hücre uyarısı ile sonlanan *Hepatit B virüsü* (HBV) polimeraz peptidi ile tavşan miyelin bazik proteini arasındaki altı amino asitlik bölgeyi kapsayan homolojiyi (10); *Neisseria* türleri ya da *Haemophilus influenzae* lipopolisakkaridleri ile insan glikosfingolipidleri arasındaki B hücre uyarısına neden olan benzerliği örnek olarak gösterebiliriz (11). Mikrobiyal antijenlerin direkt etkisinin yanısıra, herhangi bir enfeksiyon sürecinde oluşacak doku hasarı sonrası açığa çıkan self-antijenlerin otoreaktif T hücrelerini uyarması ile indirekt yoldan da otoimmünitenin kamçılanması mümkündür (12). Benzer gelişmeler lokal inflamatuvar reaksiyonu takiben dendritik hücre (DH) aktivasyonu sonunda; mikrobiyal ürünlerin TLR'leri abartılı biçimde uyarmasını takiben; ya da tek bir self-antijen epitopunun, "epitop saçılımı" şeklinde isimlendirilen bir mekanizma uyarınca abartılı T hücre uyarısını kamçılması ile gerçekleşebilir (13). Ve nihayet IL-12, IL-23 gibi bazı sitokinlerin bellekli T hücrelerini ve özellikle Th17 alt-tipini uyarması; otoreaktif T hücrelerini denetleyen Treg hücre etkinliğinin IL-6 gibi mediatörlerce baskılanması sonucunda da otoimmün reaksiyonların oluştuğu gösterilmiştir (14). Kısaca özetlemeye çalıştığım bu veriler, enfeksiyon hastalıklarında farklı mekanizmalar uyarınca otoimmün reaksiyonların kamçıldığını göstermektedir.

Bu durumda aşılama sonrasında da benzer gelişmelerin oluşup oluşmayacağı; aşılama sırasında verilen immünojenik özellikteki epitopların otoimmün reaksiyonları kamçılıyıp kamçulamayacağı; aşı içeriğinde yer alan bazı adjuvanların non-spesifik uyarıdan sorumlu olup olmadığı soruları aklı gelmektedir. Ancak gerçek otoimmün patolojilerin ender görülmesi nedeniyle belirtilen sorulara yanıt aranması genellikle epidemiyolojik çalışmalar ile irdelenmektedir ve bulgulardan hareketle bir genelleme yapmak oldukça zordur.

Aşılama sonucu otoimmün hastalıkların tetiklenebileceğine dair ilk veriler, 1976 yılında ABD'de domuz gribi salgını sırasında gerçekleştirilen aşılama sürecinde saptanan GBS olgularına dayanmaktadır (15). Bu dönemde söz konusu aşının uygulandığı kişiler arasında 1/100.000 oranında GBS sorunu yaşandığı rapor edilmiş; ancak daha sonraki araştırmalar aşı sonrası saptanan bu patolojinin toplumdaki GBS rastlanma sıklığının altında olduğunu; aşılanmamış olup grip geçirenlerde daha yüksek oranda GBS sorunu yaşandığını ortaya koymuştur (16). Benzer bir tablo kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK-MMR) aşılması sonrasında idiyopatik trombositopeni gelişimi konusunda da ortaya atılmış; ancak aşı sonrası 1/30.000 oranında saptanan bu sorunun, doğal kızamıkçık ya da kızamık enfeksiyonları sonrasında daha sık biçimde gerçekleştiğinin (1/3.000 ve 1/6.000) gösterilmesi ile önemini yitirmiştir (16). Bu kapsamda üzerinde en çok gürültü kopartılan bir diğer konu, ilk olarak Fransa'da yaşanan ve hepatit B aşılmasına bağlı olarak geliştiği iddia edilen multipl skleroz (MS) olgularıdır. Bu ülkede 1991-1997 yılları arasında sekiz hafta süren aşılama sonrası 35 MS olgusunun saptandığının öne sürülmesi ile

başlayan süreç, demiyelizan sorunların hepatit B aşılması ile ilişkisinin olmadığına kanıtlanması ile tamamlanmış; ancak geçen sürede bir çok aile çocuklarını aşılatmaktan kaçındığından, çocuk yaş grubunda akut HBV enfeksiyonlarının görülme sıklığında artış gözlenmiştir (17). Benzer bir olumsuzluk ilişkisi aşılardan bireylerde diyabet tablosunun gelişimi ile ilintili olarak ortaya atılmış; ancak uygulanan aşıların diyabet oluşumuna etkisi olmadığı saptanmıştır (18). Sonuçta aşılama-otoimmün hastalık gelişimi ilişkisinin karmaşık ve multifaktöriyel bir konu olduğu unutulmamalı; bazı özel gruplarda gözlenen ancak birebir ilişkisinin tam olarak kanıtlanmadığı durumların ender olarak gözlemlendiği ve tüm bu verilere dayanılarak güncel aşı politikalarında herhangi bir değişikliğe gidilmesine gerek olmadığı kabul edilmektedir (19).

Aşılanmanın etiyojisi bilinmeyen hastalıklarla ilişkilendirilmesinde en fazla suçlanan molekül, aşı preparatlarına koruyucu olarak eklenen **tiomersal**dir. Yaklaşık 70 yıldır aşıların yanısıra çeşitli kozmetik ve farmasötik preparatlara ilave edilen ve bir organik civa türevi olan tiomersalin otizme, hiperaktivite sorununa ya da ender görülen akut lenfoblastik lösemiye (ALL) yol açtığı ısrarla dillendirilmişse de, zehirlenmelere yol açan metil merkürün aksine, tiomersalin vücuttan süratle atılan etil merküre metabolize olduğu bilinmektedir. Bu özelliği nedeniyle organizmada yığılı ve toksik etki oluşturması söz konusu olmayan tiomersalin herhangi bir risk oluşturmadığı; fetus, prematüre ve düşük doğum ağırlığındaki bebeklerde yapılmış çalışmalar bulunmuyorsa da, toksisiteye yol açabilecek civa miktarının vücutta birikmesine yol açmadığı gösterilmiştir (20). Bu arada, ilk olarak KKK aşılması sonrası otizme yol açtığı iddia edilen tiomersalin bakterisidal/fungisidal özelliği nedeniyle çok dozlu flakon tipi aşı preparatlarına eklendiğini; tek doz şeklindeki aşıların genelde bu tip bir koruyucu içermediklerini de belirtmek uygun olacaktır. Üzerinde çok sayıda spekülasyonun yapıldığı bir diğer aşı komponenti, adjuvan özelliği bilinen **skualen**dir. Özellikle 1991-körfez savaşında görev yapan Amerikalı askerlerin ülkelerine döndüklerinde yaşadıkları kronik multisemptomatik hastalıklardan, kendilerine uygulanan ve skualen içeren aşıların sorumlu olduğu iddia edilmiş; ancak ileri tetkikler ile skualenin bu tip bir soruna yol açtığına dair herhangi bir kanıt bulunmamasına karşın, bu yaklaşım pandemik aşılar konusunda ülkemizde de dile getirilmiştir (21). Adjuvanlardan söz edildiğinde yaygın olarak uzun yıllardan beri kullanılan **alüminyum bileşiklerine** ait suçlamalara da değinmek gerekir. **Bu grup adjuvanların** miyalji, artralji ve yaygın kas ağrıları ile karakterize makrofajik miyofasitise (MMF) neden olduğu ileri sürülmüşse de, sonuçta ender görülen bu durumun alüminyum tuzlarının depolanmasından kaynaklandığı; deltoid biyopsilerinde gözlenen MMF mikrolezyonlarının bir patoloji olarak kabul edilemeyeceği konusunda konsensüse varılmıştır (22). Ve nihayet pandemi aşılarının uygulanmasından sonra olduğu söylenen **narkolepsi** tablosu ile uygulanan aşılar arasında bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (23).

Sonuç olarak aşıların kullanıma girdiği yıllardan başlayarak bazı kesimler farklı gerekçelerle aşılama olgusunu karalamakta; raslantısal nedenlerle açıklanacak bulgulara dayanarak aşıları zararlı ilan etmektedirler. Elbette aşı konusunda "sıfır risk" den bahsetmek olası değildir ve düzenli biçimde gerçekleştirilen izlemlerle yan etki sorununun yakından takip edilmesi gereklidir. Bu süreçte aşılamanın getirileri düşünüldüğünde, herhangi bir olumsuzluk konusunda ortaya atılacak savların özenle irdelenmesi; hem basın organlarının hem de sağlık çalışanlarının konunun hassasiyetini unutmaksızın söylevlerinde daha dikkatli ve duyarlı olmaları gerektiği bilinmelidir. Sonuçta bu güne dek aşılar konusunda gündeme getirilen olumsuzlukların büyük oranda bilimsel verilere dayanmadığı ve bu tip haberlerle ailelerin aşılardan soğutulma riskinin bulunduğu unutulmamalı, konuya özenle yaklaşılmalı ve aşılama programlarının değiştirilmesine gerek olmadığına kabul edildiği göz ardı edilmemelidir (21).

Kaynaklar

Plotkin SL, Plotkin SA. A short history of vaccination. "Vaccines, Eds. S Plotkin, W Orenstein, P Offit" kitabında, s.1, 5. baskı, Saunders Elsevier, China, 2008.

- Salisbury DM, Spika JS. Immunization in Europe. "Vaccines, Eds. S Plotkin, W Orenstein, P Offit" kitabında, s. 1511, 5. baskı, Saunders Elsevier, China, 2008.
- Chen RT. Vaccine risks: real, perceived and unknown. *Vaccine* 1999;17: S41-S46.
- Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. *Brit Med J* 2002;325: 430-423.
- Davies P, Chapman S, Leask J. Antivaccination activists on the world wide web. *Arch Dis Child* 2002;87: 22-25.
- Wolfe RM, Sharp LK, Lipsky MS. Content and design attributes of antivaccination web sites. *JAMA* 2002;287: 3245-3248.
- Kata A. A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the internet. *Vaccine* 2010;28: 1709-1716.
- Bean SJ. Emerging and continuing trends in vaccine opposition website content. *Vaccine* 2011;29: 1874-1880.
- Jacobson DL, Gange SJ, Rose NR et al. Epidemiology and estimated population burden of selected autoimmune diseases in the United States. *Clin Immunol Immunopathol* 1997;84: 223-243.
- Fujinami RS, Oldstone MB. Amino acid homology between the encephalitogenic site of myelin basic protein and virus: mechanism for autoimmunity. *Science* 1985;230: 1043-1045.
- Harvey HA, Swords WE, Apicella MA. The mimicry of human glycolipids and glycosphingolipids by the lipooligosaccharides of pathogenic neisseria and haemophilus. *J Autoimmun* 2001;16: 257-262.
- Horwitz MS, Ilıc A, Fine C et al. Presented antigen from damaged pancreatic beta cells activates autoreactive T cells in virus-mediated autoimmune diabetes. *J Clin Invest* 2002;109: 79-87.
- Wucherpennig KW. Mechanisms for the induction of autoimmunity by infectious agents. *J Clin Invest* 2001;108: 1097-1104.
- Theil DJ, Tsunoda I, Rodriguez et al. Viruses can silently prime for and trigger central nervous system autoimmune disease. *J Neurovirol* 2001;7: 220-227.
- Schonberger LB, Bregman DJ, Sullivan-Bolyai JZ et al. Guillan-Barré syndrome following vaccination in the National Influenza Immunization Program, United States, 1976-1977. *Am J Epidemiol* 1979;110: 105-123.
- Chen RT, Pless R, Destefano F. Epidemiology of autoimmune reactions induced by vaccination. *J Autoimmun* 2001;16: 309-318.
- Confavreux C, Suissa S, Saddier P et al. Vaccinations and the risk of relapse in multiple sclerosis. Vaccines in Multiple Sclerosis Study Group. *N Engl J Med* 2001;344: 319-326.
- Karvonen M, Cepaitis Z, Tuomilehto J. Association between type 1 diabetes and Haemophilus influenzae type b vaccination: birth cohort study. *Brit Med J* 1999;318: 1169-1172.
- Salemi S, D'Amelio R. Could autoimmunity be induced by vaccination? *Intern Rev Immunol* 2010;29: 247-269.
- Clements CJ. The evidence for the safety of thiomersal in newborn and infant vaccines. *Vaccine* 2004;22: 1854-1861.
- Phillips CJ, Matyas GR, Hansen CJ, Alving CR, Smith TC, Ryan MAK. Antibodies to squalene in US Navy Persian Gulf War veterans with chronic multisymptom illness. *Vaccine* 2009;27: 3921-3926.
- François G, Duclos P, Margolis H et al. Vaccine safety controversies and the future of vaccination programs. *Pediatr Infect Dis J* 2005;24:953-961.
- Montastruc JL, Durrieu G, Rascol O. Pandemrix, (H1N1)v influenza and reported cases of narcolepsy. *Vaccine* 2011;29: 2010.

PANEL 6

Öksürük: Tanısal değeri ve hasta yönetimi

Oturum Başkanı: Doç. Dr. Hatice KURDAK

Öksürük: Yakınmadan hasta yönetimine, Doç. Dr. Cahit ÖZER

Öksürük ve larengofarengal reflü, Prof. Dr. Ahmet KÖYBAŞIOĞLU

Öksürük ve kronik hava yolu hastalıkları, Prof. Dr. Sait KARAKURT

ÖKSÜRÜK: YAKINMADAN HASTA YÖNETİMİNE

Doç. Dr. Cahit Özer

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Hatay

Öksürük, aile hekimliği uygulamalarında en sık görülen 5 semptomdan birisidir. Birleşik Devletlerde öksürük nedeniyle yılda 30 milyon muayene olmakta, reçeteli ve reçetesiz ilaçlar için yılda 600 milyon dolardan daha fazla para harcanmaktadır.

TANIM

Öksürük akut, subakut ve kronik olarak sınıflandırılmaktadır. Üç haftadan kısa süren öksürük akut, üç ila sekiz hafta arası süren öksürük subakut ve sekiz haftadan uzun süren öksürük kronik olarak tanımlanmaktadır.

ETYOLOJİ

Akut öksürüğün erişkinlerde en sık nedeni virus nedeni üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Akut bakteriyel sinüzit, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) alevlenmesi, alerjik rinit ve çevresel maruziyet diğer nedenler arasındadır. Çocuklarda akut öksürüğün en sık nedeni rinittir. Bunu sırasıyla bronşit, bronşiolit, astım, influenza, krup ve pnömoni takip etmektedir.

Subakut öksürük sıklıkla bakteriyel sinüzit veya astıma bağlıdır. Ayrıca pnömoninin eşlik etmediği herhangi bir üst solunum yolu enfeksiyonu sonrasında da görülebilir. Subakut öksürük tedavisiz düzelebilir. Pertussis de hem akut hem de subakut öksürük yapabilir.

Kronik öksürüğün birçok nedeni olabilir fakat vakaların büyük çoğunluğunu birkaç hastalık oluşturmaktadır. Erişkinlerde kronik öksürüğün en sık görülen nedenleri postnazal akıntı sendromu, astım ve gastroözefageal reflü hastalığıdır (GÖRH). Bu hastalıklar “kronik öksürüğün patojenik triadı” olarak ifade edilmiştir. Bu triad ACE-I kullanmayan, normal PAAC grafisi olan ve sigara içmeyen erişkinlerde kronik öksürüğün neredeyse tamamının nedenidir. Erişkinlerde daha az görülen nedenler kronik bronşit, bronşiektazi, postenfeksiyöz öksürük, bronkojenik kanserler, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri nedeniyle öksürük ve psikojenik öksürüktür.

Kronik öksürüğün çocuklarda en sık görülen nedenleri astım, üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları ve gastroözefageal reflü hastalığıdır. Daha büyük çocuklarda öksürük varyant astım, sinüzit ve psikojenik öksürük sıklığı artmaktadır. Sinüzit, tüberküloz, boğmaca ve kistik fibrozis kronik öksürüklü çocuklarda düşünülmesi gereken diğer nedenlerdir. Yabancı cisim aspirasyonu, kronik öksürükle gelen küçük çocuklarda akılda tutulması gereken diğer bir olasılıktır. Rekürren enfeksiyonlar öksürüğün nedeni olarak immünolojik bir bozukluğun göstergesi olabilir. Çok nadir görülen vasküler ring, trakeoözefageal fistül ve primer silier diskinezi gibi bazı konjenital anomaliler de çocuklarda kronik öksürük nedeni olabilmektedir.

TANI

Öykü ve Fizik Muayene:

Değerlendirme iyi bir öykü ve ayrıntılı bir fizik muayene ile başlamalıdır. Öykü %70 vakada tanıyı koymada faydalıdır. Bazı durumlarda tanıyı koymada yetersiz kalabilmektedir. Postnazal akıntının belirti ve bulguları düşük spesifite ve düşük prediktif değere sahiptir, dahası basit postnazal akıntılı hastayı sinüzite bağlı gelişen postnazal akıntıdan ayırmak mümkün değildir.

Diğer hastalık durumlarında da bazı semptomlar olmayabilir. Astımlı hastaların %28 inde wheezing görülmezken, tek bulgunun öksürük olabileceği bilinmektedir. GÖRH olanların %43 ünde pirozis ya da dispepsi olmazken, sadece öksürük yakınmasıyla başvurabilmektedirler.

Öksürüğün paroksizmal, havlar tarzda, kaba-gürültülü, kuru ya da prodüktif, nokturnal, postprandiyal, yemeklerle veya süt ürünleri tüketimi ile birlikte olan, uykudan uyandıran gibi birçok özelliği değerlendirildiğinde; bu özelliklerin hiçbirinin tanı koydurucu olmadığı görülmüştür.

Tanısal Testler:

Tanı yöntemlerinin rölatif yararlılığı: öykü %70, fizik muayene %49, pulmoner fonksiyon çalışmaları %24, methacholine inhalasyon challenge test %22, üst gastrointestinal çalışmalar %21, özefagiyal pH çalışmaları %16, sinus radiografisi %15, göğüs radiografisi %7, bronkoskopi %4 saptanmıştır.

Diğer taraftan, infantlarda ve çocuklarda yapılan başka bir çalışmada bronkoskopinin tanısal değeri %64 bulunmuştur.

AKUT ÖKSÜRÜK ALGORİTMASI

Öykü, fizik muayene ve gerekli görülen diğer incelemeler sonrasında hayatı tehdit edici durum varlığı değerlendirilmelidir. Bu ayrımı yapmada genellikle öykü ve fizik muayene yeterli olmaktadır. Pnömoni, astım ya da KOAH'ın şiddetli alevlenmesi, pulmoner emboli, kalp yetmezliği gibi hayatı tehdit eden durum varsa hastaya acil müdahale yapılmalı ve gerekirse hasta sevk edilmelidir. Üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları, astım, KOAH, bronşiektazi, üst havayolu öksürük sendromu gibi durumların basit alevlenmeleri ya da çevresel alerjen ya da irritana maruziyet gibi hayatı tehdit etmeyen durumlar varsa gerekli müdahale yapılır.

KRONİK ÖKSÜRÜK ALGORİTMASI

Ayrıntılı öykü alınır ve fizik muayene yapılır. Hasta sigara, çevresel irritan maruziyeti ve öksürüğe neden olduğu bilinen ilaç kullanımı açısından sorgulanır ve varsa maruziyet ortadan kaldırılır. Bunların hiçbiri yoksa akciğer grafisi çekilir. Akciğer grafisi anormalse ve bu anormallik öksürükle ilişkili olabilecek bir durumsa ileri araştırma yapılır. Normal akciğer grafisi ya da öksürük ile ilişkili olmayan bir anormallik olan akciğer grafisi genellikle malignite, bronşiektazi, persistan pnömoni, sarkoidoz ve tüberkülozu ekarte ettirir. Sonraki adım daha olası kronik öksürük nedenlerini düşündürmektedir; Paroksizmal Nokturnal Dispne Sendromu, astım, GÖRH.

Bu durumlar için bir sonraki olası tanıyı düşünmeden önce 2 haftalık tedavi denenmelidir. Kronik öksürükte tanı genellikle spesifik bir tedavi semptomları yok ettiği zaman konur. Çocuklarda kronik öksürüğün değerlendirilmesi erişkinlerdeki gibidir.

TEDAVİ

Postnazal akıntı sendromu tanısı sıklıkla tedavi sonrası konur. Sinüzit dışı nedenle gelişen postnazal akıntı sendromunda dekonjestan ve birinci kuşak histamin-H1 anti-histaminik kombinasyonunun 2 hafta süreyle uygulanmasından fayda görülür. Non-allerjik rinit gibi histamin salınımından bağımsız olan postnazal akıntıda non-sedatif anti-histaminikler bu kadar etkili değildir. Öksürük varyant astım

bronkodilatörler ve inhale kortikosteroidler gibi astım ilaçlarına yanıt verir. GÖRH durumunda proton pompa inhibitörleri ya da histamin-H2 anti-histaminikler verilir.

KAYNAKLAR

Braman SS, Corrao WM. Chronic cough. *Prim Care*. 1985;12:217–25.

Corrao WM. Chronic cough: an approach to management. *Compr Ther*. 1986;12:14–9.

Empey DW, Laitinen LA, Jacobs L, Gold WM, Nadel JA. Mechanisms of bronchial hyperreactivity in normal subjects after upper respiratory tract infection. *Am Rev Respir Dis*. 1976;113:131–9.

Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough. *N Engl J Med* 2000;343:1715-21.

Irwin RS, Madison JM. Symptom research on chronic cough: a historical perspective. *Ann Intern Med* 2001;134(9 pt 2):809-14.

Mello CJ, Irwin RS, Curley FJ. Predictive values of the character, timing, and complications of chronic cough in diagnosing its cause. *Arch Intern Med* 1996;156:997-1003.

Palombini BC, Villanova CA, Araujo E, Gastal OL, Alt DC, Stolz DP, et al. A pathogenic triad in chronic cough: asthma, postnasal drip syndrome, and gastroesophageal reflux disease. *Chest* 1999; 116:279-84.

Irwin RS, Boulet LP, Cloutier MM, Fuller R, Gold PM, Hoffstein V, et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. A consensus panel report of the American College of Chest Physicians. *Chest* 1998;114(2 suppl managing): 133S-81S.

Lawler WR. An office approach to the diagnosis of chronic cough. *Am Fam Physician* 1998; 58:2015-22.

İ. Haber LR, Waseem M, Basnight LL, Burton DS, Barron S, Spitzmiller E. Index of suspicion. *Pediatr Rev* 2002;23:179-85.

Gilfoyle E, Salvadori M, Singh R, Kalpatthi RV, Mavrinas JM, Epstein D, et al. Index of suspicion. *Pediatr Rev* 2002;23:393-400.

Holmes RL. Evaluation of the Patient with Chronic Cough. *Am Fam Physician* 2004; 69:2159-66.

Irwin RS, Curley FJ, French CL. Chronic cough. The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis*. 1990;141:640–7.

Holinger LD. Chronic cough in infants and children. *Laryngoscope*. 1986;96:316–22.

Pratter MR, Brightling CE, Boulet LP, Irwin RS: An empiric integrative approach to the management of cough: ACCP evidencebased clinical practice guidelines. *Chest* 2006, 129:222S-231S.

Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, Boulet LP, Braman SS, Brightling CE, Brown KK, Canning BJ, Chang AB, Diczpinigaitis PV, Eccles R, Glomb WB, Goldstein LB, Graham LM, Hargreave FE, Kvale PA, Lewis SZ, McCool FD, McCrory DC, Prakash UB, Pratter MR, Rosen MJ, Schulman E, Shannon JJ, Smith Hammond C, Tarlo SM, American

College of Chest Physicians (ACCP): Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006, 129:1S-23S.

McCormick A, Fleming D, Charlton J. *Morbidity statistics from general practice— fourth National Morbidity Survey, 1991-92*. London, UK: HMSO, Office for National Statistics; 1995.

Mysliwiec V, Pina JS. Bronchiectasis: the “other” obstructive lung disease. *Postgrad Med* 1999; 106:123-6,128-31.

Pratter MR, Bartter T, Lotano R. The role of sinus imaging in the treatment of chronic cough in adults. *Chest* 1999;116:1287-91.

Babe KS Jr, Serafin WE. Histamine, bradykinin and their antagonists. In: Hardman JG, Limbird LE, et al., eds. *Goodman & Gilman’s The pharmacological basis of therapeutics*. 9th ed. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division, 1996:581-600.

Ours TM, Kavuru MS, Schilz RJ, Richter JE. A prospective evaluation of esophageal testing and a double-blind, randomized study of omeprazole in a diagnostic and therapeutic algorithm for chronic cough. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3131-8.

PANEL 7

Diyabet - Güncelleme

Oturum Başkanı: Doç. Dr. Mehmet SARGIN

Prediyabet yönetiminde sorunlar, Doç. Dr. Dilek TOPRAK

Diyabette akut komplikasyonların birinci basamakta yönetimi, Prof. Dr. Selçuk MISTIK

Tip 2 diyabet tedavisinde güncel uygulama, Prof. Dr. İlhan SATMAN

PREDİYABET YÖNETİMİNDE SORUNLAR

Doç. Dr. Dilek TOPRAK

S.B. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Diyabet yüzyılımızın en önemli ve yaygın kronik hastalıkların biridir. Dünya çapında yaklaşık 350 milyon kişinin diyabetli olduğu sanılmaktadır. Ayrıca 2030 yılında tüm dünyada diyabetli sayısının yaklaşık 330 milyona, hatta belki 500 milyon kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir. DSÖ 2005 -2030 yılları arasında diyabete bağlı ölümlerin iki katına ulaşacağını bu nedenle gerekli önlemlerin alınması konusunda dikkatli olunması gerekliliğini ilan etmiştir. Onat ve ark.'nın 2006'da yaptığı araştırmaya göre Türkiye'de DM Tip 2 insidansı 300.000kişi/yıl, prevalansı ise %11 olarak belirlenmiştir.

CDC'ye göre Prediyabet; diyabet olarak sınıflandırılmamasına rağmen bireyin kan şekerinin normalden yüksek olmasıdır. Daha önce "Sınırdaki Diyabet" ya da "Latent Diyabet" diye anılan bozulmuş glukoz toleransı (BGT, IGT) ve Bozulmuş açlık glukozu (BAG, IFG), artık "Prediyabet" olarak kabul edilmektedir.

Diyabetli bireylerde olduğu gibi prediyabette de semptomlar aynı olup çok sinsi ilerleyebilir. Belirtiler farkedilmeyebilir ya da çok silik olabilir. Bu şekilde asemptomatik olarak kalan hastaların %50'ye varan bir bölümüne hiç tanı konulamamakta hastalarda bu evrede özellikle makrovasküler komplikasyon riski artmaktadır. Bu nedenle Tip 2 diyabetli hastaların prediyabet evresinde saptanması büyük önem taşımaktadır.

Prediyabetli bireylerin Tip 2 DM, KVH ve inme geçirme riski normal popülasyona göre çok daha yüksekken yine çalışmalar göstermiştir ki özellikle kalp damar sistemi olmak üzere diyabete bağlı uzun dönem hasarlar prediyabet evresinde oluşabilmektedir.

The Diabetes Prevention Program çalışmasına göre prediyabetli olarak kabul edilen bireylerin ortalama 3 yıllık takip süresi içerisinde her yıl yaklaşık %11.1'inde tip 2 diyabet gelişmektedir. Diğer çalışmalarda da prediyabetlilerde 10 yıl içerisinde tip 2 DM geliştiği gözlemlenmiştir.

Prediyabeti belirlemede temel olarak kullandığımız 3 test vardır:

Hb A1c

Açlık plazma glukozu (AKŞ, FPG)

Oral glukoz tolerans testi (OGTT).

Her BGT (IGT) olan hastada BAG (IFG) olması şart değildir çünkü anlam ve kategorileri az da olsa farklılık gösterir. IFG, açlık kan şekeri düzeyinin DM için sınır kabul edilenin altında ama normalin üzerinde olması iken, IGT 75 gr ile yapılan OGTT'de 2. saat değerinin normalin üzerinde ancak DM için cut-off değerinin altında olmasıdır.

ADA kriterlerine göre Diyabet açısından tetkik edilmesi gereken asemptomatik kişiler şunlardır (Diabetes Care 2010 (33):14):

45 yaş ve üzerindeki tüm erişkinler

BKİ > 25 kg/m² olanlar

Fiziksel inaktivite

Tip 2 diyabetlilerin birinci derece yakınları

Yüksek riskli etnik topluluğa mensup olanlar

Gestasyonel diyabet veya doğum ağırlığı > 4000 gr bebek doğurma öyküsü olan kadınlar

Hipertansiyon

HDL düzeyi < 35 mg/dl ve/veya Trigliserid düzeyi >250 mg/dl olanlar

Polikistik over sendromu (PKOS)

A1c≥%5.7, BAG veya BGT olanlar

İnsülin rezistansı ile ilişkili durumları olanlar (obesite, akantozis nigrikans gibi)

KVS hastalık öyküsü olanlar

Diyabet taramaları ile tespit edilen bireylerde alınacak tedbirlerle (diyet, egzersiz, kilo kontrolü, sigara kullanmama) kardiyovasküler komplikasyonlar önlenabilir ve hastaların diyabete ilerleyişi azaltılabilir ya da geciktirilecektir. Örneğin Prediyabet tanısı alan bir hasta vücut ağırlığının yaklaşık %7'si oranında kilo vererek ve haftanın en az 5 günü 30dk/gün egzersiz yaparak Tip 2 DM gelişme riskini %58'e varan oranlarda azaltabilmektedir.

Toplum genelinde öncelikle birincil tarama gereci olarak risk değerlendirmesine başlanması ve daha sonra, yüksek riskli olduğu kabul edilen bireylerde glukoz testleri yapılması ileriye yönelik doğru bir strateji olacaktır. Bu yöntemle, tip 2 diyabette 10 yıllık risk %85 doğruluk derecesiyle tahmin edilebildiği gibi, asemptomatik diyabet ve anormal glukoz toleransı da saptanabilecektir.

Ülkemizde hemen tüm ASM'lerde kan şekeri ve HbA1c ölçümü mümkün olması prediyabet evresinde hastaları tespit edebilmemizi sağlayabilir. Ancak bu konudaki en büyük görev riskli bireyleri belirleyebilme ve takibe alma konusunda özellikle birinci basamak hekimlerine düşmektedir. Prediyabetli kişilerin YTD konusunda eğitimleri sadece bilgi düzeyinde değil, beceri ve tutum düzeyinde olursa diyabete progresyon azaltılabilecektir. Prediyabet evresinde en önemli sorun olan hasta uyumu, hastanın tedaviye katılımının artırılması, diyet, kilo kontrolü ve egzersizin öneminin hasta tarafından doğru algılanması gereklidir. Bu konuda ülke çapında stratejilerin geliştirilmesi, SB ve medya işbirliği de zorunlu gibi görünmektedir.

DİYABETTE AKUT KOMPLİKASYONLARIN BİRİNCİ BASAMAKTA YÖNETİMİ

Prof. Dr. Selçuk MISTIK

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kayseri

Diyabetin akut komplikasyonları, hipoglisemi, laktik asidoz, diyabetik ketoasidoz ve hiperozmolar non-ketotik sendromdur.

Hipoglisemi, ölçülen kan glukoz konsantrasyonunun normalden düşük olması şeklinde tanımlanır. Klinik olarak anlamlı hipoglisemi Whipple triadı'na göre tanımlanır: hipoglisemi belirti ve bulgularının varlığı, birlikte düşük plazma glukoz düzeyinin (<45 mg/dL) saptanması ve plazma glukozunun normal düzeye gelmesi ile semptomların geri dönmesi.

Hipogliseminin bulgu ve belirtileri, ısı artışı, kuvvetsizlik, baş ağrısı, yorgunluk, uyku hali, bayılma, baş dönmesi, bulanık görme, bilinç küntlüğü, konfüzyon, anormal davranış, unutkanlık, kasılmalar, terleme, solgunluk, taşikardi ve hipertansiyon, çarpıntı, titreme, sinirlilik, anksiyete ve irritabilitedir.

Diyabetli hastaların % 25'inde ağır hipoglisemi görülebilir. İnsülin, sulfonilüre, meglitinide ve alkol açlık hipoglisemisinin en sık nedenleridir. Sık ölçümler bile hipoglisemik atakların % 50 kadarını atlayabilir.

Konfüzyonu ya da koma hali olan her hastada kan örnekleri alındıktan sonra 50 ml % 50 glukoz intravenöz bolus olarak verilmesi uygundur. İntravenöz glukoz vermenin mümkün olmadığı durumlarda intravenöz, intramusküler, veya subkütan glukagon (1 mg) verilebilir.

Laktik Asidoz

Laktik asidoz, bozulmuş hücresel solunum nedeni ile olur. Anaerobik glikoliz sonucu kasta, kırmızı kan hücrelerinde ve diğer dokularda pirüvatın indirgenmesi ile laktat üretilir. Metformin kullanan hastalarda laktik asidoz görülebilir. Laktik asidozda tedavi doku perfüzyonunu iyileştirici yönde yapılmalıdır.

Diyabetik Ketoasidoz (DKA)

DKA en sık T1DM'lu hastalarda gelişmesine karşın özellikle akut bir hastalık esnasında Tip 2 DM'lu hastalarda da görülebilir. Mutlak veya göreceli insülin eksikliği olan hastalarda aşağıdaki kriterler varlığında DKA tanısı konur:

Hiperglisemi: plazma glukoz düzeyleri 250mg/dl'den daha yüksektir.

Ketozis: hafif-ağır ketonemi (keton düzeyleri 1:2 dilüe serumda pozitifdir veya serum β -hidroksibütirat konsantrasyonu >0.5 mmol/L) veya orta derecede ketonüri (nitroprussid metoduyla 2+ veya 3+).

Asidoz: pH ≤ 7.3 ve/veya bikarbonat ≤ 15 mEq/L olması

DKA'yı tetikleyen faktörler enfeksiyon (%30), sıklıkla yeni başlayan diyabette minör enfeksiyonlar (solunum yolları veya idrar yolu) (%25), insülin alımıyla ilgili problemler (%20), stres ve daha az sıklıkta görülen diğer nedenlerdir. Semptomlar bulantı, kusma, susama hissi, polidipsi, poliüri, karın ağrısı, halsizlik, yorgunluk ve iştahsızlıktır. Bulgular taşikardi, ortostatik hipotansiyon, deri turgorunda azalma, sıcak veya kuru deri ve muköz membranlar, hiperventilasyon veya Kusmaull solunumu, hipotermi veya normotermi, nefeste keton kokusu, kilo kaybı ve şuur değişikliği veya komadır.

Tedavi planını izlemek için pek çok parametrenin düzenli olarak gözlenmesi gereklidir.

Hiperosmolar Nonketotik Sendrom

HNKS neredeyse tamamen daha yaşlı ve fiziksel olarak bozulmuş, sıvı alımı kısıtlı Tip 2 DM'lu hastalarda ortaya çıkar. HNKS patogenezi DKA ile benzerlik gösterir ancak daha belirgin hiperglisemi, nispeten asidoz ve ketonemi yokluğu ve daha ciddi dehidratasyon olmasıyla DKA'dan ayrılır.

DKA ile aynı temel prensipler içerisinde intravenöz sıvı tedavisi ve potasyum replasmanına özellikle dikkat edilerek tedavi edilir.

Birinci basamakta diyabetin akut komplikasyonlarının yönetimi

Hastalar akut komplikasyonlar yönünden eğitilmelidir.

İnsülin ve oral antidiyabetiklerin hangi durumlarda komplikasyon yaptığı anlatılmalıdır.

Akut komplikasyonların semptomları hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır.

Komplikasyonları önlemek için yapılması gerekenler anlatılmalıdır.

Komplikasyon durumunda ne yapılacağı anlatılmalıdır.

Kaynaklar

Cecil Essentials of Medicine Türkçe, Yüce Yayım, İstanbul, 2008.

Gabriely I, Shamoon H. Hypoglycemia in diabetes: Common, often undiagnosed. Cleveland Clinic Journal of Medicine, 2004, 71; 4: 335-342.

ÇALIŞTAY 4

EURACT, Aile hekimliği eğiticileri

Konuşmacılar: Prof. Dr. Füsün YARIŞ, Arş. Grv. Dr. Nurşah ÖZKAN, Dr. Job METSEMAKERS

BANA YARDIM EDİN LÜTFEN, YALNIZ KALMAK İSTEMİYORUM!!!

Ass. Dr. Nurşah ÖZKAN

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Aile hekimliği disiplininin olmazsa olmazı, asistan hekimler; ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" çerçevesinde mevcut olan sorunlarına yenilerinin katlanarak arttığı ve az olan sayılarının daha da azaldığı hekim grubudur.

Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) sonrasında pek çok kişiyi geride bırakarak (diğer bölümlerle arasında puan farkı olmamasına rağmen) başladıkları eğitim hayatlarını, diğer meslektaşlarının kendi disiplinlerini tanımak istemesi veya bilmemesi nedeniyle pek çok zorluklar ve fedakârlıklar sonrasında bitirebilmektedirler. Bu kadar zorluk ve fedakârlıkla karşılaşılan yolu bir hekim neden seçer? Pratisyenlikten kurtulmak ve uzman olmak için mi, kendine en uygun olan bölüm olduğu veya birçok bölümü kapsadığı için mi, puanı oraya yettiği için mi, ailesel nedenler yüzünden mi veya hepsi nedeniyle mi?

Peki, asistanlığa başladığında neler yaşıyor, nasıl hissediyor? Zaman geçtikçe hangi sorunlarla mücadele ediyor, bunlarla başa çıkabiliyor mu, yoksa vazgeçip istifa mı ediyor? Tüm bunları yaşarken kimse destek olmuyor mu peki ama bu kadar yalnız mı? Bir disiplin olduğuna göre uzmanları hocaları vardır. Peki, ama neredeler, niçin yanında değiller?

Eğitimi bu kadar denetlenmiyor ve diğer disiplinlerin inisiyatifine bırakılmışsa pratisyen bir hekimden farkları neler, uzun süreli intörlük mü? Yoksa üç yıl boşa geçirilen zaman mı?

Hala devam edebildiğine göre; hatta başlangıçta çok da istememesine rağmen eğitiminin artıları neler? Birçok disiplin görmek, birçok insanla tanışmak neler katıyor?

Peki, yaşadıkları, hissettikleri bu kadar soruna; çözüm önerileri neler, neler yapmak istiyorlar, kendilerini nasıl geliştirebiliyorlar, disiplinlerini kimlerden nerelerde öğreniyorlar, aile hekimi hocalarının kendilerine karşı tutumları nasıl, nerelerde çalışmak istiyorlar, yarımlar şu anda güzel görünüyor mu? Tüm bunlara rağmen disiplinlerinin geleceği adına önerileri neler?

TARTIŞMA GRUPLARI 2

Bitkisel tedaviler – Alternatif mi, değil mi?

Sorumlu: Doç. Dr. Ufuk Güney ÖZER

Tartışmacılar: Yrd. Doç. Dr. Ümit AVŞAR, Yrd. Doç. Dr. Ramazan TETİKÇOK, Uzm. Dr. Levent HEKİMOĞLU, Öğr. Grv. Dr. Filiz AK

BİTKİSEL TEDAVİLER ALTERNATİF Mİ, DEĞİL Mİ?

Yrd. Doç. Dr. Ümit Avşar

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum

Kırsal bölgelerde ihmalkarlığın, yoksulluğun, sağlık imkanlarına ulaşım zorluklarının, modern ilaçların pahalı olmasının ve doğal ürünlerin zararsız olduğuna dair yaygın inançların hepsi bir bütün olarak insanları geleneksel tedavilere zorlamaktadır. Bir veya birden fazla bitkinin birbirlerinin etkisini artırdığı düşüncesiyle karışımından elde edilen bir ürün bitkisel ilaç olarak adlandırılmaktadır. Genel olarak bu ilaçların hafif, yan etkisi olmayan ilaçlar olduğuna inanılmaktadır. Bitkisel ilaçlar sıklıkla besin düzenleyicisi veya destekleyicisi olarak piyasaya sürüldüğünden sıkı güvenlik testlerine tabi tutulamamaktadırlar. Bununla birlikte birçok ülkede bitkisel ilaçlarda hileler yaygın olarak yapılmaktadır. Kaliforniya'da satılan Asya menşeli bitkisel ürünlerin %32'sinin içinde bildirilmemiş ilaçlar ve ağır metaller olduğuna dair hükümet raporu vardır. Geleneksel bitkisel ilaçlarda ağır metallerin bulunmasının toprağın veya yıkama sularının fazla kirlenmesine bağlı olabileceği bildirilmiştir. Hindistan orijinli bitkisel ilaç yapraklarının tehlikeli miktarlarda kadmiyum ve kurşun içerdiği bulunmuştur. Son yıllarda tıp camiası gittikçe artan oranlarda bitkisel ilaçlara bağlı böbreklerin de dahil olduğu çeşitli organ hasarlarına tanı koymaktadır. Geleneksel tedaviler kronik böbrek yetmezliğinin yanısıra akut böbrek yetmezlikleri de yapmaktadır. Akut böbrek yetmezliklerinde sebep-sonuç ilişkisini ortaya koymak ilacın alınması ve zararın görülmesi arasındaki zaman ilişkisinden dolayı kolaydır. Bununla birlikte doktorlar genellikle bitkisel ilaç alımını sorgulamamaktadırlar. Daha fazlası bu ilaçlardaki kimyasallarla ilgili laboratuvar testleri de rutin değildir. 2009 yılında yayınlanan bir olguda açıklanamayan böbrek yetmezliğiyle gelen 60 yaşında bir erkek hastanın yüksek oranda kurşun içeren bitkisel bir ilaç aldığını göstermekteydi ve ilaç sonlandırılıp ve bir çok kurşun şelasyon terapi seansından sonra hastanın kreatinin seviyesinin düşürülebildiği bildirilmiştir. Bu olgu da bize göstermektedir ki hekimler akut veya kronik böbrek yetmezliklerinde geleneksel tedavilere bağlı kurşun zehirlenmelerini ayırıcı tanıda göz önünde bulundurmalarıdır.

Bitkisel ürünler yukarıda saydığımız ağır metal içermeleri veya kontaminasyonu gibi durumlar haricinde doğal olmaları ön plana çıkarılarak genellikle zararsız oldukları düşünülse de, hastanın kullandığı diğer ilaçlarla etkileşebilmektedir. Eğer etkileştiği ilaçların terapötik indeksi dar ise ya ilacın olağan dozundan beklenen etki artar bazen intoksikasyonlara bile yol açabilir. Bu etkileşimler genellikle sitokrom P450 enzimleri ile P-glikoproteinlerin bitkisel ilaç tarafından indüklenmesi ya da inhibe edilmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Özellikle sık kullanılan bitkisel ürünlerden görülebilecek yararlar ve ilaç etkileşimleri aşağıda gösterilmiştir.

Sarı Kantaron (St John's wort); Almanya'da depresyon tedavisi amacıyla en sık kullanılan ilaç olarak bilinir.

Fayda: Obsesif kompulsif bozuklukta, anksiyetede, alkol bağımlılığında, somatoform bozukluklarda, menapoza bağlı semptomların hafifletilmesi amacıyla, dismenore ve premenstürel sendrom ağrılarının giderilmesinde faydalı olduğu bilinen ve paroksetinden 4 kat daha fazla kullanıldığı hesaplanan bir bitkidir. Depresyon tedavisi için günde 900-1800 mg sarı kantaronun paroksetine eşdeğer bir tedavi yaptığı ve hastaların toleransının daha iyi olduğu bildirilmiştir.

Zarar: Sarı kantaron sitokrom P450 enzimleri ile P-glikoproteinlerini indüklediğinden; bu enzimlerle

reaksiyona giren diğer antidepresanların merkezi sinir sistemindeki etkinliğini artırarak serotonin sendromuna yol açabilmektedir.

Kava: Latince ismi Piper methysticum'dur.

Fayda:Uyarıcı içecek olarak veya anksiyete tedavisinde, uyku kalitesinin artırılmasında kullanılır.

Zarar: Yüksek dozlarda; sabah yorgunluğu, dikkat gerektiren işlerde reflekslerde yavaşlama, ataksi, alerjik reaksiyonlar, pupil dilatasyonu, görme bulanıklığı, hepatotoksisite, hematüri, kilo kaybı, anemi gibi sonuçlar doğuracağı, gebelikte ise kontrendike olduğu bilinmektedir.

Ginkgo: 2000 yıldır kullanıldığı bilinmektedir. Çin, Almanya, Amerika'da çok satılan bitkisel droglardandır.

Fayda: Demans ve hafıza problemlerine karşı hem tedavi hem de korunma amacıyla kullanılmaktadır. Konsantrasyon bozuklukları, depresyon,anksiyete, yorgunluk üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Alzheimer tedavisinde, kan dolaşımını düzenleyip vasküler perfüzyonu artırdığı ve böylece fayda sağladığına yönelik çalışma sonuçları vardır.

Zarar: Yan etkileri az olmakla beraber, baş ağrısı, gastrit ve alerjik reaksiyonlar bildirilmiştir. Yüksek dozda uzun süre alınırsa trombosit antiagrigasyonunu ve antitrombolitik ilaçların etkilerini artırarak serebral hemorajiye sebep olabileceği bildirilmiştir. Bu sebeple aspirin,kumadin gibi kanın akışkanlığını artıran ve zaten kendisi kanama riski taşıyan ilaçları alanların ginkgo ve türevlerini almamaları gerekmektedir. Sürekli alkol kullananların da kanama riski nedeniyle kullanmaması gerekmektedir. Hamile ve emziren kadınlar üzerinde güvenli olup olmadığı hakkında yeterli veri yoktur.

Ginseng (Panax ginseng):

Fayda: Konsantrasyon bozukluğu, depresyon, kronik yorgunluk ve cinsel gücü artırıcı etkileri vardır. Yaşam süresini artırdığına da inanılır.

Zarar: Yüksek dozda uzun süre alınırsa trombosit antiagrigasyonunu ve antitrombolitik ilaçların etkilerini artırarak serebral hemorajiye sebep olabileceği bildirilmiştir. Ayrıca ülkemizde satılan ve yoğun reklamları ile halkı etkileyen " PANAX" isimli bitkisel ilacın koroner arter hastalığı olan familial hiperlipidemili bir hastanın tüm ilaçlarını bırakıp bu ilaca yönlenmesiyle acil koroner arter by-pass adayı olmasına sebep olması da başka bir boyuttan zararı olarak değerlendirilebilir.

Ginger (zencefil):

Fayda: Uyarıcı, prokinetik etkisiyle bulantı, meteorizm, kolik, konstipasyon gibi gastrointestinal problemlerde, antiseptik etkisiyle yine GIS enfeksiyonlarında kullanılır. İştah açıcı olarak da kullanılmaktadır. Zencefil de kan dolaşımını düzenler ve kanın uç bölgelere ulaşmasına yardım eder. Bu nedenle Reynaud gibi uç ekstremitelerin dolaşımının azaldığı hastalıklarda kullanılabilir. Antihipertansif özelliği terlemeyi artırmasına bağlı olabilir. Üst ve alt solunum yolları hastalıklarında antitussif etkisi vardır.

Zarar: Yüksek dozda uzun süre alınırsa trombosit antiagrigasyonunu ve antitrombolitik ilaçların etkilerini artırarak serebral ve GIS hemorajilerine, gastrite sebep olabileceği bildirilmiştir.

Kaynaklar :

- 1.Ko RJ. Adulterants in Asian patent medicines. New Engl J Med. 1998;339(12):847-.
- 2.Dwivedi SK, Dey S. Medicinal herbs: A potential source of toxic metal exposure for man and animals in India. Arch Environ Health. 2002;57(3):229-31.
3. Prakash S, Hernandez GT, Dujaili I, Bhalla V. Lead poisoning from an Ayurvedic herbal medicine in a patient with chronic kidney disease. Nat Rev Nephrol. 2009;5(5):297-300.
4. Brenner and Rector's The Kidney, 9th ed, Chapter 81: Indian Subcontinent
5. Dülger G, Herbal drugs and drug interactions, Marmara Pharm J 2012;16(1):9-22
6. Işık M. Psikiyatride Bitkisel Drogların Kullanımı. Sağlıkta Nabız Dergisi. 2011;7(28):38-41.

BİTKİSEL TEDAVİLER ALTERNATİF OLABİLİR

Yrd. Doç. Dr. Ramazan TETİKÇOK

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tokat

İnsanlar dünyada varolduğu günden beri sağlıklı kalabilme, uzun yaşayabilme, ölümsüzlük çareleri aramışlardır. Bu bağlamda birtakım mistik tedaviler yanında bitkileri de bu amaç için kullanmışlardır. Bu kullanımları bazen tesadüfen bitkinin etkisini gözlemleyerek , bazen deneme yanılma yoluyla, bazen hayvanları gözleyerek elde etmişler ve bu bilgiler kuşaklar yoluyla günümüze kadar gelmiştir. Avrupa tıbbında ortaçağda hekimler dini kurumlarına bağlı olarak tedavi edici bitkileri manastır bahçelerinde (hortuli) yetiştirmişler ve kullanmışlardır. Asya , Hint ve Çin Tıbbında da diğer mistik tedaviler yanında bitkiler hem tedavi hem de teşhis amaçlı kullanılmışlardır. Halen de kullanılmaya devam edilmektedir. (1)

Günümüzde dünyada bilinen 21000 civarında bitki tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Ülkemizde 1000 civarında tedavide kullanılan bitki mevcuttur. Bu bitkiler hekimler tarafından kullanılmamaktadır. Halk tarafından kullanılmaktadır. (2)

Yaklaşık 37000 yıldanberi devamlı tedavi amaçlı olarak kullanılan bitkiler mevcuttur. Bunun yanında yeni bitki türleri de bu amaca hizmet etmektedir. Bugünkü modern tıbbın halen kullandığı birçok ilaç da esasen bitki kökenlidir. Örneğin sinameki , belladon yaprağı gibi.

Bitkilerin modern tedavide ilk kez kullanılmaları Fransız hekim Henri Lecrec (1870-1955) tarafından olmuş Fitoterapi(Şifalı bitkilerle tedavi) adını da aynı hekim vermiştir.

Günümüzde Tedavi edici bitkileri inceleyen bir Enstitü Almanyada bulunmaktadır. Ülkemizde Bu bitkilerle ilgili bir kuruluş olmayıp Sağlık bakanlığınca bir kısmı denetlenmektedir.Yine Sağlık bakanlığınca 37 adet bitkinin Tehlikeli ve sakıncalı olduğunu belirten bir genelgesi bulunmaktadır.

Modern Tıp günümüzde birçok hastalığın tedavisini sentetik ilaçlarla yapabilmektedir. Bu ilaçların yetersiz veya yan etkilerinin çokluğu gibi durumlarda Modern Tıp başarısız olmaktadır. Dünya nüfusundaki yaşlı insan sayısının artışı elbetteki Modern Tıbbın başarısı sayılmalıdır. Ancak gelinen noktada başarısızlıklar ve yetersizliklerin olduğu bir gerçektir. Bunlardan birkaçı Kanser tedavisi, immün sistem yetersizlikleri, cinsel bozukluklar bazı psikiyatrik hastalıklardır.

Sentetik ilaçlar yalnızca bir kimyasal bileşen içermektedir. Çoğu canlı hücrelerden elde edilmemektedir. Her ne kadar araştırmaları yapılmış olsa da bu ilaçları üretenler tarafından bilinen veya bilinmeyen bir çok yan etkilerin olabileceğini belirtilmektedir. Bu şartlar altında insanlar alternatif tedaviler aramaktadırlar. Bu tedavilerin bir kısmı mistik tedaviler olduğu gibi bir kısmı da bitkisel tedavilerdir.

Tıpta kullanılan bitkilerin sadece 37 adedinin zehirli ve kullanımı tehlikeli olduğu söylene de gerçekte bu sayının fazla olabileceği göz önüne alınmalıdır. Modern Tıbbın kullandığı bir çok ilacın kaynağının zaten bitkiler olduğu gerçeğinden hareketle tıpta kullanılan ve kullanılabilecek bitkilerin araştırılmasını geliştirilmesini sağlayacak güvenilir bir kurum olması halinde bitkisel tedaviler alternatif olacaktır.

Kaynaklar;

1-Dünya ve Türk Tıp Tarihi. Prof.Dr. Erdem Aydın.Güneş Kitabevi Ltd.Şti, Ankara.2006

2- Günümüzde Şifalı Bitkiler . Dr. Farm. N. Stoyanov . Çeviren Basri makaklı Kipaş Dağıtımçılık İstanbul.1988

ASM OTURUMLARI 2

Tartışmalı konular: Vergiler, ceza puanları, performans kesintileri

Konuşmacılar: Uzm. Dr. Ata DENİZ, Uzm. Dr. Tefvik SELVER

AİLE HEKİMLİĞİNDE CEZALAR VE PERFORMANS KESİNTİLERİ

Uzm. Dr. Nur Ata DENİZ

Altıntepe Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul

Ülkemizde 7 yıl önce Düzce'de pilot olarak başlayan Aile Hekimliği uygulaması 01.01.2011 tarihinden itibaren yurt çapında genelleştirilerek Aile Hekimliğine geçilmiş ve 20.000'den fazla aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ile tüm vatandaşları kapsayacak biçimde Sağlık Ocağı uygulamasının yerini almıştır.

Özellikle büyük şehirlerdeki nüfus patlamasının yol açtığı düzensizlik, etkisini en çok sağlık alanında kendisini göstermeye başlamış, 1965'lerde çok iyi niyetlerle değerli hocamız Prof. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu planı 21nci yüzyılda Ülke çapında tıkanma noktasına gelmesiyle birlikte alternatif yeni çıkış yolları aranmaya başlanmıştır.

Aile Hekimliği uygulamasını sağlık sistemi için bir çıkış yolu olarak görerek asistanlığa başlayan bugünün Aile Hekimliği Uzmanları 25 yıldan fazla bir süredir bu işin içinde yer almayı bilinçli olarak düşünmüşler ve yola koyulmuşlardır.

Aile Hekimliği uygulamasının başlamasıyla birlikte, onu sürdürülebilir kılmak için Sağlık Bakanlığı sık sık değişen yönetmelikler oluşturmuştur. Mayıs 2010 tarihinde şimdikininki ana yapısı olan yönetmeliğimiz ortaya çıkmış, maddelerinden bir kısmı değişikliğe uğramakla birlikte değişmeyen kısımların başında Aile Hekimlerine uygulanacak "CEZALAR" ve "PERFORMANS KESİNTİLERİ" olmuştur.

Sunuda, kısaca, "CEZA" ve "SUÇ" tanım ve kavramları incelenmiş, Edebiyat ve TCK'dan örnekler verilmiş, Aile Hekimlerine uygulanan cezaların hem gereksizliği hem de adil olmadığı vurgulanmış, sonuç olarak ceza yerine ödüllendirmenin daha uygun bir model olabileceği öne sürülmüştür.

AİLE HEKİMLİĞİ VE VERGİ MEVZUATI

Uzm. Dr. Tefvik SELVER

Hüseyin Araç Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul

Aile Hekimliği Sistemi ülkemizde ilk olarak, 24/11/2004 tarihinde kabul edilip 9/12/2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile 2005 yılında Düzce'de "Pilot" olarak uygulanmaya başladı. 6 yıllık "pilot"luk tecrübesinden sonra, 01.01.2011 tarihinden itibaren "pilot" emekli edilerek, birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetleri otomatik pilot(!) sistemine devredildi. Böylece bizzat konunun en üst düzey sorumluları tarafından "Kervan Yolda Düzülür" özdeyişi ile özetlenen "dönüşüm" serüveni, 20.000'den fazla aile hekimi 20.000'den fazla aile sağlığı elemanı ve bir o kadar da diğer yardımcı personelle başlamış oldu.

Aile Hekimliği Uygulamasında görev alan meslektaşlarımızın, yukarıda bahsedilen minval üzere yerleştirilmeye çalışılan sistem ile ilgili olarak karşılaşılmış oldukları pek çok belirsizlik ve karmaşıklığın içerisinde "Aile Hekimliği ve İlgili Vergi Mevzuatı" konusu da önem arz etmektedir. Ancak böyle bir spesifik mevzuat yoktur. Ne 6 yıllık pilotaj döneminde ne de 2011 başından bu güne kadarki süreçte

de hazırlanmamıştır. Karşılaşılan soru ve sorunlar her seferinde maliye bakanlığından “Görüş Alınarak” “halledilmeye” çalışılmıştır.

Ben kısa sunumumda, sorunlardan bahsedip hayiflanmak yerine, kendi ASM'im üzerinden örnekle, Aile hekimlerinin vergi yükümlülükleri ve çözümleri ile ilgili çok pratik ve ekonomik önerilerde bulunacağım. Aynı zamanda, yakın tarihte sosyal güvenlik kurumlarına hizmet satan ve bedelini “Geri Ödeme” şeklinde alan birim ya da kurumlara dönüştürüleceğimiz öngörüsüyle verimli bir işletme modeli olarak Aile Sağlığı Merkezlerimizi nasıl yapılandırmalıyız sorusuna birkaç örnekle cevap vermeye çalışacağım.

PANEL 9

Alt solunum yolu enfeksiyonları ve akılcı antibiyotik kullanımı

Oturum Başkanı: Doç. Dr. Ertuğrul TATLISUMAK

Toplum kökenli pnömoniler ve akılcı antibiyotik kullanımı, Doç. Dr. Tamer EDİRNE

Çocuklarda akut bronşiyolitler ve akılcı ilaç kullanımı, Doç. Dr. Ayşe PALANDÜZ

Akut bronşit tedavisi ve akılcı antibiyotik kullanımı, Prof. Dr. Haluk ERAKSOY

TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİLER VE AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Doç. Dr. Tamer EDİRNE

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli

Toplum kökenli pnömoni (TKP), toplumda günlük yaşam sırasında ortaya çıkan pnömonidir. Günümüzde çok sayıda etkili antibiyotik kullanımına ve aşılarla bağlı olarak enfeksiyon hastalıklarından ölümler azalmakta iken, TKP halen sık rastlanan, tedavi maliyeti ve mortalitesi yüksek bir enfeksiyon hastalığıdır. (1) Özellikle ileri yaş grubunda ve eşlik eden ek hastalığı olanlarda daha sık görülmekte ve daha ağır seyretmektedir. (2)

Çocuklarda ise akut solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) çocukluk çağının en sık enfeksiyon grubunu oluşturur (3). Toplum kökenli ASYE'lerin %40 ile %60'ında etiolojide yer alan mikrobiyolojik etken saptanamaz (3).

Hangi hastanın hastaneye yatırılarak tedavi edilmesine karar vermek an çok önemlidir. Bu amaçla birçok sağlık kuruluşu tarafından TKP yönetimi için çeşitli rehberler hazırlanmıştır. Bu rehberlerde yer alan yaklaşımlar ülkelerin sağlık sistemlerindeki farklılıklara, tanısal testlerin varlığı/yokluğuna ve sık görülen etkenlerin etiyojisi veya ilaç direncindeki farklılıklara bağlı olarak değişik bakış açıları göstermektedir. ABD'de en sık başvurulan rehberler ATS (American Thoracic Society) ve IDSA (Infectious Diseases Society of America) tarafından 2007 yılında yayımlanan uzlaşma rehberidir. (4)

Bir diğer değerlendirme olarak British Thorax Society (BTS) tarafından önerilen CURB ve CURB-65 skorlaması vardır. (5) PSI, CURB-65 ve CURB evde ve hastanede tedavi edilecek hastalarla hastaneye sevk edilecek hastaları belirlemede faydalıdır.

Peki, birinci basamakta ne yapalım?

Birinci basamakta yapılacak ilk iş hastanın tanısını koymaktır. Çocuklarda TKP tanısı için klasik olarak klinik tablo, öykü, fizik muayene ve göğüs radyografisi ile tanımlanmasından bahsedilir. Buna ek olarak ta etiyojinin mikrobiyolojik, serolojik ve moleküler testlerle belirlenmesi gerekir. Fakat birinci basamakta farklı yaklaşımlara gerek duyulmaktadır. Gelişmiş ülkelerde akciğer grafisi pnömoni tanısında altın standart olarak bilinse de tanıda klinik değerlendirme de büyük önem taşır ve birinci basamakta tanı öykü ve fizik muayene bulgularına dayandırılır.

2 ay-5 yaş arasındaki çocuklarda pnömoni tanısında duyarlı ve özgül fizik bulgular burun kanadı solunumu (<12 ay), hipoksemi, takipne ve göğüste olacak çekilmelerdir. Bunlara ek olarak, çocuğun genel görünümü ve beslenme isteği de önemlidir.

Hastaneye yatırılmayan ASYE olan çocuklarda göğüs radyografilerinin klinik sonuca etkisi saptanamamıştır. Bu yüzden, ağır ve çok ağır pnömonisi olmayan hastalarda ve akut tedavi sonrası asemptomatik hale gelen komplikasyon gelişmemiş hastaların izleminde kontrol akciğer grafisine gerek yoktur.

Toplum kökenli pnömonilerde, klinik ve radyolojik bulgular etiyolojik etkenin belirlenmesinde güvenilir yöntemler değildir. Pnömoni etkenlerini belirlemek için yapılan tanısal araştırmalar, sadece hastaneye yatırılan çocuklar için gereklidir. TKP tanısıyla ayaktan izlenen hastalarda balgam yayması ve kültürüne rutin olarak gerek yoktur.

Yetişkinlerde klinik belirtiler tipik ve atipik olarak ayrılrsa da, sıklıkla benzer hastalık tablosu görülür. Tipik pnömonide etken genellikle Strep. pnömonia iken, atipik pnömonide sıklıkla influenza virüsü, mikoplazma, klamidy, lejyonella adenovirüs veya diğer tanımlanamayan etkenler rol alır. Tipik-atipik ayırımında hastanın yaşına bakılır; genç yetişkinlerde atipik nedenler önde gelirken, çok genç ve ileri yaşlarda tipik nedenler ön plandadır. (6,7)

TKP'li olguların yarısından çoğunda etiyolojik tanı konamamakta ve ampirik antibiyotik tedavisi gerekmektedir. (8) Ülkemizde yapılan çalışmalarda etken saptama oranlarının %21-63 arasında değiştiği görülmektedir. (9,10)

Bu yüzden laboratuvar testlerinin birinci basamakta değeri düşüktür.

Aile hekimi hastanın tanısını koyduktan sonra ilk olarak hastaneye yatış yani sevk kriteri olup olmadığına bakmalıdır. Hastaneye yatış ölçütlerinden herhangi birini taşımayan yetişkin hastalar (Grup I; BÜST-65 < 2 (PSI I-III) birinci basamakta ayakta tedavi edilirler.

Ayaktan tedavi edilmesine karar verilen hasta belirlendikten sonra önerilen ampirik antibiyoterapi (AB) başlanılmalıdır. Ayaktan tedavi edilen hastalarda başlıca sorumlu patojenler *Streptococcus pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ve virüslerdir. Bu grupta yer alan, ileri yaş, komorbidite gibi değiştirici faktörleri taşımayan hastalarda ampirik antibiyotik tedavisi düzenlenirken sendromik yaklaşım (tipik-atipik pnömoni ayırımı) yol gösterici olabilir. Eğer, klinik tablo tipik pnömoniyeye uyuyorsa (akut ve gürültülü başlangıç, üşüme, titreme ile yükselen ateş, plöritik ağrı, pürülan balgam, fizik muayenede konsolidasyon bulguları, ve/veya akciğer grafisinde lobar tutulum) öncelikle pnömokok pnömoni düşünülmelidir. Bu olgularda aşırı duyarlılık yoksa yüksek doz (3 g/gün) amoksisilin tedavisi ilk seçenek olmalıdır; sefalosporinler penisilinlere alternatif olarak düşünülmemelidir.

Pnömonili çocuklarda AB seçecek olan bir aile hekimi öncelikle o hastalık için muhtemel etkenler ve bunların direnç durumu konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Çeşitli çalışmalarda Penisiline Dirençli Pnömokok (PDP) enfeksiyonu için risk faktörleri arasında beta-laktam antibiyotik tedavi ya da profilaksi öyküsü bildirilmiştir. Çocuklarda öyküde

- Beta-laktam antibiyotikler ile tedavi/profilaksi
- Dirençli pnömokokların sık bulunduğu yerlerde bakım (kreş vb.)
- Hastaneye yatış öyküsü,
- Küçük yaş (18 ay altı)
- HIV pozitif olması

Yetişkinlerde de öyküde

- >65 yaş
- son 3 ayda beta-laktam ya da kinolon kullanımı
- alkolizm ve
- immün yetmez olması dirençli pnömokok enfeksiyonu için risk faktörleridir.

Çocuklarda pnömokokkal pnömonilerin tedavisinde penisilinler ampirik tedavide ilk seçilecek ilaçlardır ve amoksisilin ile (15 mg/kg/doz-günde 3 kez) birçok pnömokok pnömonisi tedavi edilebilir. Diğer taraftan TKP için genel ve spesifik korunma stratejileri pnömoninin ağırlığını ve insidansını azaltabilir. Anne sütünün önemi, sağlıklı beslenme, hijyen, aşılanmanın önemi ve uygulanması, sigara içiminin engellenmesi gibi konularda toplumun eğitimi hastalıktan korunmada temel strateji olmalıdır. Ülkemizde bütün çocuklara ulusal bağışıklama programında bulunan BCG, boğmaca, kızamık, konjuge pnömokok ve Hib aşıları rutin olarak uygulanmalıdır.

Pnömokok aşısı altmış beş yaşından önce aşılanmış ve aşılanmadan sonra beş yıl geçmiş olan kişilere bir defaya mahsus olmak üzere (rapel) yapılır. Grip aşısı çocukları, yaşlıları ve eşlik eden kronik hastalığı olanları pnömoni komplikasyonundan korur.

Sonuç olarak TKP olgularında antibiyotik seçimi bölgesel verilere göre yapılmalıdır. Birinci basamakta araştırma yapmanın önemi unutulmamalıdır. Ülkemiz için başta pnömokoklar olmak üzere TKP etkenlerinde penisilin ve makrolidlere dirençli suşlar giderek artmaktadır; henüz yüksek direnç oranlarına ulaşmamış 3. kuşak sefalosporinler ve kinolonlar dikkatli kullanılmalıdır.

Kaynaklar

1. Ece T, Arman D, Akalın H ve ark. Toraks Derneği Erişkinlerde Toplum Kökenli Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Toraks Derg 2002; 3 (Ek 3): 1-15.
2. Ruiz M, Ewig S, Torres A, et al. Severe community-acquired pneumonia. Risk factors and follow-up epidemiology. Am J Respir Crit Care Med 1999; 160: 923-9.
3. Alto WA. Human metapneumovirus: a newly described respiratory tract pathogen. J Am Board Fam Pract 2004; 17: 466-469.
4. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, Bartlett JG, Campbell GD, Dean NC, Dowell SF, File TM, Musher DM, Niederman MS, Torres A, Whitney CG. IDSA/ATS Guidelines for CAP in Adults. CID 2007;44 (Suppl 2):27-72
5. British Thoracic Society Standards of Care Committee (2001). "[BTS Guidelines for the Management of Community Acquired Pneumonia in Adults](#)". Thorax. 56 Suppl 4: IV1-64
6. File TM. Community-acquired pneumonia. Lancet. 2003;362:1991-2001.
7. Fish D. Pneumonia. In: Pharmacotherapy self-assessment program. 4th ed. Kansas City: American College of Clinical Pharmacy, 2002.
8. Bates JH, Campbell GD, Barron AL, et al. Microbial etiology of acute pneumonia in hospitalized patients. Chest 1992; 101: 1005-12.
9. Özlü T, Bülbül Y, Özsu S. Ulusal verilerle toplum kökenli pnömoniler. Tuberk Toraks 2007; 55: 191-212.
10. Pişkin N, Aydemir H, Öztoprak N, Akduman D, Çelebi G, Keskin AS. Toplum Kökenli Pnömoni Olgularında Hastanede Yatış Süresi ve Mortaliteyi Etkileyen Faktörler. Mikrobiyol Bul 2009; 43: 597-606

UZMANINA DANIŞ 6

Kanserden koruma – kanser aşılı ve tarama

Moderatör: Uzm. Dr. Şevket AKAR

Konuşmacı: Prof. Dr. Binnaz DEMİRKAN

KANSERDEN KORUMA – KANSER AŞILARI VE TARAMA

Prof. Dr. Binnaz DEMİRKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Bilim Dalı, İzmir

Tüm kanser olgularının yaklaşık olarak %50'si modifiye edilebilen risk faktörlerinden gelişir veya metastatik potansiyele sahip bir hastalıktan önce öncül lezyonları saptanabilir, bu nedenle kanser önlenilebilir bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.

Kanser prevansiyonu; primer, sekonder ve tersiyer prevansiyon olmak üzere üç düzeyde yer alır. **Primer prevansiyon**, hastalık oluşmadan önce kanser nedenini saptamak ve önlemek; **Sekonder prevansiyon**, hastalık semptomları başlamadan önce erken tanı koymak ve yayılımı önlemek; **Tersiyer prevansiyon** ise klinik kanser tanısından sonra komplikasyonları ve morbiditeyi önlemektir. Kanserlerin yaklaşık olarak %10'u herediter, %15-20'si ailevi ve %70-75'i ise sporadiktir.

Tarama: Tarama, sekonder prevansiyondur.

Ulusal Tarama Programları

Ulusal Meme Kanseri Tarama Programı:

Populasyon	Tarama Aralığı	Yöntem	Değerlendirme
Ev halkı tesbit fişleri ile belirlenmiş olan 50-69 yaş grubu kadınlar	İki yılda bir	Medyolateral oblik (MLO) ve kranyokaudal (CC) olmak üzere 2'şer poz mamografi filmi	İki radyoloji uzmanı tarafından ve birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirilmeli

Ulusal Serviks Kanseri Tarama Programı:

Populasyon	Tarama Aralığı	Yöntem	Değerlendirme
Ev halkı tesbit fişleri ile belirlenmiş olan 30-65 yaş grubu kadınlar (30 yaş grubu kadınlarda tarama başlamalı ve son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda tarama kesilmeli)	Beş yılda bir	Konvansiyonel Pap smear	Smear alınan merkezlerin ilişkili olduğu Devlet Hastanesi patoloğları tarafından değerlendirilmeli

Özel durumlar: 1. Benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılmış olgularda vaginal sitolojiyle takip gerekli değildir.

2. CIN (Servikal İntraepitelial Neoplazi) II-III nedeniyle histerektomize olgularda, üç dökümante edilebilen teknik yeterli negatif sitoloji ve son on yılda anormal/pozitif sitoloji yokluğunda tarama kesilmelidir.

3. HIV enfeksiyonu tanısı alan ve/veya immünsüpressif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçları negatif ise yılda bir kez smear alınmalıdır. İyi sağlık koşulları oluşuncaya kadar taramaya devam edilmelidir.

Ulusal Kolorektal Kanser Tarama Programı:

Populasyon	Tarama Aralığı	Yöntem	Değerlendirme
Ev halkı tesbit fişleri ile belirlenmiş olan 50-70 yaş grubu kadınlar ve erkekler (son iki testi negatif olan 70 yaş grubunda tarama kesilmeli)	Yılda bir GGK ve 10 yılda bir kolonoskopi	Gaitada gizli kan (GGK) ve Kolonoskopi	GGK için aile hekimi, pratisyen hekim, ebe, hemşire, laboratuvar teknisyenleri; Kolonoskopi için Gastroenterologlar

Özel durumlar: 1. Birinci derece akrabalarında kolorektal kanser veya adenomatöz polip öyküsü olan bireylerde 40 yaşından itibaren tarama başlamalı.

2. Birinci derece akrabalarında erken yaşta kolorektal kanser ortaya çıkan bireylerde ise akrabalarında kanserin çıkış yaşından 5 yıl önce tarama başlamalı.

Uluslararası Tarama Programları

Amerika Birleşik Devletleri Prevanatif Servis (USPSTF) Meme Kanseri Tarama Önerileri

Populasyon	40-49 yaş Kadınlar	50-74 yaş Kadınlar	≥75 yaş Kadınlar
Öneri	Kişiler bireysel olarak değerlendirilmeli. İki yılda bir film mamografi	İki yılda bir film mamografi	Öneri yok (yeterli kanıt yok)
Risk değerlendirme	Bu öneri, bilinen bir genetik mutasyonu olmayan veya göğüs duvarına radyoterapi almamış ≥ 40 yaş kadınlara uygulanabilir. İleri yaş, pek çok kadın için en önemli risk faktörüdür.		
Tarama testleri	Film mamografilerin standardizasyonu kaliteyi arttırmaktadır.		
Tarama aralığı	Kanıtlar iki yılda bir taramanın optimal olduğunu göstermektedir. Daha uzun intervaller yararı azaltabilir.		
Yarar ve zarar dengesi	Film mamografi ile taramanın meme kanseri mortalitesini azalttığını gösteren yeterli kanıt mevcuttur (özellikle 50-74 yaş kadınlarda mutlak azalma daha genç kadınlardan daha fazladır). Taramanın zararları; psikososyal, ek medikal vizitler, görüntüleme, gereksiz biyopsiler, yanlış pozitif tarama sonuçları nedeniyle uyumsuzluk, gereksiz tedaviler ve radyasyon. Tüm yaş gruplarında zarar orta derecededir. Yanlış pozitif sonuçlar, daha genç kadınlar için önemlidir. Bir kadının yaşamı boyunca klinik olarak ortaya çıkmayacak bir kanseri tedavi etmek, kadınlar yaşlandıkça artış gösteren bir problemdir.		

Amerika Birleşik Devletleri Prevatif Servis (USPSTF) Film Mamografi Dışındaki Yöntemlerle Meme Kanseri Tarama Önerileri

Populasyon	≥ 40 yaş Kadınlar			
Tarama yöntemi	Digital mamografi	Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)	Klinik meme muayenesi	Kendi kendine meme muayenesi
Öneri	Yeterli Kanıt Yok			Önerilmiyor
Öneri olmaması veya negatif önerinin rasyoneli	Film mamografi yerine digital mamografi ve meme MRG'nin daha yararlı olduğunu gösteren kanıtın olmaması.			Kendi kendine meme muayenesinin meme kanseri mortalitesini azaltmadığını gösteren yeterli kanıtın olması.
Pratikte Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar				
Potansiyel önlenabilir durum	Genç kadınlar ve yoğun meme dokusu olan kadınlar için digital mamografi ile tarama-saptama daha iyi.	Kontrastlı MRG'nin çok yüksek riskli popülasyonlarda mamografiden daha fazla kanser olgusunu saptadığı gösterilmiştir .	İndirekt kanıtlar, klinik meme muayenesi mevcut tek test ise kanserli olguların önemli bir kısmını saptayabildiğini ileri sürmektedir.	
Potansiyel zarar	Digital mamografinin film mamografiden daha sık ve daha fazla yanlış pozitif kanser tanısına neden olup olmadığı belirsizdir.	Kontrastlı MRG kontrast madde enjeksiyonu gerektirir. MRG, mamografiden daha fazla yanlış pozitif sonuca ve potansiyel olarak daha fazla kanser tanısına neden olmaktadır.	Klinik meme muayenesinin zararları; endişeye neden olan yanlış pozitif sonuçlar, gereksiz vizitler, görüntüleme ve biyopsilerdir.	Kendi kendine meme muayenesinin zararları, klinik meme muayenesi ile aynı potansiyel zararları içerir ve daha fazla olabilir.
Maliyet	Digital mamografi film mamografiden daha pahalıdır.	MRG, mamografiden çok daha fazla pahalıdır.	Klinik meme muayenesinin maliyeti, primer olarak klinisyen için ödenen maliyettir.	Kendi kendine meme muayenesinin maliyeti, primer olarak klinisyen için ödenen maliyettir.
Güncel pratik	Günümüzde bazı klinik pratikler digital aletlere geçmektedir.	Günümüzde MRG, ortalama risk grubundaki kadınları taramada kullanılmamaktadır.	Standart bir yaklaşım veya raporlama standartları yoktur.	Kişilere kendi kendine meme muayenesini öğreten klinisyen sayısı bilinmemektedir. Kadınlara kendi kendine meme muayenesini öğreten çok az klinisyen olduğu varsayılmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri Prevatif Servis (USPSTF) Serviks Kanseri Tarama Önerileri

Populasyon	21-65 yaş kadınlar	30-65 yaş kadınlar	<21 yaş kadınlar	Yüksek riskli olmayan ve daha önceki taramaları yeterli olan >65 yaş kadınlar	Servikal kanser veya yüksek dereceli kanser öncülü lezyonu olmayan, serviksin çıkarılması ile birlikte histerektomi olan kadınlar	<30 yaş kadınlar
Öneri	Her 3 yılda bir sitoloji (Pap smear) ile tarama	Her 3 yılda bir sitoloji ile tarama veya her 5 yılda bir yardımcı test yapma [sitoloji/HPV (Human Papilloma Virus) testi]	Tarama yapılmamalı	Tarama yapılmamalı	Tarama yapılmamalı	HPV testi ile tarama yapılmamalı (tek başına veya sitoloji ile birlikte)

Risk değerlendirme	HPV enfeksiyonu tüm serviks kanseri olgularıyla ilişkilidir. Artmış serviks kanseri riskine neden olan diğer faktörler; HIV enfeksiyonu, immun sistemin baskılanması, intrauterin diethylstilbestrol maruz kalma ve daha önce serviks kanseri veya prekanseröz bir lezyon nedeniyle tedavi olmak.					
Tarama testi ve Aralıkları	21-65 yaş kadınları her 3 yılda bir sitoloji ile taramak kabul edilebilir bir yarar-zarar dengesi sağlar. 30-65 yaş kadınları her 5 yılda bir sitoloji ile birlikte HPV testi ile taramak karşılaştırılabilir bir yarar-zarar dengesi sağlar ve bu yaş grubundaki kadınlar, tarama aralıklarını uzatmak isterlerse kabul edilebilir bir alternatif olabilir.					
Tarama zamanı	Seksüel öyküye bakmaksızın <21 yaştan önce tarama yapmak yarardan daha çok zarara neden olur. Klinisyenlerin ve bireyin taramayı sonlandırma kararı, eğer birey tanımlanmış rehberler doğrultusunda yeterli test ve izlem yapılma kriterlerini karşılıyorsa mümkün olabilir.					
Girişim	Taramanın amacı, serviks kanseri ve asemptomatik erken evre invaziv serviks kanseri gelişimini önlemek için yüksek dereceli prekanseröz lezyonu saptamaktır. Yüksek dereceli lezyonlar; kryoterapi, lazer ablasyon, loop ekzizyon ve cold-knife konizasyonu içeren ablatif ve ekzizyonel yöntemlerle tedavi edilebilir. Erken evre serviks kanseri, cerrahi (histerektomi) veya kemoradyoterapi ile tedavi edilebilir.					
Yarar-Zarar Dengesi	Her 3 yılda bir sitoloji ile tarama daha yararlıdır	Her 5 yılda bir yardımcı test (sitoloji / HPV testi) ile tarama daha yararlıdır	<21 yaşta tarama daha zararlıdır	>65 yaşta tarama daha zararlıdır	Serviksin çıkarılması ile birlikte histerektomi yapılmışsa tarama daha yararlıdır	HPV testi ile tarama (tek başına veya sitoloji ile birlikte) daha yararlıdır

Amerika Birleşik Devletleri Prevatif Servis (USPSTF) Kolorektal Kanseri Tarama Önerileri

Populasyon	50-75 yaş	85. yaş	>85 yaş
Öneri	Gaitada gizli kan testi (GGK), sigmoidoskopi veya kolonoskopi	Rutin olarak tarama yapılmamalı	Tarama yapılmamalı
Tüm yaş gruplarında Bilgisayarlı Tomografi (BT)-Kolonografi ve Gaitada DNA testi ile tarama için kanıt yetersiz			

Tarama testi	GGK, GGK + Sigmoidoskopi ve Kolonoskopi kolorektal kanser mortalitesini azaltmak için etkili tetkikler. Bu tarama yöntemlerinin riskleri ve yararları farklıdır. Kolonoskopi ve Fleksibl Sigmoidoskopi (daha az olarak) olası ciddi komplikasyonlara neden olabilir.		
Tarama testi aralıkları	GGK ile yıllık (yılda bir kez) tarama. GGK ile 3 yılda bir tarama, Sigmoidoskopi ile 5 yılda bir tarama. Kolonoskopi ile 10 yılda bir tarama.		
Yarar-zarar dengesi	50-75yaş tarama daha yararlı.	daha	Adenom gelişimi ve kanser tanısı arasında geçen ortalama sürenin daha fazla olması nedeniyle >75 yaşta erken tanı ve girişimin mortalite üzerindeki yararı azalır.
Uygulama	Taranmış birey sayısını maksimum artırma stratejileri üzerine odaklanmalı. Tarama yapılacak bireylerle birlikte karar verme, testin kalitesi ve varlığı konusunda bireylerle görüşme – tartışma. Kanser veya adenomatöz polip öyküsü olan bireyler sürvelans yöntemiyle izlenmeli ve tarama rehberleri uygulanmamalı.		

Amerika Birleşik Devletleri Prevatif Servis (USPSTF) Prostat Kanseri Tarama Önerileri

Populasyon	<75 yaş erkekler	≥75 yaş erkekler
Öneri	Öneri yok (Kanıt yetersiz)	Tarama yapılmamalı

Risk değerlendirme	Prostat kanseri yaşlı erkeklerde, Afrikan Amerikalılarda ve ailesinde prostat kanseri öyküsü olan erkeklerde daha fazladır. Taramanın etkileri konusundaki belirsizlikler bu yüksek riskli erkekler için de geçerlidir.		
Tarama testleri	Prostat spesifik antijen (PSA), digital rektal incelemeden daha duyarlıdır. Konvansiyonel PSA testi cut-point 4.0 µg/L bazı erken kanserleri kaçırmaktadır. Bununla beraber cut-point'i düşürmek yanlış pozitif sonuç oranını arttıracaktır. PSA taramasındaki varyasyonların sağlıkla ilişkili sonuçları iyileştirdiği henüz gösterilmemiştir.		
Tarama aralıkları	Eğer PSA tarama mortaliteyi azaltırsa, 4 yılda bir tarama da yıllık tarama kadar yararlı olabilir.		
Girişim	Lokalize prostat kanserinin yönetim stratejileri; izleyerek bekleme, aktif sürvelans, cerrahi tedavi ve radyoterapidir. Optimal bir tedavi konusunda konsensus yoktur.		
Yarar-zarar dengesi	<ul style="list-style-type: none">- Taramanın zararları, prostat biyopsisinin neden olduğu rahatsızlık ve yanlış pozitif test sonuçlarının psikososyal zararları.- Tedavinin zararları; erektil disfonksiyon, üriner inkontinans, barsak disfonksiyonu ve ölümdür. Tedavi edilenlerin bir kısmı, olasılıkla zarar görenler, yaşamları boyunca kanser semptomu göstermeyecekler.		
Yarar-zarar dengesi	<table><tr><td><75 yaş erkeklerde taramanın sağlıkla ilişkili sonuçları iyileştirdiği konusundaki kanıt yetersizdir. Bu nedenle yarar ve zarar arasındaki denge belirlenemez.</td><td>≥ 75 yaş erkekler ve beklenen yaşam süresi ≤ 10 yıl olanlar için tarama ile saptanan prostat kanserinin tedavisinden elde edilen yarar çok azdır veya yoktur. Bu nedenle zarar yarardan daha fazladır.</td></tr></table>	<75 yaş erkeklerde taramanın sağlıkla ilişkili sonuçları iyileştirdiği konusundaki kanıt yetersizdir. Bu nedenle yarar ve zarar arasındaki denge belirlenemez.	≥ 75 yaş erkekler ve beklenen yaşam süresi ≤ 10 yıl olanlar için tarama ile saptanan prostat kanserinin tedavisinden elde edilen yarar çok azdır veya yoktur. Bu nedenle zarar yarardan daha fazladır.
<75 yaş erkeklerde taramanın sağlıkla ilişkili sonuçları iyileştirdiği konusundaki kanıt yetersizdir. Bu nedenle yarar ve zarar arasındaki denge belirlenemez.	≥ 75 yaş erkekler ve beklenen yaşam süresi ≤ 10 yıl olanlar için tarama ile saptanan prostat kanserinin tedavisinden elde edilen yarar çok azdır veya yoktur. Bu nedenle zarar yarardan daha fazladır.		
Pratik öneriler	Klinisyenler, <75 yaş hastaları ile PSA tarama testinin potansiyel yararlarını ve bilinen zararlarını tartışmalıdır. Bu yaş grubundaki erkekler, kanıtlardaki açıklar konusunda bilgilendirilmeli ve kişisel tercihleri test yaptırıp yaptırmama konusunda rehberlik etmelidir.		

Kanser Aşılı:

Kanseri önleyici aşılarda, primer prevansiyonda yer alır. Günümüzde bilinen iki proflaktik aşı, serviks kanseri ile ilişkili olan HPV ve karaciğer kanseri ile ilişkili olan HBV virüslerine karşı geliştirilmiş olan aşılardır.

HPV, Serviks Kanseri ve Aşı

HPV; zarfsız, çift sarmallı DNA viruslerinden Papillomaviridae ailesindedir. Tüm HPVler major ve minor kapsid proteinleri L1 ve L2den oluşan bir kapsid kabuk içinde 8kb sirküler bir genoma sahiptir. Saflaştırılmış L1 proteini, "virusa benzer partiküller" (VLP) olarak tanımlanan virüsü temsil eden boş kabuklar oluşturur. Yapısal genler (L1 ve L2) dışında genom, viral transkripsiyona ve replikasyona neden olan ve konak genomuyla interaksiyona girebilen pek çok erken genleri (E1, E2, E4, E5, E6 ve E7) kodlar. İmmortalizasyon ve transformasyon fonksiyonları yüksek riskli HPV'lerin E6 ve E7 genleri ile

ilişkilidir. Yüksek riskli HPV'lerin E6 ve E7 proteinleri primer onkoproteinlerdir; hücre siklusü regülatörlerini manipüle eder, kromozom anomalilerini indükler ve apoptozu önlerler. Epidemiyolojik çalışmalar, HPV ile ilişkili genital bölge enfeksiyonlarının çok sık olduğunu ve seksüel olarak aktif genç kadın ve erkeklerin %50'sinden fazlasının seksüel aktiviteyi izleyen ilk 5 yıl içinde en az bir kez genital HPV enfeksiyonuna yakalandığını göstermiştir. 100'den fazla HPV alttipi vardır. Serviks kanseri, yüksek riskli olarak tanımlanan 15 kadar genital HPV'ü içeren bir altgruba ait HPV ile ilişkilidir. Tüm dünyada, yüksek riskli HPV tiplerinden ikisi, HPV16 ve 18, yaklaşık olarak serviks kanserinin %70'inden sorumludur ve anogenital epitel kanserlerinin (vulval, vaginal, penil, anal) %40-90'nı persistan yüksek riskli HPV enfeksiyonu ile ilişkilidir. HPV enfeksiyonlarının çoğu geçicidir ve asemptomatiktir. Yeni HPV enfeksiyonlarının %70'i yaklaşık olarak 1 yıldan daha kısa bir süre içinde, %90'ı ise 2 yıl içinde spontan olarak geçer. Kadınların %30'undan daha fazlası yaşamlarının bir döneminde yüksek riskli HPV ile enfekte olurlar ancak bunların %95'inden daha fazlasında hastalık spontan olarak geçer ve kanser için risk oluşturmaz. İlk HPV enfeksiyonu ve serviks kanseri gelişimi arasındaki zaman genellikle dekadları içerir. Serviks kanseri primer olarak 30-45 yaş grubu kadınları etkilemekte ve önemli bir potansiyel yaşam yılı kaybına neden olmaktadır. Yaş gruplarında 2. pik 45 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Serviks kanseri dünyada, gelişmiş ülkelerde, gelişmekte olan ülkelerde ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserler arasında sırasıyla 3., 10., 2., ve 8.sırada; jinekolojik kanserler içinde ise sırasıyla 1., 3., 1., ve 3.sırada yer almaktadır.

İki profilaktik HPV aşısı mevcuttur (Gardasil® [Merck] ve Cervarix® [GlaxoSmithKline]). Her ikisinde HPV tip 16 ve 18'i hedefler ve bir tanesi aynı zamanda HPV tip 6 ve 11'i de hedeflemektedir (Gardasil®). Gardasil® quadrivalent aşı (HPV4), 15-25 yaş kadınlarda yapılan "Future II Study Group" çalışması ile 2006 yılında ve Cervarix® bivalent aşı (HPV2), 15-26 yaş kadınlarda yapılan "PATRICIA Study Group" çalışması ile 2007 yılında kullanımları onaylanmıştır. 7-9 yıllık izlemde çalışmaya katılan ve aşılanan kadınlarda korumanın devam ettiği bildirilmektedir. 2009 yılında WHO (Dünya Sağlık Örgütü) serviks kanserinin primer prevansiyonunda HPV aşılarının kullanımını tavsiye etmiştir. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 11-12 yaş kız çocuklarına 3 doz (0., 1-2. ve 6. aylarda) HPV4 veya HPV2 önermektedir; 13-18 yaş "catch-up" immunizasyon olarak önerilmektedir, 26 yaşa kadar uzatılabilir. Aşılama 9 yaşta başlayabilir. Erkeklerde HPV ile ilişkili hastalıklar; penil siğil, penil karsinom, anogenital karsinom ve bazı orofarengial karsinomlardır. Aynı yaş grubundaki erkeklerin (12 yaşta başlayarak) aşılanması ile ilgili çalışmalar; iyi immunolojik yanıt oluşturduğu, genital bölge enfeksiyonlarında ve uzun süreli hastalıkta azalmaya neden olduğunu bildirmektedir. CDC, 11-12 yaş erkek çocuklarına 3 doz (0., 1-2. ve 6. aylarda) HPV4 önermektedir, 13-18 yaş "catch-up" immunizasyon olarak önerilmektedir. Ülkemizde 2007 ve 2008 yıllarında aşılama kullanımı onaylanmıştır, ancak henüz kitle aşılama programı yoktur.

Hepatit-B virüsü (HBV)/ Hepatit-C virüsü (HCV), Karaciğer Kanseri ve Aşı

HBV

HBV, Hepadnaviridae ailesinden parsiyel çift sarmallı bir DNA virüsü olup viral genotip kanser riskini etkileyen faktördür. Genotip C Genotip B'den daha fazla, Genotip D ise Genotip A'dan daha fazla HCC oluşturma riskine sahiptir. Asya genotipleri (B ve C) ile karşılaştırıldığı zaman Avrupa genotipleri (A ve D) daha az tanımlanmıştır.

Hepatosellüler karsinom, tüm dünyada en sık görülen kanserler içinde 5.sırada, mortalitede ise 3.sırada yer alır. Kronik HBV enfeksiyonlarının yaklaşık olarak %50'si hepatosellüler karsinoma neden olmaktadır. HCC'nin prevansiyonundaki en önemli strateji, 3.dekadını dolduran universal HBV aşılama programıdır. Ülkemizde kitle aşılama programı 1998 yılında başlamıştır.

Tüm yenidoğanlara hastaneden taburcu olmadan önce monovalent Hepatit-B (HepB) aşısı yapılması, daha sonra 1.,2., 6., 9., 12., 15. ve 18. aylarda da uygulanması önerilmektedir.

HCV

HCV enfeksiyonu, dünya popülasyonunun yaklaşık olarak %2-3'ünü etkileyen önemli bir halk sağlığı problemidir. HCV, Flaviviridae ailesine ait, zarflı virion içeren bir RNA virüsüdür. Viral genotip, coğrafi dağılımda önemlidir. Genotip 1 Avrupa ve Kuzey Amerika'da, Genotip 2 Batı Afrika'da, Genotip 3A Avrupa'da intravenöz ilaç kullanan popülasyonda, Genotip 4A Mısır'da, Genotip 6 Güneydoğu Asya'da görülmektedir. HCV, tüm dünyada akut ve kronik hepatitin en major nedenidir. Enfekte olan hastaların sadece %20'si spontan olarak iyileşir; büyük bir kısmı kronik enfeksiyona dönüşür, bu da KC sirozuna ve hepatosellüler kansere neden olur. HCV'nin mutasyon geliştirme kapasitesi çok fazla olduğu için HCV heterojenitesi çok geniştir. Bu özellik ilaç ve aşı geliştirme çalışmalarında çok büyük sorun oluşturmaktadır, günümüzde HCV ait etkili prevantif bir aşı yoktur.

Kaynaklar:

- Ulusal Kanser Tarama Programları (meme, kolorektal, serviks). <http://www.kanser.gov.tr>
- Amerika Birleşik Devletleri Prevantif Servis (USPSTF) Kanser Tarama Önerileri (meme, kolorektal, serviks, prostat kanserleri)
<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>
- Anderson LA. Prophylactic human papillomavirus vaccines: past, present, and future. Pathology 2012;44;1-6.
- Stupiansky NW, Alexander AB, Gregory DZ. Human papilloma virus vaccine and men: what are the obstacles and challenges? Current Opinion 2012;25:86-91.
- Tay S-K. Cervical cancer in the human papillomavirus vaccination era. Current Opinion 2012;24:3.
- Advisory Committee on Immunization Practices. Recommended Immunization Schedules for Persons Aged 0 Through 18 Years . United States 2012. www.cdc.gov/vaccines/recs/acip
- Klenerman P, Gupta PK. Hepatitis C virus: current concepts and future challenges. Q J Med 2012;105:29-32.
- Zanetti AR , Van Damme P, Shouval D. The global impact of vaccination against hepatitis B: A historical overview. Vaccine 2008;26:6266-6273.
- Tan Y-J. Hepatitis B virus infection and the risk of hepatocellular carcinoma. World J Gastroenterol 2011;17:4853-4857.
- Zon RT, Goss E, Vogel VG, et al. American Society of Clinical Oncology Policy Statement: The Role of the Oncologist in Cancer Prevention and Risk Assessment. J Clin Oncol 2009;27:986-993.

AKŞAM OKULU (KURS)

Aile hekimliğinde jinekolojik bakı ve pap smear alma

Eğiticiler: Doç. Dr. Zeynep TUZCULAR VURAL, Uzm. Dr. Işık GÖNENÇ

PAP SMEAR ALINMASI

Doç. Dr. Zeynep TUZCULAR VURAL, Uzm. Dr. Işık GÖNENÇ
S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İstanbul

Servikal sitoloji serviksin neoplastik ve enfeksiyöz değişikliklerini saptamak için kullanılan güvenli, basit, ucuz ve noninvaziv bir tarama testidir. PAP smear testi sensitivitesinin oldukça yüksek, yanlış pozitiflik oranının düşük olması nedeniyle tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. PAP smear taramaları sayesinde invaziv servikal kanser insidansında anlamlı düşüşler olması nedeniyle servikal sitoloji, gelişmiş ülkelerde servikal kanserlerin önlenmesinde kullanılan ulusal tarama programlarının

parçası olarak yer almaktadır. Ülkemizde ise henüz böyle bir tarama programı yoktur ve belli risk gruplarının taraması da yapılmamaktadır. Bu konuda birinci basamakta çalışan hekimlere büyük görev düşmektedir. Ülkemizde olduğu gibi, periyodik kontrol alışkanlığı olmayan toplumlarda, rutin kontroller için gebelik sırasında doktora başvurulması, PAP smear alınması açısından iyi bir fırsat sağlamaktadır. PAP smear testini teşhis yöntemi değil, bir tarama testi olarak değerlendirmek gerekir.

Cinsel olarak aktif tüm kadınlar serviks kanseri için risk altındadır. Düşük sosyoekonomik durumun, çok eşlilik ya da eşin çok eşli oluşunun, cinsel ilişkiye erken yaşta başlamanın ve sigara kullanımının servikal kanser insidansının arttığı düşünülmektedir. Eğitim seviyesi düşük kadınlar sosyal ve ekonomik faktörlerin de etkisi ile servikal tarama yaptırmayan yüksek riskli grubu oluştururlar (1). HIV enfeksiyonunun ve HPV ile Herpes virüs'ün belirli tiplerinin de servikal kanser riskini arttırdığı bilinmektedir (2). Tayland'da invazif skuamöz servikal kanserli kadınlar ve eşleriyle yapılan bir çalışmada, kadınların tek eşli olmalarına rağmen eşlerinin hayat kadınları ile prezervatif kullanmadan beraber olmalarının, özellikle 30 yaşın altında olanlarda servikal kanserin görülme riskinin arttığı tespit edilmiştir (3). 20 yaşın altında cinsel olarak aktif olan kişilerde servikal intraepithelyal neoplazi (CIN) insidansında artış olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (4).

Amerikan Kanser Cemiyeti'nin (American Cancer Society) taramaya başlama yaşı ve sıklığı ile ilgili önerisine göre (5) "21 yaşından itibaren tüm kadınlar, servikal kanser taramasına dahil olmalıdır. 21-29 yaşları arasında tarama sıklığı 3 yılda bir olmalı, 30 yaşından itibaren HPV tarama testi ile kombine edilerek 3 yılda bir PAP smear testi yapılmalı ve tarama 65 yaşına kadar sürdürülmelidir. Alternatif olarak 30-65 yaşları arasında sadece 3 yılda bir PAP smear testi ile tarama yapılabilir. 65 yaşından sonra son 10 yılda taraması düzenli yapılmış ise ve son 20 yılda CIN2 veya CIN3 gibi ileri lezyonlara rastlanmamışsa taramaya son verilebilir. Yüksek riskli hastalar hekim önerisine göre daha sık aralarla taranabilir". Yapılan çalışmalar sık tarama ile servikal kanserin tespit edilme oranının arttığını göstermektedir(6).

Ülkemizde de KETEM'in (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) Ulusal Kanser Tarama Programlarına göre 30-49 yaş aralığındaki kadınların 5 yılda bir PAP smear testi yaptırmaları önerilmektedir. 50-65 yaş aralığındaki kadınların ise 5 yılda bir PAP smear testi yaptırmaları ve son iki smear testi negatif çıkan kadınların serviks kanseri tarama programından çıkartılması tavsiye edilmektedir (7). PAP smear sensitivitesini arttırmak için HPV testi ile kombine edilmesi için çalışmalar sürmektedir. KETEM 2005 yılı verilerine göre serviks kanseri Türk kadınlarında rastlanan ilk 10 kanser türü arasında 10. sırada olup insidansı 100.000'de 5.31'dir (7).

PAP smear jinekolojik muayene esnasında, bir özel fırça veya tahta çubuk yardımı ile serviksten örnek alma esasına dayanır. İyi bir smear almak için smear muayene öncesinde, kanama olmadığı bir dönemde alınmalı, tüm serviks ve portio görüntülenmelidir. 48 saat önce vajinal duş/ koitus olmaması ve intravajinal ilaçların en az 1 hafta önce bırakılmış olması PAP smear sensitivitesini artırır. Alınan örnek, lama paralel olarak tek bir hareketle yayılıp, süratle fikse edilerek patoloğa gönderilir. Sonucun güvenilir olması için yeterli ve uygun kalitede materyal alınması gerekmektedir. Özellikle de transformasyon zonunun örneklenmesi, materyalin yeterliliği ve sitolojik değerlendirmenin sağlıklı olabilmesi için gereklidir. Değerlendirmede 2001 yılında revize edilen Bethesda sistemi kullanılmaktadır (8). Amaç, normal hücreleri, atipik hücreleri veya ara hücreleri, tanımlayıp daha ileri tetkik veya takip konusunda önerilerde bulunmaktır. Bethesda sistemine göre smear testi normal epitel hücreleri, ASCUS (önemi bilinmeyen anormal hücreler), LGSIL (düşük grade'li skuamöz intraepitelyal lezyon), HGSIL (yüksek grade'li skuamöz intraepitelyal lezyon) ve kanser olarak sınıflandırılmaktadır. Daha önceki sınıflamalarda orta derecede displazi veya CIN 2 olarak sınıflandırılan sonuçlar, Bethesda sisteminde HGSIL olarak sınıflandırılmaktadır.

Yeni tarama tekniklerinden sıvı bazlı teknolojinin (monolayer), mukus, kan ve inflamatuvar hücrelerin uzaklaştırılması (bazı çalışmalarda daha yüksek oranla LSIL ve HSIL saptanması), daha çok hücrenin fiksatif solusyona toplanması ile çabuk fiksasyon ve daha iyi hücre detayı gibi avantajları mevcuttur (9). Dezavantajları pataloğun özel eğitim alması gerekliliği, diagnostik hücrelerin sayısının daha az olması nedeniyle görülememe olasılığı ve artan maliyettir.

PAPNET Sistemi negatif olarak kabul edilen smearlerin network software ile tekrar taranması esasına dayanır. Son tanı yine sitolog tarafından konur. Özellikle ThinPrep ile kullanıldığında maliyet artar.

KAYNAKLAR

- American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 1993. Atlanta, American Cancer Society, 1993.
- Dindelli M, Parazzini F, Rabaiotti E, Ferrari-A. Assessment of the use of the use of Pap test in a sample of pregnant women. Minerva Gynecol 1990; 42:305-8
- Thomas D.B, Ray R.M, Pardthaisong T ve ark. Prostitution, condom use, and invasive squamous cell cervical cancer in Thailand. Am J Epidemiol 1996 ;143 (8): 779-86.
- Armstrong BK, Munoz N, Bocsh FX. Epidemiology of Cancer of the Cervix. Gynecologic Oncology'de Ed. Copleston M, Monaghan JM, Morrow CP, Tattersall MHN. New York, Churchill Livingstone, 1992; 11-29.
- <http://www.cancer.org/Cancer/CervicalCancer/MoreInformation/CervicalCancerPreventionandEarlyDetection/cervical-cancer-prevention-and-early-detection-find-pre-cancer-changes> / adresinden 11.4.2012 tarihinde erişilmiştir.
- International Agency for Research on Cancer Working Group on Evaluation of Cervical Cancer Screening Programmes. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical smear and its and its implication for screening policies. BMJ 1986; 293: 659-64
- <http://www.ketem.org/index.php> adresinden 11.4.2012 tarihinde erişilmiştir.
- <http://www.pmclab.org/manual/9%20The%20Bethesda%20System%20for%20Reporting%20PAP%20Smear%20Results.pdf> adresinden 11.4.2012 tarihinde erişilmiştir.
- http://www.thinprep.com/info/why_pap_test.html adresinden 11.4.2012 tarihinde erişilmiştir.

JİNEKOLOJİK MUAYENE

Uzm. Dr. Işık GÖNENÇ, Doç. Dr. Zeynep TUZCULAR VURAL
S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İstanbul

Ülkemizde olduğu gibi, periyodik kontrol alışkanlığı olmayan toplumlarda, rutin kontroller için aile hekimlerine başvurulması, jinekolojik muayene açısından iyi bir fırsat sağlar. Pek çok kadın için jinekolojik muayene, korku veren bir tecrübedir. Bu konuda hastayı tanıyan, hastanın güvendiği birinci basamakta çalışan hekimlere büyük görev düşmektedir. Zamanında ve rutin olarak yapılan jinekolojik muayeneler, birçok hastalığın erken dönemlerde teşhisini sağlayarak sonradan ortaya çıkabilecek olumsuz durumları engelleyebilir. Cinsel olarak aktif tüm kadınların düzenli olarak, hiçbir şikayeti olmasa bile yılda en az bir kez pelvik muayene olması ve düzenli aralıklarla smear aldırması önerilmelidir.

Hastaya yaklaşımda, her başvuruda olduğu gibi, iyi öykü alınması fizik muayenenin öncüsü olmalıdır. Öyküde esas şikayet, menstruel öykü, obstetrik, jinekolojik, cinsel ve kontraseptif öykünün yanı sıra cinsel saldırı, istismar gibi durumlar da gereğinde sorgulanmalıdır. Fizik muayenede genel fizik muayenenin parçası olarak boy, kilo, kan basıncı ölçülmeli, batın ve lenf bezleri muayene edilmeli, meme muayenesi yılda bir defa yapılmalı, hastaya kendi kendine meme muayenesi öğretilmelidir. Jinekolojik muayene tercihan adet kanamasının olmadığı bir zamanda gerçekleştirilir. Gerekli olan her durumda ve özellikle de acil durumlarda bu kural gözetilmez.

Pelvik muayene için hasta bu amaçla geliştirilmiş özel muayene masasında litotomi pozisyonunda değerlendirilmelidir. Muayeneye başlanmadan önce hastanın mesanesini boşaltması önemlidir.

Jinekolojik muayene, bütün muayenelerde olduğu gibi gözlemlerle başlar. Bu aşamada dış üreme organlarında göze çarpan herhangi bir kitle, şişlik, renk değişikliği, ülser, erozyon veya travma bulgusu gibi patolojik bulguların olup olmadığına bakılır.

Daha sonra vajina ve serviksin görüntülenmesi amacıyla spekulum muayenesine geçilir. Bunun için ılık ve kayganlaştırılmış spekulum vajen içersine doğru ilerletilerek vajen duvarları ile vajinal akıntı ve özellikleri izlenir. Servikste ektropi, erozyon, polip, servikal akıntı olup olmadığı incelenerek gerekli olduğu takdirde mikrobiyolojik örnekleme yapılır ve uygun görülen aralıklarda PAP smear alınır.

Spekulum muayenesi sırasında hastanın pelvik kaslarını gevşetmesi işlemi son derecede kolaylaştırır ve hastanın daha az ağrı duymasını sağlar.

Spekulum muayenesi bitirildikten sonra alet çıkartılır ve bimanuel muayeneye geçilir. Bu muayene sırasında hekim bir eli vajina içerisindeyken, diğer eli ile de suprapubik bölgeden bastırarak uterus ve adneksleri muayene eder. Vajinal tuşe, jinekolojik muayenenin en önemli parçası olarak kabul edilir. Tuşe ile uterusun pozisyonu, büyüklüğü, tümoral oluşumları değerlendirilir. Daha sonra her iki adneks palpe edilir. Muayene sırasında ağrı olup olmadığı değerlendirilir. Virgolarıda muayene rektal tuşe ile yapılabilir. Spekulum muayenesi aşaması atlanır. Pelvik muayenenin sonunda hastanın oturması istenir, masadan inmesine yardım edilir. Hastayla bulgular paylaşarak önerilerde bulunulur.

Bulgular ışığında gerekli görüldüğü takdirde ileri görüntüleme yöntemlerinden faydalanılır. Pelvik muayene güvene dayanan bir muayenedir. Muayene odasında hekimin elde ettiği bilgiler onun hiç kimseye paylaşmadığı bilgilerdir.(1-5)

KAYNAKLAR

http://www.merckmanuals.com/home/womens_health_issues/diagnosis_of_gynecologic_disorders/gynecologic_history_and_physical_examination.html

11.4.2012 tarihinde erişilmiştir.

https://www.acponline.org/eBizATPRO/images/ProductImages/books/sample%20chapters/PractGyn_2_ch01.pdf

11.4.2012 tarihinde erişilmiştir.

http://www.brooksidepress.org/Products/Military_OBGYN/Textbook/GynecologicExam/Pelvic/pelvice_xam.htm

11.4.2012 tarihinde erişilmiştir.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.25.5.281/pdf>

11.4.2012 tarihinde erişilmiştir.

<http://www.medscape.com/viewarticle/701744>

11.4.2012 tarihinde erişilmiştir.

TARTIŞMA GRUPLARI 3

Obezite ve sağlıklı beslenme mümkün mü?

Sorumlu: Doç. Dr. Kurtuluş ÖNGEL

Konuk Konuşmacı: Prof. Dr. Canan EFENDİGİL KARATAY

Tartışmacılar: Yrd. Doç. Dr. Memet IŞIK, Yrd. Doç. Dr. Gamze ERTEN BUCAKTEPE, Öğr. Grv. Dr. Ediz YILDIRIM, Uzm. Dr. Derya Nurhan ELÇİM

SAĞLIKLI BESLENMEK MÜMKÜN MÜ?

Uzm. Dr. Derya Nurhan ELÇİM

Çankaya Misak-ı Milli ASM , Ankara

Beslenme insanların yaşamlarını sürdürmek, büyüme, gelişme ve üremelerini sağlamak için gerekli enerjiyi ve temel besin maddelerini yiyeceklerle almasıdır.

Yeterli ve dengeli beslenme sağlığımızın korunması için bir günde tüketilen yiyeceklerin dört ana besin grubunu içermesi ,yaş cinsiyet ve aktiviteye göre gereken miktarda tüketilmesidir. Temel besin maddeleri vücutta yapılamayan, yapısal nedenlerle veya beslenme hatalarına bağlı eksiklikleri, yerine konduğunda düzeldiği bilinen rahatsızlık ve hastalıklara yol açan maddelerdir.

Erişkin dönemde günümüzde ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde beslenmeye bağlı en yaygın sağlık sorunları iyot, demir, çinko yetersizlikleri, şişmanlık ve şişmanlık ile ilişkili bazı kronik hastalıklardır. Bugün kabul edilen gerçek, şişmanlık ve şişmanlık ile ilişkili hastalıkların beklenen ömrü kısalttığıdır. Bu nedenle sağlıklı bir erişkin dönem ve sağlıklı, uzun bir yaşlılık geçirmek istiyorsak beslenmemize önem vermeliyiz.

20-59 yaşta kişi başı günlük ortalama alınması gereken enerji miktarı 2000-2250 kilokaloridir. Erkeklerde günlük alınması gereken ortalama enerji miktarı biraz daha fazla (2000-2500 kilokalori), kadınlarda biraz daha azdır (1900-2000 kilokalori). İş faaliyetleri için harcanan kalori arttıkça günlük gereksinim 3000-4000 kilokaloriye kadar çıkabilir.

Şişmanlık depo yağlarının artması demektir.Şişmanlamamak için harcadığımızdan daha fazla kalori almamalıyız.Yeni doğan bir bebekte yağ hücrelerinin % 40 ı yağdan oluşmuş iken, erişkinlerde ve yaşlılarda bu oran % 70 e çıkar. İleri yaşta kilo almamak için daha fazla özen göstermeliyiz.

Katı yağların diyetle fazla alınmasının damar sertliği oluşturduğu yaygın kabul gören bir görüştür. Sıvı yağları tercih etmeliyiz. Rafine karbonhidratların, aşırı kalori ile beslenmenin, sigaranın da ateroskleroz yaptığı bilinmektedir. Diyetle bulunan yağlar mide boşalmasını geciktirir, doyma duyusunun oluşmasına yardımcı olur.Tam yağsız bir diyetle doyma duyusunun sağlanması çok güç olur.A,D,E,K vitaminleri yağlar ile emilir. Diyetimizde %25-30 oranında yağ olmalıdır.

TEKHARF 2003-2007 beslenme araştırması; Türkiye’de yaş ortalaması 53 olan, 24 yaş ve üstü 1760 bireyin (849 erkek, 911 kadın) günlük enerji tüketimi 1583 kkal/gün (erkeklerde 1810, kadınlarda 1371 kkal/gün) olarak saptanmıştır. TEKHARF çalışmasına göre bir günlük besin tüketiminden hesaplanan genel beslenme örüntüsü enerjinin Türkiye’de % 53 ünün karbonhidratlardan, % 14 ünün proteinden, % 33 ünün yağlardan sağlandığını ortaya koymuştur. Yağları biraz fazla tüketmekteyiz, azaltmalıyız. Proteinleri az tüketiyoruz,arttırmalıyız.

Enerjinin % 55-60 ını karbonhidratlardan, % 25-30 unu yağlardan, % 15-20 sini proteinlerden almalıyız. Türkiye’de tahıllar %36, görünür yağ %14, süt ve süt ürünleri %14, tavuk ve kırmızı et % 9, meyveler %10, şeker % 7, sebzeler % 5, kuru baklagiller % 3, balık % 2 oranında enerji kaynağıdır.

Protein alımında, ilk sıraları tahıllar (%37), süt ve süt ürünleri (%20), kırmızı et, tavuk (%19), sebze ve meyve (%15) almaktadır. Özellikle hayvansal proteinlerin ve tahılların tüketimini arttırmalıyız.

Günlük karbonhidrat alımının %57'sini tahıllar, %17'sini meyveler, %13'ünü şeker, bal-reçel oluşturmaktadır. Kan şekerini çabuk yükselten, ve sonra çabuk acıkma hissine neden olan rafine şeker (ve bunların bulunduğu gıdalar) ile reçel tüketimini azaltmalıyız.

Günlük yağ alımında görünür yağ (sıvı+katı) oranı %40, görünmeyen yağ oranı %60 dır. Yediğimiz gıdalardaki görünmeyen yağ oranına da dikkat etmeliyiz.

Kuru baklagillerin ve tahılların tüketimini artırmalıyız . (Bu gıdaların glisemik indeksi düşüktür ayrıca tahıl ve kuru baklagillerde bulunan steroller kan kolesterol düzeyini düşürür).

Net Protein Kullanım Değeri yüksek, hayvansal gıdaları (süt, peynir, yoğurt, balık, tavuk..) artırmalıyız .

Lif ya da posa insanlardaki sindirim enzimlerine dirençli olan, bitkilerde bulunan çeşitli bileşiklerin adıdır. Posadan zengin bir diyet kalp hastalıkları, kalın bağırsak kanseri, diyabet ve obesite gibi pek çok hastalığa karşı koruyucudur. Ama aşırı posa tüketiminden de kaçınılmalıdır (25-50 g/gün). Çünkü çinko ve kalsiyum emilimini azaltır.

Vücudun düzenli çalışabilmesi için 2-2.5 lt. su içmek gereklidir. Bu da günde 8-10 su bardağı su içmek gerekiyor demektir. Mineral içeriği yüksek olan sert suların içilmesi tercih edilmelidir. (Sert sularda 200-800 mg/lt kalsiyum vardır) Aşırı tuz alımından kaçınılmalıdır (3-5g/dl). Çünkü aşırı tuz idrarla kalsiyum atılımını artırır. D vitamini ve flor da kemikleri korumada önemlidir. Flor kalsiyumun kemiklere oturmasını kolaylaştırır. İçme sularının flor içeriği 0.7-1.2 mg/lt olmalıdır. 1.5-4 mg/gün flor yetişkin için yeterlidir. D vitamini ise bağırsakta kalsiyumun emilimini sağlar. Her yaş döneminde yeterli miktarda kalsiyum alımına özen göstermeliyiz.

Ülkemizde kansızlığın en önemli nedeni demir eksikliğidir. Demir eksikliğinde enfeksiyonlara da sık yakalanılır. Et, tavuk, balık, yumurta, kuru baklagiller, pekmez, patates demirden zengin yiyeceklerdir.

Selenyum antioksidandır, hücreleri yaşlanmaktan korur. E ve C vitamini ile birlikte vücudun bağışıklık sistemini kuvvetlendirir. (E vitamini başlıca bitkisel yağlarda, C vitamini meyve ve sebzelerde bulunur) Selenyum ağır metallerin vücuda verdiği zararları önler, kanserden korur. Kalp-damar hastalıklarından korur. Başlıca balıkta, ette, tahılda bulunur.

Toprakta bulunması nedeniyle yetişen bitkilerde ve bununla beslenen hayvanlarda ve onların sütünde selenyum vardır. İçme sularında da selenyum bulunur.

Çinko Türkiye'de ve Dünya'da en çok görülen mineral eksikliklerinden biridir. Türkiye'de tarım yapılan topraklardaki çinko miktarı yüksek değildir. Yaraların iyileşmesi, tad alma, bağışıklık sisteminin kuvvetlenmesi, saçların kuvvetlenmesi çinko alımı ile ilişkilidir. En iyi çinko kaynağı ettir. Tahıl ve sebzelerde de bulunmakla birlikte emilimi iyi değildir.

Magnezyumun kalp ritminin düzenlenmesinde rolü vardır. Diyabete, kalp hastalıklarına, osteoporoz, depresyona, kas krampları ve kasılmalarına karşı koruyucudur. Sert sular kalsiyum ve magnezyum açısından zengindir. Orta yaştan itibaren içilmesi sağlığı korur.

Yeşil sebzeler, kuru yemişler, hububatlar, muz, avokado, kakao, dil balığı magnezyumdan zengindir. Günümüzde potasyumlu gübreler ve asit yağmurları toprağın ve bitkilerin magnezyum içeriğini

azaltmaktadır. Alkol kullanımı magnezyumun vücuttan idrarla atılımını artırır. İshalli hastalıklar da magnezyum emilimini azaltır.

A vitamininin, görme ve üremede olumlu etkisi vardır. Antioksidan etkisi olduğu için damar tıkanıklığı ve sertliğini önler, kansere karşı koruyucudur. B1 vitamini, vücutta glikoz ve karbonhidratların yakılmasında rol oynar. B12 vitamini, kemik iliğinde kan yapımını sağlayan vitamindir. Folik asitle birlikte kansere karşı da koruyucudurlar. C vitamini, hücrelere oksijen sağlar, serbest radikalleri düzenler, antioksidan özelliğindedir. Enfeksiyonlara ve kansere karşı koruyucudur.

ASM OTURUMLARI 5

SGK ve SUT: Sorunlar devam ediyor

Konuşmacılar: Uzm. Dr. Levent Tuna ŞENGÖZ, Dr. Cemil Işık SÖNMEZ

SGK VE SUT: SORUNLAR DEVAM EDİYOR

Uzm. Dr. Levent Tuna ŞENGÖZ

S.B. Tefenni İlçe Gün Hastanesi , Burdur

Dr. Cemil Işık SÖNMEZ

S.B. Ankara Atatürk Eğ. ve Arşt. Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Hastalıklar genel olarak analiz edildiğinde, sağlık kurumuna başvuran hastaların % 90 gibi oldukça büyük bir bölümünün birinci basamakta tanısının konulup tedavi edileceği bilinmektedir. Sağlık sistemlerini geliştirebilmek için basamakları iyi değerlendirmek gerekmektedir. Zira birinci basamakta izlenebilecek ve tedavi edilebilecek bir hastalık iki ve üçüncü basamaklara gönderilmektedir veya hasta rahatça kendisi gitmektedir.

Ayaktan tedavi edilebilecek hastalıkların büyük bir kısmı birinci basamakta çözülebilmelidir. İkinci basamak ise ancak yataklı tedavi gereken durumlarda devreye girmelidir. Üçüncü basamak ise daha spesifik olmalı, bir ve ikinci basamaktan destek alıp ciddi araştırmalar yapabilmelidir. Bu araştırmalardan elde ettiği bilimsel veriler, ülke ekonomisine kazanç olarak geri dönecektir.

Ne yazık ki ciddi sayıda bilim insanı üretebilecek kurumlar, birinci basamakta tedavi edilebilecek hastalarla dolup taşmaktadır. Ciddi araştırmalar yerine basit tedavi merkezleri haline getirdiğimiz bu kurumlarımız ülkemize yüksek maliyetlere mal olmaktadır. Siz sporcuyla iki yüz kg kaldırmak için eğitiyorsunuz sonra önüne her gün on kg çıkarıyorsunuz. Bu kurumları son derece uygunsuz kullanıyoruz. Asıl bu durum ülke insanı ve ekonomisi için ciddi kayıptır. Eğer biz cidden ekonomiyi düşünüyorsak; gelişmiş ülkeler gibi bilim insanlarına ürettirip diğer ülkelere ihraç edebilmeliyiz.

İnsanlar bilinçlendirilmelidir, sağlık sistemi siyasi amaca hizmet eden bir olgu olmamalıdır, geleceğimiz için hayati bir durum olduğunu ve sağlık sistemi ile ilgili kararların demokratik bir şekilde değil (insan algılayamadığı bir olay hakkında nasıl karar verebilir ki ?), bilim insanlarının aldığı kararlar doğrultusunda, siyasetten uzak bir şekilde alınmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

İlaç ve tetkik kısıtlamaları ile ilgili kararlar alınırken, düzenlenemeyen tedavilerden doğacak komplikasyonlar, iş gücünün kaybı nedeniyle getirmiş olduğu ekonomik kayıplar iyi analiz edilmelidir. Karar vericiler, sağlık sistemini sadece ekonomik bir döngü olarak görmenin getirebileceği zararları düşünmelidir. Zira aldıkları kararların getirmiş olduğu ekonomik karın yanı sıra uzun vadede ki kayıplar da hesaplanmalıdır. Karar vericilerin birinci basamakta çözümlenebilecek rahatsızlıklarda yaptıkları

ekonomik kazançların aslında iki ve üçüncü basamakta hastaların birikmesine, gerek hasta açısından (yoğunluktan ciddi rahatsızlıklar atlanabilmektedir), gerekse sağlık çalışanlarının açısından (işgücü kaybı; sürekli hasta ile uğraşmakta, bilimsel araştırmalar yapamamaktadır) ciddi kayıplara yol açmaktadır. Bu durum ise ülkenin bilimsel gelişimine, dolayısıyla ekonomik kaybını neden olmaktadır.

Konu içeriği sırasıyla ; sağlık birimleri tanımları, hangi ilaçlar yazılamıyor, nedenleri ne olabilir, bu durumun getirdiği artılar ve eksiler nelerdir ?.

ÇALIŞTAY 7

VASCO DA GAMA hareketi - Genç aile hekimleri ne yapıyor? Aile hekimliği Avrupa deneyimleri ve Türkiye karşılaştırması

Konuşmacılar: Uzm. Dr. Zelal AKBAYIN, Uzm. Dr. Özgür ERDEM, Uzm. Dr. Hüseyin CAN, Uzm. Dr. Hayriye KÜLBAY, Uzm. Dr. Murat ALTUNTAŞ

GENÇ AİLE HEKİMLERİ AVRUPA DENEYİMLERİ VE TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI

Uzm. Dr. Zelal AKBAYIN

Bağcılar Hürriyet ASM ,İstanbul

Vasco da Gama Hareketi , Aile Hekimliği Asistanlarının ve ilk beş yılındaki Uzmanların yararına çalışan bir gruptur. 2004 yılında Hollanda'da Junior Doctors Projesi adı altında düzenlenen önkonferans sonrası oluşan hareket in amaçlarından bazıları , ulusal organizasyonların genç doktorları desteklemesini sağlamak, asistan eğitiminde kaliteyi arttırmak, ülkeler arası değişim programları düzenlemek ve kolaylaştırmak, Avrupalı asistan ve yeni uzmanların sorunlarını, endişe ve ihtiyaçlarını tartışabilecekleri ve çözümler üretebilecekleri bir iletişim ağı kurmaktır.

Bu amaçlar doğrultusunda yapacağımız çalıştayda bir moderatör ve dört konuşmacı yer alacaktır. Bir saat boyunca dinleyicilerin de interaktif katılımı ile soru cevap şeklinde tüm parametreler değerlendirilecektir.

HOLLANDA AİLE HEKİMLİĞİ İZLENİMLERİ

Uzm. Dr. Hüseyin CAN

11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Batman

Hollanda'nın sağlık sisteminin omurgasını Aile Hekimliği uygulaması oluşturmaktadır. Şöyle ki; hastaların %90 kadarını karşılayan ve tedavi eden Aile Hekimleridir. Bu özelliği Aile Hekimliği uygulamasını ülkede etkili ve verimli kılmaktadır. Hollanda'da 8200'ün üzerinde Aile Hekimi çalışmaktadır. Bir Aile Hekimine ortalama 2350 hasta düşmektedir. Yaklaşık 70 yıllık Aile Hekimliği deneyimi olan Hollanda'da 8 farklı üniversitede gerek araştırma gerekse de temel eğitim basamaklarını içeren Aile Hekimliği bölümleri bulunmaktadır. Aile Hekimliği eğitimi 3 yıllık bir programdan oluşmaktadır. Bu programın bir kısmı aile sağlığı merkezinde aktif çalışmakla geçerken bir kısmı ise akut, kronik hasta bakımı ve Psikiyatri gibi bazı rotasyonlardan oluşmaktadır. Bu eğitim dahilinde özellikle birinci ve üçüncü yıllarda aile sağlığı merkezi uygulamalı eğitimleri bulunurken rotasyon eğitimlerinin ise 2. yıllarda verildiği görülmüştür. Aile Hekimliği asistanları eğitimleri süresinde 4 iş günü buldukları birimde çalışırken 1 günlerini eğitim günleri olarak ayırıp, araştırma

ve kendilerini geliştirmeye fırsat bulmaktadırlar. Çalışma gününün sabahını genellikle hasta-hekim görüşmelerini geliştirmeye yönelik, öğleden sonra ise klinik beceri ve tıbbi araştırmalara ayırmaktadırlar.

Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), 1-3 Aile Hekimi çalışmakta, hastalar randevu ile muayene olabilmekte ve her hastaya ortalama 10 dakika zaman ayrılmakta. Evde bakım hastaları, yaşlı evindeki hastalar Aile Hekimi tarafından takip edilmekte. Aile hekimleri ASM'de küçük cerrahi müdahaleler yapabilmekte. Kan tahlilleri, radyolojik tetkikler ve cerrahi müdahale materyalleri anlaşmalı hastane ya da laboratuarlara gönderilmekte.

POLONYA ve AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI

Ass. Dr. Murat ALTUNTAŞ

S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Polonya yüzölçümü bakımından Avrupa'nın dokuzuncu, dünyanın altmış dokuzuncu büyük ülkesidir. Yaklaşık 38 milyonluk nüfusuyla dünya sıralamasında en kalabalık 33. ülkedir. Yönetim şekli cumhuriyettir ve 2004 yılı mayıs ayında Avrupa Birliği 'ne üye olmuştur. Avrupa'nın en dindar ülkesidir. Katolik olduğunu söyleyenler %90'a, düzenli olarak kiliseye gittiğini beyan edenler %80'e ulaşmaktadır. Polonya'nın en ünlü sanatçısı, on dokuzuncu yüzyılda yaşamış besteci ve piyanist Fredric Chopin'dir.

Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) 2011 Kongresi öncesi Vasco da Gama Hareketi Prekonferansı kapsamında Avrupa'nın diğer ülkelerinden gelen asistan hekimler ile ORLİK Aile Hekimliği Uygulama Birimi'ne (ORLİK Praktyka Lekarzy Rodzinnych) yaptığımız ziyarette kliniği inceleme fırsatı buldum. Klinikte 5 idari personel, 7 Aile Hekimi, 6 hemşire, 2 ebe, 2 tıbbi sekreter ile toplam 22 personel bulunmaktaydı. Klinik ISO 9001:2009 kalite sertifikasına sahipti.



Bu ziyaret kapsamında Polonya'da Aile Hekimliği Uygulaması hakkında kısaca bilgi vermek gerekirse; Aile Hekimliği Uygulamasının ilk adımları Polonya'nın Krakow şehrinde 1996 yılında atılmaya başlanmıştır. Uygulama dahilinde çalışan Aile Hekimleri'ne ödeme tıpkı ülkemizde olduğu gibi kayıtlı kişi başına yapılmaktadır. Uygulama uzman aile hekimleri tarafından yürütülmektedir ve konsültasyona ödenecek ücret, minör cerrahi müdahaleler ve basit laboratuvar testleri de ödemeler dahilindedir. Ödeme temelde kişi başı yapılmaktadır. Ancak kişiler 6 yaş altı, 6-59 yaş arası ve 60 yaş üstü olmak üzere 3 yaş grubuna bölünerek primleri belirlenmektedir. Bebek ve çocukların primi %130, yaşlıların primi ise %150 olarak kabul edilmektedir. Fatura ile bildirilen tahakkuk miktarı geri ödemeleri 14 gün içinde yapılmaktadır.

Uygulama dahilindeki her Aile hekiminin bakanlık ile imzaladığı kontratı bulunmaktadır. Bu kontratta doktorun sorumlu olduğu ve yakın bölgede oturan hastaların listesi mevcuttur. İlgili doktorun

listesinde hizmet alan ailelerin yenidoğan çocukları yine kendisine eklenmektedir. Ancak hekim kendi listesinde yer alan ailelere mektup göndererek teyidini istemekte, kişiler bu hekime bağlı olmak istemezlerse kayıtlarını başka bir hekime aktarabilmektedirler. Uygulama dahilindeki her hekim yaklaşık 2500 civarı kayıtlı kişiye bakmakla yükümlüdür.

Temel sağlık hizmetleri, uzmanlık hizmetleri, laboratuvar ve rehabilitasyon hizmetleri dahil kontratta yer alan bütün hizmetler hastalara ücretsiz verilmektedir. Aile doktorunun sevk etmesi halinde şehir içinde yürütülen diğer uzmanlık hizmetleri, hastane hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri için hastalardan ücret talep edilmemektedir. Aile hekimleri haftada 5 gün, saat 08:00 ile 18:00 arasında hizmet vermek zorundadır. Bazı aile hekimleri 24 saat hizmet vermekte veya mesai dışında nöbetçi hekim bulundurmaktadır.

UZMANINA DANIŞ 10

GDO'lu gıdalar ve gıda güvenliği

Moderatör: Uzm. Dr. Kasım ÜNALAN

Konuşmacı: Prof. Dr. Rengin ERDAL

GDO'LU GIDALAR VE GIDA GÜVENLİĞİ

Prof. Dr. Rengin ERDAL

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Hızla artmakta olan dünya nüfusunun 2025 yılı itibarıyla 8 milyarı geçmesi ve bu artışın %95'inin gelişmekte olan ülkelerde oluşması beklenmektedir. Türkiye için öngörülen nüfus 87 milyondur.

Artan nüfusu beslemek için tarım alanı açılması (tropik yağmur ormanlarının yok edilmesi, suların kirletilmesi, toprakların çoraklaştırılması) ve ekilebilir alanların artırılması çözüm değildir.

Geleneksel yöntemlerle biyolojik verim artışında sınırlara gelindiği düşünüldüğünde yeni teknolojilerin kullanılması kaçınılmaz görünmektedir.

NOBEL ÖDÜLLÜ bitki islahçısı Norman Borlaug (Borlaug 2003) buğday, mısır gibi tahıl ürünlerinin %80 arttırılması gerektiğini söylemektedir.

Halen biyoteknolojik yöntemlerle üretilen transgenik ürünlerin %99'u ABD, Arjantin, Kanada, Brezilya ve Çin'de yetiştirilmektedir. Ekim alanı 1996'da 1.7 milyon hektar iken 2003'de 67.7 milyon hektara 2007'de 114 milyon hektara, ulaşmıştır.

ABD'de üretilen transgenik ürünler yine bu ülkede insan gıdası ve/veya hayvan yemi olarak tüketilmektedir. 1994-1997 yılları arasında mısır ve soya olarak tüketilmeye başlanan GDO (genetiği değiştirilmiş organizmalar) lar daha sonra kanola ve pamuk olarak piyasaya sürüldü.

Avrupa pazarı 10-12 yıldır bu ürünlerle tanışık olup 23 ülkede izinli olarak GDO tarımı yapılıyor.

Transgenik bitkilerin insan sağlığı ve çevre üzerindeki olası olumsuz etkileri uzun süredir tartışılmaktadır. Bir transgenetik bitkinin ticari üretimine ancak bilimsel çalışmalar tamamlandıktan ve bu bitkinin geleneksel eşdeğer ürünlerden daha fazla bir risk taşımadığına karar verildikten sonra izin verilmektedir.

Avrupa Birliği (AB) ülkelerindeki yoğun kamuoyu endişelerini giderebilmek amacıyla 13 AB üyesi ülkeden gelen 65 bilim insanının katılımıyla 3.5 yıl süren ve 11.5 milyon Euro harcanarak yürütölen ENTRANSFOOD Projesi,halen üretilip tüketilmekte olan genetiği değiştirilmiş ürünlerin,insan sağlığı açısından klasik yöntemlerle elde edilen eşdeğer ürünlerden daha tehlikeli olmadığını ortaya koymuştur.

Anti GDO kampanyaları o kadar etkindir ki, bu kampanyalara bilimsel gerçeklerle karşı çıkanlar üzerinde yoğun şekilde bir mahalle baskısı oluşturulmaktadır.

Toplumdaki bilgi eksikliğine örnek olarak Avrupa Birliği ülkelerinde 2005 yılında yapılan “Eurobarometer” çalışması sonuçlar gösterilebilir

Anketi cevaplıyanların%41i geleneksel ürünün DNA içermediğini,buna karşın GDO’nun DNA içerdiğini, %54 ünün ise GDO’lu gıda yiyenlerde genlerinin değişebileceğine inanmaktadır.

Bu da sağlık konusunda bilim dışı iddialara dayanan propogandanın etkinliğini göstermektedir.Bu tartışmalar bilimsel olmaktan ziyade duygusal,kişisel ve ekonomik tercihler ağırlıklıdır.

Bu gün ne yazık ki ANTI GDO’cular sağlık alanında güvenle kullandığımız, yaşam kurtaran, ömrü uzatan bir çok temel ilacın (*örneğin:insulin, interferonlar, interleukinler, hibrit antibiyotikler, büyüme hormonları, kök hücreler vb....*) GD ürün olduğu gerçeğini saklamakta çok başarılılar.

ASM OTURUMLARI 6

Ofis ve personel yönetimi – kriz yönetimi

Konuşmacılar: Uzm. Dr. Selami İBİLOĞLU, Uzm. Dr. Dilek KUŞASLAN

KRİZ YÖNETİMİ

Uzm. Dr. Selami İBİLOĞLU

Kriz, beklenmedik anda aniden gelişen; bir örgütün, bir toplumun varlığını veya hedeflerini tehdit eden ve acilen önlem alınması gereken gerilim yaratan olağan dışı durumdur.

İyi yönetilemeyen krizler örgütlerin varlığını ve amaçlarını tehdit ettiği için önemlidir. Adı konulmasa da aslında her sektörde çalışanlar çok sık olarak krizlerle mücadele etmektedir. Kriz henüz ortaya çıkmadan aslında bazı belirtiler vermektedir, fakat örgüt içinde iletişim eksikliği, yönetici ve lider takımının bu belirtileri görememesi gibi pek çok sebepten dolayı krizler yinede ortaya çıkabilmektedir. Kriz yönetiminin temeli öncelikle kriz sinyallerini daha kriz başlamadan algılamak ve gerekli tedbirleri alarak krizi önlemekten geçer. Ama krizler tanımındanda anlaşılacağı üzere beklenmedik bir durumdur ve ne kadar tedbir alınsada yinede ortaya çıkabilir, oluşan krizler için gerekli organizasyonları yaparak hazır bulunmak kriz yönetiminin diğer bir amacıdır. Henüz bir kriz durumu ortada yokken kriz yönetim ekibi oluşturulmalı ve bir kriz yönetim planı oluşturulmalıdır. Her kriz ayrı ayrı yönetilmek zorunda olsada tüm krizlerin ortak yönlerinin olması kriz yönetiminde bazı tekniklerin geliştirilmesini olanaklı hale getirmiştir.

Kriz yönetimini özetlemek gerekirse: krize sebep olabilecek her şeyi mümkün olduğunca çok öngörmeye çalış ve bu öngördüklerine karşı tedbirlerini al. Öngöremediğin sebeplerle ortaya çıkabilecek krizleri de nasıl ve kimlerle yöneteceğine önceden karar ver.

OFİS VE PERSONEL YÖNETİMİ

Uzm. Dr. Dilek KUŞASLAN AVCI

Van 3 Nolu ASM , Van

Yönetim; bir grup insanı önceden belirlenmiş hedef ve stratejilere doğru yönlendirme, aralarında işbirliği ve koordinasyonu sağlama çabalarının toplamı, başka insanlar aracılığıyla iş gördürmedir.

Yapılan birçok araştırma ve anket sonuçları göstermiştir ki otoriter yöneticilerden hoşlanılmamaktadır. Yöneticiler, öğrendikleri bilgileri uygulamaya dökmeli; bilgisiyle, disiplinli çalışmasıyla, konuşmasıyla, kararlılığıyla, ciddiyeti ve güler yüzüyle çalışanlarına güven vermeli ve onları böylece ortak hedeflerde kenetlemelidirler. Başarılarının diğer insanların çabalarına bağlı olduğunun bilincinde olmalıdırlar. Yönetimi altındaki kişilere karşı insancıl, demokratik, özgürlükçü ve hoşgörülü davranmak zorundadırlar.

Yönetici; mütevazı, çok iyi bildiği konularda bile iddiasız, karşısındaki insanın belki daha iyi bir görüş öne sürebileceğini düşünerek hareket etmelidir. İnsanlara saygı ve sevgi besleyenler mükemmel bir ortam ve işbirliği sağlarlar. Başarının sırrı, insanlara saygı ve sevgidir.

Yöneticinin başarısı işe alıp çalıştırdığı iyi çalışanla orantılıdır. Ekibiniz iyi ise sizde iyisinizdir. Bir insanı etkili ve verimli yaptırabilmek için onu tanımak gerekir. İnsan çok yönlü ve bütünüyle anlaşılması zor bir varlıktır. İnsanın hareketleri sadece görüldüğü gibi değerlendirilmemelidir. İnsanları anlamak için gözlem gücü ve o insanın değer yargıları bilinmelidir.

Yönetici; liderlik özellikleri, bilgisi, etkili ve verimli yönetimiyle ancak saygın hale gelebilmekte ve başarılı olabilmektedir. Yöneticiler; insan psikolojisini ve modern çağın değerlerine uygun insan yönetme sanatını iyi öğrenmelidirler.

Kaynaklar:

JAPON YÖNETİM TEKNİKLERİ-Yazar: Kazuo MURATA Yayınevi: Rota. Baskı : İstanbul / 1995

YÖNETİMDE 32 ALTIN KURAL- Yazar: Richard R.CONERROE-Uğur Yayıncılık-2009

YÖNETİMDE BAŞARI İÇİN ALTIN KURALLAR

Yazar: Dr. Mustafa GÜMÜŞ -Yayınevi: Alfa Basımevi Dağıtım-1995

SÖZEL BİLDİRİLER

ESANSİYEL HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE EĞİTİM DESTEĞİ ÖNEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cem Yenicesu¹, Mustafa Haki Sucaklı², Yeltekin Demirel¹, Müjdat Yenicesu³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD-Sivas

²Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD-MARAŞ

³GATA Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği-ANKARA

AMAÇ: Çalışmamız Hipertansiyon (HT) tedavisine yönelik bir eğitim programının HT tanısı alan hastaların yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi uyumuna etkisini belirlemek için yarı deneysel olarak yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda, Yozgat Çayıralan Devlet Hastanesi Hipertansiyon polikliniğine, Nisan 2007 - Temmuz 2007 tarihleri arasında başvuran ve hipertansiyon tanısıyla izlenen 45 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Hastaların yaş ortalaması 55.0 ± 9.9 yıl, %65.3'ü kadın, %58,3'ü ilköğretim mezunu ve %87.4'ü evlidir. Hastaların %46'sının sigara içtiği, %65'inin ilaçlarını düzenli kullandığını sadece %12'sinin uygun ve düzenli egzersiz yaptığı ve %20'sinin de diyetine uyduğu tespitlenmiştir. Hastalara, HT tedavisine yönelik uygun egzersiz ve diyet, ilaç kullanımı ve sigara bırakma konusunda eğitim, bizzat doktor tarafından sözlü ve görsel resimler ile yazılı broşür verilerek, ve hastaların eğitim düzeyleri de dikkate alınarak yapılmıştır. Hastalara günde en az 4 kez tansiyonlarını ölçerek yazmaları için HT takip kartı verilmiş, acil bir endikasyon olmadıkça haftada 1 kez kontrole gelmeleri söylenmiş, ayrıca telefon numaraları alınarak gelmeyen hastalar aranarak durumları sorulmuş, gerekirse sağlık grup başkanı bilgisi dahilinde gezici sağlık ekibiyle evlerine gidilmiştir.

BULGULAR: Eğitim programını takiben hastaların ilaçlarını düzgün kullanma (%97), düzenli egzersiz yapma (%75) ve Hipertansiyon diyetine uyma (% 84) oranlarında önemli bir artış olmuş, sigara içme oranında ise önemli bir değişiklik olmamıştır (%44). Hipertansiyon seyrini olumsuz etkileyen doymuş yağ ve kolesterolden zengin besinlerin (et grubu hariç) günlük tüketim oranında önemli bir azalma, buna karşılık Hipertansiyon seyrini olumlu etkileyen kurubaklagiller, meyve ve sebze tüketiminde ise önemli bir artış olmuştur. Hastaların hepsi altı aylık izlem sonunda ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullanmışlardır.

SONUÇ: HT tedavisine yönelik eğitim programı içerikli HT tedavisi, multidisipliner bir süreç olup tedavideki başarısı büyük önem arz etmektedir. Medikal tedavi yanında HT hastalarına mutlaka düzenli eğitim ve ilgi ile yaklaşılmalıdır. Sigara içme oranında önemli bir değişiklik olmaması, sigara bıraktırma eğitimi ve motivasyonunun daha ayrıntılı ve geniş kapsamda, ücretsiz ilaç desteği ile beraber verilmemesinden kaynaklandığı düşünülmüş olup HT tedavisinde sigara bıraktırma hizmetinin özellikle ücretsiz ilaç desteği kapsamında ve mümkünse sadece birkaç merkezde değil, yaygınlaştırılarak eğitilmiş doktorların yönettiği sigara bıraktırma poliklinikleri tarafından verilmesi halinde çok daha faydalı olacağı düşünülmektedir. HT tedavisine yönelik tüm bu yaklaşımların uygulanmasında özellikle hastayı ilk gören ve izleyen Aile hekimleri, İç Hastalıkları Uzmanları ve diğer yardımcı sağlık personeline büyük görev düşmektedir. Hipertansiyon tedavisine yönelik uygun diyet, egzersiz, düzenli ve endike ilaç kullanımı, sigara bıraktırma konusunda düzenli ve ciddi anlamda eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, eğitim programı, ilaç tedavisi, sigara bıraktırma, uyum, yaşam tarzı,

S-002

BİRİNCİ BASAMAKTA PERİFERİK ARTER HASTALIĞI'NIN ANKLE BRAKİAL İNDEKS YÖNTEMİ İLE TARANMASI VE RİSK FAKTÖRLERİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tolga Vural¹, Mehtap Kartal¹, Rüştü Yeşilyurt², Dilek Güldal¹

¹dokuzeylül üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği anabilim dalı izmir

²balçova 5 no'lu asm / izmir

AMAÇ: Periferik Arter Hastalığı (PAH)'ın birinci basamaktaki sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: İzmir ili Balçova bölgesindeki bir Aile Hekimine kayıtlı 45 yaş ve üstü 250 katılımcıyı kapsayan kesitsel tanımlayıcı bir çalışmadır. Katılımcılar telefonla ilgili Aile Sağlığı Merkezi'ne çağrılarak araştırmacı tarafından anket formu uygulanmıştır. Ankette; demografik veriler, PAH risk faktörü olan hastalıklar ve ilgili medikal tedaviler, ailede kalp hastalığı öyküsü, sigara kullanım durumu, ek hastalıklar, PAH semptomları, yürüme mesafeleri, altı aylık kayıtlardaki total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid, açlık kan şekeri, HbA1c değerleri, VKİ ölçümleri, Ankle brakial indeks (ABİ) ölçümleri, PAH(+) bulunan katılımcılara yapılan öneriler, yönlendirildikleri poliklinikler yer almıştır. ABİ ölçümleri $\leq 0,9$ olan hastalar PAH1 olarak, ABİ ölçümleri $\leq 0,9$ ve $\geq 1,3$ olan hastalar PAH2 olarak tanımlanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 programı kullanılarak ki kare, t testi uygulanmıştır, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: PAH1 sıklığı, %17,6 olup kadınlarda %21,8 erkeklerde %12,1; PAH2 sıklığı %29,2 kadınlarda %28,1 erkeklerde %30,6 olarak saptanmıştır. Katılımcıların PAH1(+) olanların %52,3, PAH2(+) olanların %63'ünün asemptomatik olduğu saptanmıştır. PAH1 ile yaş, cinsiyet, hipertansiyon, serebrovasküler hastalık, osteoporoz, ACE inhibitörü, Ca kanal blokeri, pentoksifilin ve klopidogrel kullanımı, PAH semptomları, HbA1c değerleri arasında; PAH2 ile yaş, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, ACE inhibitörü, pentoksifilin, klopidogrel kullanımı, PAH semptomları, HbA1c ve trigliserid değerleri arasında ilişki saptanmıştır.

SONUÇ: Asemptomatik PAH'ın belirlenmesi birinci basamakta risk grubundaki hastaların ABİ yöntemiyle değerlendirilmesinin yaygınlaştırılması ile mümkün olup, erken tanı ve tedavi olanaklarının sunulması ile hastaların yaşam kaliteleri artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: ABİ, birinci basamak, periferik arter hastalığı, risk faktörleri

S-003

HİPERTANSİF HASTALARDA KOGNİTİF FONKSİYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SERUM MIDKİNE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ

Eda Çelik Güzel¹, Savaş Güzel², Volkan Küçükyalçın², Ali Rıza Kızılar³, Birsen Aydemir⁴, Coşkun Çavuşoğlu⁵

¹Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tekirdağ

²Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Tekirdağ

³Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyofizik Anabilim Dalı, Tekirdağ

⁴İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyofizik Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Anadolu Hastanesi Biyokimya Laboratuvarı, İstanbul

AMAÇ:

Hipertansiyon serebrovasküler hastalıklar için temel risk faktörlerinden biridir ve aynı zamanda yakın bilişsel gerileme ve demans ile ilişkilidir. Kronik hipertansiyon serebral iskemik sürecin başlamasına neden olmaktadır. Midkine; serebral iskemide salınan, nöroprotektif etkili yeni bir markıdır. Bu çalışmada Hipertansif bireylerde hipertansiyonun kognitif duruma etkisini araştırmayı ve serum midkine düzeyleri ile ilişkisini göstermeyi planladık.

YÖNTEM:

Kırk yaş üstü, en az beş yıl öğrenim görmüş, JNC7: (Joint National Committee) Kılavuzu kriterlerine göre Esansiyel HT tanısı olan 60 hasta, kontrol grubuna HT tanısı ve ek hastalığı olmayan 30 hasta alındı. Hastalara Standardize Mini Mental Test uygulandı, 24 ve altı mini mental skorlar kognitif bozukluk olarak değerlendirildi. Gruplarda Glukoz, Kolesterol, Trigliserid, LDL, HDL, B12 vitamin, Folik asit ve Midkine düzeyleri değerlendirildi. Serum Midkine ölçümleri ELISA ile diğer testler rutin biyokimya ve hormon otoanalizöründe çalışıldı. Sonuçlar için parametrik dağılım gösterenlerde Student t-test, nonparametrik dağılım gösterenlerde Mann–Whitney U testi kullanıldı.

BULGULAR:

Yaş ortalaması sırasıyla HT'lu grupta (53,83±7,71), kontrol grubunda (51,18±6,80) olarak belirlendi. Grupların eğitim düzeyi arasında anlamlı fark yoktu. Mini-Mental skor hipertansiyonlu hastalarda (24,63±2,74) kontrol grubuna (26,48±2,31) göre anlamlı olarak düşük bulundu (p<0,01). HT'lu hastalarda midkine düzeyleri (25,10±8,16), kontrol grubuna (19,59±7,53) göre anlamlı olarak yüksek (p<0,01) ve B12 değerleri düşük saptandı (p<0,05). Hafif kognitif bozukluğu olan HT'lu grupta midkine düzeyi anlamlı olarak yüksek (p<0,05), B12 düzeyleri anlamlı olarak düşük bulundu (p<0,05). HT süresi 10 yılın üzerinde olan hastalarda midkine düzeyi anlamlı olarak yüksek saptandı (p<0,05). HT'lu hasta grubunda MMT ile HT süresi arasında ve B12 ile Sistolik ve Diastolik kan basıncı arasında negatif korelasyon saptandı (r= -0.013, p<0.05 - r= -0.038, p<0.05 - r=-0.049, p<0.05 sırasıyla). 55 yaş üstü HT'lu hastalarda SKB ile midkine arasında pozitif, B12 arasında negatif korelasyon saptandı (r= 0.049, p<0.05- r= -0.046, p<0.05). HT süresi <5 yıl olan grupta MMT ile midkine arasında negatif (r= -0.013, p<0.05- r=-0.049, p<0.05) korelasyon bulundu. HT süresi >10 yıl olan grupta midkine ile SKB ve DKB arasında pozitif korelasyon (r= 0.004, p<0.01- r= 0.045, p<0.05) ve B12 ile midkine arasında negatif korelasyon saptandı (r= -0.028, p<0.05).

SONUÇ: Hipertansif hastalarda hafif kognitif bozulmayla beraber serum midkine

düzeylerinde artış görülmüştür. Hipertansiyon süresi, kognitif bozulma ve midkine düzeylerinin yüksekliği ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca Hipertansif hasta grubunda ve alt gruplarında(<24 MMT, HT süresi <5 ve <10 yıl) midkine düzeyleri ile B12, SKB ve DKB arasında önemli korelasyonlar gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Midkine, Mini-Mental skor

S-004

TİP 1 DİYABETİKLERDE İSTİRAHAT METABOLİZMA HIZININ (İMİH) HIZININ KONTROL GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Akın Dayan¹, Murat Biteker², Sami Sabri Bulgurlu¹, Nilay Ergen³, Refik Demirtunç⁴

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

³Başkent İstanbul Üniversite Hastanesi, Endokrinoloji Polikliniği Fizyoloji Bölümü, İstanbul

⁴Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmada Tip 1 diyabetik hastalarla non-diyabetik kişilerin İstirahat Metabolizma Hızının (İMİH) düzeylerini karşılaştırmayı ve Tip 1 diyabetik hastaların İMİH'lerinin metabolik parametrelerle ilişkisini araştırmayı, İMİH üzerine etki eden risk faktörlerini belirlemeyi hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Tip 1 DM olan ve DM olmayan, İMİH düzeyini etkileyen başka hastalıkları bulunmayan 18-65 yaş arası, BMI<40 olan hastalar dahil edildi. Hastaların 8-12 saatlik açlık sonrası sabah kilo, boy, BMI, bel çevresi ölçümleri yapıldı. AKŞ, HbA1c, kan albumin, HDL, HGB, ALT, GGT, ürik asid, fibrinojen kan tetkikleri alındı. İMİH ölçümleri 12-14 saatlik açlık sonrası, sabah (08:00-10:00) dinlenme halinde, Cosmed's FitMate Metabolik Sistemle (Rome, Italy) (oksijen kullanımının ölçülmesi ile) indirekt kalorimetre yöntemiyle yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 74 tip 1 DM (ortalama yaş 32±10 yıl, %66.2 kadın) hastası ile kontrol grubu olarak 86 kişi (ortalama yaş 35±10 yıl, %75.6 kadın) dahil edildi. Cinsiyet, yaş, BMI, boy, kilo, bel çevresi, albümin, AST, ALT,GGT, total kolesterol, trigliserid HDL, HGB, HCT düzeylerinde ve insulin kullanımı dışındaki ilaçlar ile gruplar arasında istatistiksel fark yoktu. İMİH, İMİH /Kilo, İMİH /BMI ve İMİH düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptandı (p< 0.001). İMİH düzeyi yüksek olanların oranı, tip 1 DM grubunda kontrol grubuna göre daha yüksekti. Yüksek İMİH'yi etkileyen faktörleri belirlemek için cinsiyet, hasta grupları, yaş, kilo, boy, BMI, bel çevresi, AKŞ, HgA1c, kan albumin, HDL, HGB, ALT, GGT, ürik asid, fibrinojen ile oluşturulan modelde yapılan multivariate logistik regresyon analizde Tip 1 DM risk faktörü olarak istatistiksel anlamlıydı (OR: 0.109; %95 CI: 0.020–0.615; p=0.012).

SONUÇ: Tip 1 DM hastalarında diabeti olmayan kişilere göre İMİH yüksek bulundu. Tip1 diyabetiklerde karmaşık bir dizi metabolik değişimlerin söz konusu olduğu göz önüne alınarak ilaç tedavileri yanı sıra uygulanan diyet tedavisinde enerji tüketimini etkileyen faktörlerin ve İMİH'nin değerlendirilmesi ile daha uygun beslenme tedavisi düzenlenebilir.

Anahtar Kelimeler: indirek kalorimetre, istirahat metabolizma hızı, tip 1 diyabet,

S-005

ORAL GLUKOZ TOLERANS TESTİ (OGTT) VE GLİKOLİZE HEMOGLOBİN (A1C) ÖLÇÜMÜ YAPILAN YÜKSEK RİSKLİ KİŞİLERDE DİYABET TANISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Akın Dayan¹, Murat Biteker², Sami Sabri Bulgurlu¹, Hülya Ilıksu Gözü³

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmada, son 2 yıl içerisinde diyabet polikliniğimize başvurmuş, diyabet açısından Amerikan Diyabet Cemiyeti (ADA) kriterlerine göre yüksek risk saptanıp OGTT ve HbA1c ölçümü yapılmış olan hastalardaki bozulmuş açlık glukozu(IFG), bozulmuş glukoz toleransı(IGT) ve tip 2 diayetes mellitus (DM) oranları, bunların metabolik parametrelerle ilişkileri araştırıldı. Ayrıca OGTT sonuçları ile A1c'nin iki farklı yöntemle elde edilen sonuçları uygunluk açısından karşılaştırıldı ve DM tanısında OGTT 1. Saat ve 2. Saat sonuçlarının uyumu değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM: Önceden DM tanısı olmayan, ADA kriterlerine göre DM için yüksek risk saptanan erişkinler (>18 yaş) çalışmaya dahil edildi. Metabolik kontrolü bozacak ilaç alanlar veya hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı. OGTT için test öncesi hastaların 3 gün yeteri kadar karbonhidrat almış (en az 150 gram/gün karbonhidrat), bu testi etkileyecek ilaç almamış, test sırasında sigara içmemiş, hareket etmemiş olması ve 10 saatlik bir açlık şartı sağlandı. A1c düzeyleri iyon-değişimli (IE) yüksek-performans sıvı kromatografi (HPLC) veya boronat affiniteli (BA) HPLC ile ölçüldü. A1c ve diğer parametreler arasındaki istatistiksel analizler her iki yöntem için ayrı yapıldı ve iki yöntem kıyaslandı.

BULGULAR: DM açısından yüksek risk grubunda olan, yaş ortalaması 49.7±11.5 yıl ve %72.2'si kadın, %27.8'i erkek toplam 600 kişi çalışmaya dahil edildi. 1. saat ve 2. saat OGTT sonuçları arasında orta derecede uyum vardı (Kappa=0.323). Çalışmaya dahil edilen 600 hastanın %50.7'sine (n=304) 1. Saat ölçümlerine göre DM tanısı koyuldu. Bunların %32.6'sında 2. saat ölçümlerinde de DM tanısı sebat etti. Hastaların %78.9'unda IE-HPLC metodu ile, %21.1'inde ise BA-HPLC metodu ile A1c düzeyi ölçümü yapıldı. Kappa katsayısı kullanılarak A1c ile 1. saat ve 2. saat OGTT sonucunun uyumu test edildi. IE-HPLC ile ölçülen A1c ile 1. saat OGTT sonucu arasında önemsiz uyum (Kappa=0.204), 2. saat OGTT sonucu arasında ise orta derecede uyum vardı (Kappa=0.332). Benzer şekilde BA-HPLC ile ölçülen A1c ile 1. saat OGTT sonucu arasında önemsiz uyum (Kappa=0.037), 2. saat OGTT sonucu arasında ise orta derecede uyum vardı (Kappa=0.260)

SONUÇ: 1.saat OGTT sonuçları dikkate alınmadığı zaman, diyabetik hastaların yaklaşık 1/3'üne diabet tanısı konulamamaktadır. HPLC ve (BA) HPLC ile yapılan A1c ölçümlerimde, her iki yöntem ile 1.saat ve 2.saat glukoz arasında benzer düzeyde uyum saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: A1c, diyabet, OGTT,

S-006

ÜLKEMİZDE HİPOTANSİYON VE BRADİKARDİ YAPAN BİR SEBEP:

Tolga Taymaz

Amerikan Hastanesi Acil Servisi-İstanbul

GİRİŞ: Bal zehirlenmesi, Rhododendron familyası bitkilerinden beslenen arıların ürettiği balın yenilmesiyle ortaya çıkar. Önce tükürük sekresyonunda artış, bulantı, kusma, ağız çevresi ve ekstremitelerde parestezi görülebilir. Tipik zehirlenme tablosu; hayatı tehdit edebilen bradikardi ve hipotansiyon ile santral sinir sistemi bulgularıyla oluşur.

Vaka 1: 62 yaşında bayan hasta baş dönmesi bulantı ve halsizlik şikayetleriyle acil servise başvurdu. Hipertansiyon dışında bilinen hastalığı olmayan hastanın şikayetleri sabah bal yedikten sonra başlamış. Eşi kendi diyabet hastalığı için yıllardır Karadeniz bölgesinden getirttiği ballardan yemiş, hastamıza da kendi yediği baldan vermiş. Yaklaşık 1 saat sonra şikayetleri başlayan hastanın elektrokardiyografisinde (EKG) 36-40 arasında sinüs bradikardisi vardı, kan basıncı: 80/60 mmHg idi. Hastanın muayenesinde başka anomali yoktu. Hemogram, üre, kreatinin ve troponin değerleri normal sınırlarda idi. 1 ampul Atropin sonrası dakika nabız sayısı 60-74 arasına yükseldi, kan basıncı: 120/70 mmHg'da sabitlendi. Yapılan EKG izleminde patoloji saptanmayan hasta ertesi gün taburcu edildi.

Vaka 2: 78 yaşında erkek hasta. Türkiye'ye 2 gün önce gezmeye gelmiş. Kaldığı otelde sabah 6 gibi odasından yardım istemiş. Yanına gidildiğinde zorlukla konuşuyormuş, kötü olduğunu ifade ediyormuş. Ambulansla acil servise getirilen hastanın yapılan muayenesinde genel durumu orta idi, nörolojik bir anomali saptanmadı. Ancak tansiyonu: 60/30 mmHg ve kalp tepe atımı 40/ritmikti. Bunun dışında fizik muayenesinde bir özelliği yoktu. Yakınları tarafından bildikleri herhangi bir toksik madde alımı olmadığı ifade edildi. Ancak kendisini karşılayan bir yakını, Karadeniz bölgesinden getirttiği baldan hediye ettiğini belirtti. Hastanın sabah 5 civarında uyanıp baldan yediği, sonra da fenalaştığı anlaşıldı. Acil serviste uygulanan atropinin ardından durumunda belirgin düzelme görülen hastaya damar yolundan İzotonik NaCl de verilmeye başlandı. 1 saat sonra nabız ve tansiyon değerleri yeniden düşüşe geçen hastaya yine atropin uygulandı, hastaneye yatırıldı. İlerleyen saatlerde durumu gittikçe düzelen hastanın izleminde bir sorun yaşanmadı, ertesi gün taburcu edildi.

TARTIŞMA: Rhododendron ailesine ait çok sayıda tür bulunur ancak zehirlenmeye sebep olan grayanotoksin özellikle Karadeniz bölgesinde yetişen R. ponticum ve R. flavum'da bulunur. R. ponticumun çiçekleri mordur, halk arasında orman gülü olarak bilinir. Flavumun ise çiçekleri sarıdır ve kuru yerlerde yetişir. Toksik maddeyi taşıyan bitkinin tüm parçaları toksiktir. İnsanda zehirlenme genellikle grayanotoksin bulunan balın yenmesiyle ortaya çıkar. Ancak özellikle Amerika'da, bitkinin yapraklarını yiyen çiftlik hayvanlarında da zehirlenmeler bildirilmiştir. Belirtileri balın yenmesinden 1-2 saat sonra başlar, çok ağır değilse 24 saat içinde kendiliğinden düzelebilir. Boğazda yanma, ciltte kızarıklık, bulantı, kusma, karın ağrısı, tükürük artışı, ağız ve çevresine, ayrıca ekstremitelerde uyuşma, hipotansiyon, bradikardi, atriyoventriküler blok ve delirium gelişebilir. Gastrik lavaj yapılabilir, İzotonik NaCl ve gerekirse atropin uygulanabilir. Ülkemizde altta yatan herhangi bir hastalığı bulunmayan ve ilaç-toksik madde almadığı bilinen bir kişide hızlı gelişen bradikardi ve hipotansiyon deli bal zehirlenmesini mutlaka akla getirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Deli bal, bradikardi, hipotansiyon, orman gülü

S-007

HOLLANDA LOVAH 2012 DEĞİŞİM PROGRAMI İZLENİMLERİ

Hüseyin Can¹, Murat Altuntaş², Zela Akbayın³, Kurtuluş Öngel²

¹11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, Batman

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

³Bağcılar Hürriyet Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, İstanbul

Hollanda Aile Hekimliği Asistanları Ulusal Birliği programı olan LOVAH 2012 değişim programı bu yıl 24-28 Ocak 2012 tarihleri arasında Hollanda'nın Amsterdam kentinde düzenlendi. Avrupanın çeşitli ülkelerinden toplam 30 katılımcı program dahilinde bir araya geldi. Türkiye'den bu organizasyona iki kişi katıldı.

Hollanda'nın sağlık sisteminin omurgasını Aile Hekimliği uygulaması oluşturmaktadır. Şöyle ki; hastaların %90 kadarını karşılayan ve tedavi eden Aile Hekimleridir. Bu özelliği Aile Hekimliği uygulamasını ülkede etkili ve verimli kılmaktadır. Hollanda'da 8200'ün üzerinde Aile Hekimi çalışmaktadır. Bir Aile Hekimine ortalama 2350 hasta düşmektedir. Yaklaşık 70 yıllık Aile Hekimliği deneyimi olan Hollanda'da 8 farklı üniversitede gerek araştırma gerekse de temel eğitim basamaklarını içeren Aile Hekimliği bölümleri bulunmaktadır. Aile Hekimliği eğitimi 3 yıllık bir programdan oluşmaktadır. Bu programın bir kısmı aile sağlığı merkezinde aktif çalışmakla geçerken bir kısmı ise akut, kronik hasta bakımı ve Psikiyatri gibi bazı rotasyonlardan oluşmaktadır. Bu eğitim dahilinde özellikle birinci ve üçüncü yıllarda aile sağlığı merkezi uygulamalı eğitimleri bulunurken rotasyon eğitimlerinin ise 2. yıllarda verildiği görülmüştür. Aile Hekimliği asistanları eğitimleri süresinde 4 iş günü buldukları birimde çalışırken 1 günlerini eğitim günleri olarak ayırıp, araştırma ve kendilerini geliştirmeye fırsat bulmaktadırlar. Çalışma gününün sabahında genellikle hasta-hekim ilişkilerini geliştirmeye yönelik, öğleden sonra ise klinik beceri ve tıbbi araştırmalara ayırmaktadırlar.

Katılmış olduğumuz değişim programı sayesinde diğer Avrupa ülkelerinin uygulamalarını öğrenme fırsatı yakalamış olduk. Bu ülkelerdeki asistan hekimlerin yaşamış olduğu zorlukları, sahadaki problemlerini ve hasta-hekim ilişkilerini tartışabildik. Yapılan çalışma atölyelerinde kendi ülkemizde yaşamış olduğumuz asistan hekim ve saha problemlerini de dile getirdik. Bu ve benzeri değişim programlarına ülkemizden katılımın artmasının Aile Hekimliği adına farklı kazanımlar sağlayacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, değişim programı, Hollanda deneyimleri

S-008

AİLE HEKİMLİĞİ STAJININ TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN AİLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİ İLE İLGİLİ BİLGİ VE ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ

Fusun Aysin Artıran İğde, Fusun Yarış, Mustafa Fevzi Dikici
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Bu çalışmayla tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin aile hekimliği disiplini ile ilgili bilgi ve algısı ve birinci basamak yaklaşımlarının tespiti amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: 2010-2011 Akademik yılı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI zorunlu bir aylık Aile Hekimliği stajı kapsamında öğrencilere stajın ilk ve son günü geliştirilmiş bir soru formu uygulanmış, ön ve son test sonuçları karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan toplam öğrenci sayısı 100 olup, yaşları 23-25 yaş arasında değişmekteydi. Ortalama yaş $23,80 \pm 0,53$ olup, katılımcıların 53'ü (%53) erkek, 47'si (%47) kadın idi.

Bazı soruların doğru yanıtlanma oranlarına bakıldığında;

Aile hekiminin temel özellikleri %84, hasta-hekim iletişimi %89,8, hasta merkezli bakım %74, sağlığın geliştirilmesi %61,1, kanıta dayalı tıp %85,7 oranında doğru cevaplanmıştı. Öntestte alınan puanlar en düşük 13,81, en yüksek 14,69, son testte ise en düşük 14,36, en yüksek 15,11 şeklinde olup, her iki test sonucu alınan skorlar karşılaştırıldığında zorunlu stajın öğrencilerin Aile hekimliği konusundaki bilgi düzeyinde anlamlı artışa neden olduğu tespit edilmiştir.

Aile Hekimliği uzmanı olmak ister misiniz? sorusuna öntestte öğrencilerin %36'sı evet, %64'ü hayır yanıtını verirken, son testte bu yanıtlar, %53 evet, %47 hayır şeklinde olmuştur.

Ön testte "Aile Hekimliği Uzmanı olmak ister misiniz?" sorusuna "Evet" yanıtı veren 36 öğrencinin 6'sı son testte cevabı "Hayır" olarak değiştirirken ön testte "Hayır" yanıtı veren 64 öğrencinin 23'ü son testte yanıtını "Evet" olarak değiştirmiştir. (x²:20,77, p:0,000)

SONUÇ: Birinci basamağa duyulan ilginin arttırılması için tıp fakülteleri son derece hızlı bir şekilde müfredatlarını yenileyerek birinci basamak kuruluşlarında eğitim ortamı yaratmalı, öğrencilerinin birinci basamak tercih oranlarını arttırarak, bu tercihi yapmalarını engelleyen faktörleri azaltmak üzere politikalar geliştirmelidir. Çalışmamız yalnızca mezuniyet öncesi tıp eğitiminde yer alan, birinci basamakta gerçekleştirilen zorunlu Aile Hekimliği stajının bile anlamlı ölçüde öğrenci bakış açısını ve tercihini etkilediğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi,

S-009

NİYE AİLE HEKİMLİĞİNİ SEÇTİK?: ASİSTAN GÖRÜŞLERİ

Mustafa Kürşat Şahin, Gülümser Kır Doğru, Gülay Şahin, Gülşah Alan, Şükriye Bayrak, Füsun Aysin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici, Füsun Yarış
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Çalışmanın amacı intörnlük dönemindeki aile hekimliği stajının, aile hekimliği uzmanlık seçimindeki etkisini saptamaktır.

YÖNTEM: Ondokuz Mayıs üniversitesi Tıp Fakültesi (OMÜTF)'nden mezun olmuş ve sonrasında Aile hekimliği Uzmanlığını tercih etmiş beş asistan ile belirlenmiş olan bir zamanda, odak grup görüşmesi yapıldı. Katılımcılar ile beş adet açık uçlu soru tartışıldı. Tüm katılımcıların sorular hakkındaki görüşleri sırayla alındı ve not edildi. Tüm bu süreç bir ses kayıt cihazı ile kaydedildi.

BULGULAR: katılımcılara sorulan ilk soru “mezuniyet öncesi tıp eğitiminde kariyer planlaması yaparken hangi branşları düşündünüz, düşüncelerinize neler etki etti?” idi. Katılımcılar fizik tedavi, dermatoloji, aile hekimliği gibi rahat branşları tercih ettiklerini belirttiler. Bu tercihlerine az riskli hastalarla karşılaşmak, daha iyi maaş almak ve ailelerine yakın bir yerde eğitim almak isteği neden olmuştu. Katılımcıların cümleleri ile “ ortam ve asistanlık süreci hakkında bilgili olmam ”, “stajda aldığımız eğitim aile hekimliğini bize çok cazip göstermişti”, “aile hekimliği hocalarımın konularında yetkin kişiler olmaları”, “mecburi hizmette gerçekleri görmem”. İkinci ve üçüncü soru ise “ Tercihlerinizde Dönem 6 Aile Hekimliği stajının etkisi oldu mu, nasıl etkiledi? Neden Aile Hekimliğini seçtiniz?” idi. Tüm katılımcılar aile hekimliği stajının tercihlerinde etkili olduğunu söyledi. Katılımcıların cümleleriyle “ AHBS sistemini, kırsal hekimliği, mobil hizmeti ilk kez bu stajda gördük”, “tanı-tedavi rehberleriyle bu stajda tanıştık”, “aile hekimliği uygulamasının sağlık ocağı sistemiyle farklı olduğunu gördük”, “aile sağlığı merkezlerinde hasta görmek, muayene etmek doktor olduğumu hissettirmişti”. Dördüncü soru; “mezuniyet öncesi tıp eğitiminde öğrenci Aile Hekimliği ile ne zaman karşılaşmalıdır?” idi. Bu konuda karara varılamadı. İki katılımcı bu sürecin beş, altıncı dönemle sınırlı kalmasını önerirken, bir diğer katılımcı ise TUS sınavından dolayı intörnlük döneminde staja yeterli önemin verilemediğini söyledi. Diğer katılımcılar ise birinci sınıftan itibaren altı yıl boyunca öğrencilerin aile hekimleriyle yakın ilişkide olması gerektiğini ve yaz tatillerinde kısa süreli zorunlu stajların yapılmasının uygun olabileceğini söylediler. Beşinci soru; “Tıp öğrencilerinin birinci basamak uzmanlığına özendirilmesi için neler yapılabilir?” idi. Katılımcılar aile hekimliğinin daha iyi tanıtılmasını ve daha cazip hale getirilmesini önerdi. Katılımcıların cümleleri ile” Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği asistanlarına belirli bir nüfus bağlamalı ve maaşlarını da uygulamadaki hekimlerin maaşlarına yaklaştırmalı”, “stajlarda Aile Hekimliği Uzmanlığının avantajlarından bahsedilmelidir”.

SONUÇ: İntörnlükte yapılan Aile Hekimliği stajı asistanların tercihlerini etkilemiştir. Maddi olarak tatmin edici olması, daha az riskli hastalarla karşılaşma ihtimali bu tercihi yapmalarında etkili olmuştur. Asistanların başka şehirlerde Aile Hekimliği Uzmanlığı tercih etmemeleri, OMÜTF’de stajın gerçekten iyi yapıldığını düşündürmektedir. Aile Hekimliği Uzmanlığının tanıtımının iyi yapılması ve özendirilmesi gerekmektedir. Öğrencilerin aile hekimliği disipliniyle tanışmaları, fakülteadaki tıp eğitiminin başlangıcıyla eş zamanlı olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği uzmanlığı, staj, tercih

S-010

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF AİLE HEKİMLİĞİ STAJININ İNTÖRN DOKTORLAR TARAFINDAN KALİTATİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Ümmü Zeynep Avşar¹, Ümit Avşar², Turan Set², Memet Işık²

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalı, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Erzurum

GİRİŞ:

Aile hekimliği stajı mezuniyet öncesi son stajlardan olup, birinci basamak hekimliğine yönelik bilgi ve becerilerin kazanılması açısından önemlidir. Bu çalışmada birimizdeki aile hekimliği stajının intörn doktorlar tarafından değerlendirilmesi ve sonuçlarının eğitim müfredatının geliştirilmesinde kullanılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:

Çalışma Temmuz 2011 ve Ocak 2012 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında yapılmıştır. Bir aylık periyotlar ve 10-12 kişilik gruplar halinde staj gören 6 aylık sürede toplam 68 intörn doktor çalışmaya dâhil edildi. Her staj sonunda müfredat, seminerler, poliklinik ve aile sağlığı merkezi (ASM) rotasyonları açısından staj hakkındaki görüş ve beklentilerini boş bir kâğıda yazmaları istendi.

Staj programımızda ilk 3 gün Aile hekimliğinin tarihçesi, periyodik sağlık muayeneleri, sağlam birey bakımı, sigara bırakma danışmanlığı, gebe izlemi, hipertansiyon, diyabet, bilimsel araştırma, akılcı ilaç kullanımı ve tamamlayıcı ve alternatif tedaviler gibi birinci basamağa yönelik teorik dersler, elektrokardiyografi (EKG) ve akciğer grafisi okuma kursu ve reçete yazma pratiği yapılmaktadır. Her pazartesi öğrenci seminerleri ve teorik dersler yapılmaktadır. Diğer günlerde ise poliklinik ve ASM rotasyonları ve son gün stajın ve öğrencilerin değerlendirilmesi ile staj tamamlanmaktadır. Rotasyonlar sırasında ortalama 5 farklı hekimle üçer iş günü çalışmaktadırlar.

BULGULAR:

Toplam 68 katılımcının görüşleri değerlendirildi. Katılımcıların %86.1'i ilk üç gün verilen ders, seminer ve uygulamaların yararlı olduğunu vurguladı. EKG ve akciğer grafisi yorumlama eğitimlerinin faydalı olduğu ve benzer konulardaki eğitimlerin artırılması gerektiği belirtildi. Poliklinik ve ASM rotasyonlarının önemli olduğu ve farklı ASM'lerde yapılmasının daha fazla bilgi ve tecrübe kazanılması açısından oldukça yararlı olduğu görüşü hâkimdi. Birinci basamak hasta profili, hasta muayenesi, gebe takibi, aşılar ve reçete yazma konusunda ASM ve poliklinik rotasyonlarının pekiştirici olduğu vurgulandı. Stajın alışılabilir bir eğitim tarzından farklı olduğu ve bu durumdan memnun olduklarını belirttiler. Staj süresince bir hekimle 3 gün çalışmanın oryantasyon açısından iyi olmadığı ve bu sürenin uzatılması gerektiği, eğitici doktorlar arasında fark olduğu şeklinde az sayıda görüşler de vardı.

SONUÇ:

Aile hekimliği stajının intörn doktorlar tarafından benimsendiği ve öneminin farkına varıldığı görülmüştür. Mevcut uygulanan eğitim programının genel olarak ihtiyaca cevap verdiği söylenebilir. Bununla birlikte aile hekimliği staj programının geliştirilmesi ve konuların çeşitlendirilmesi eğitim kalitesinin daha da artırılması açısından yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği stajı, intörn doktor, saha eğitimi

S-011

ÖLÜMCÜL HASTA, ÖLÜM VE KÖTÜ HABER VERME KONUSUNDA HEKİMLERİN ALGI VE YAKLAŞIMI

Gülay Şahin, Mustafa Kürşat Şahin, Füsun Ayşin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici, Füsun Yarış

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Bu çalışmada, hekimlerin ölüm ve ölümcül hastaya ilişkin tutumları, hekimlerin sosyodemografik özelliklerinin ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşımları üzerine etkisi, ölümcül hastalık tanısını söylemekten kaçınma davranışının hekimin kendi ölüm kaygısı ile ilişkisi ve hekimlerin bu konuyla ilgili eğitimin gerekliliği hakkındaki görüşlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya 63 (%57,3) hekim ve 47 (%42,7) tıp fakültesi öğrencisi alındı ve kendilerine sosyodemografik veri formu, ölüm ve ölümcül hastaya yönelik hekim tutumlarını değerlendirmek amacıyla 18 soruluk bir anket formu ve Templer'in Ölüm Kaygısı Ölçeği uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 110 kişiden %40'ı kadın, %60'ı erkekti. Ortalama yaş $26,72 \pm 3,47$ (22–39) idi. Çalışmaya katılan 63 hekimden 25 (%39,68)'i cerrahi tıp bilimlerinden, 38 (60,32)'i ise dahili tıp bilimlerinden idi. Hekim ve öğrencilerin %90,9'u hastanın tanısı ne olursa olsun; tanıyı, tedavi seçeneklerini, prognozu öğrenme ve tedaviyi reddetme hakkı olduğunu, söz konusu hastalık "ölümcül" olduğunda, %74,5'i tanının hastaya söylenmesi gerektiğini kabul etmektedir. Ölümcül hastalık 'kanser' olduğunda ise, hekimlerin ve öğrencilerin "tanı ve hastalık prognozu ne olursa olsun söylenmesini isterdim." sorusuna katılma oranları; kendileri söz konusu olduğunda %80,9 oranındayken, bir yakınları söz konusu olduğunda %57,36, herhangi erişkin bir hasta söz konusu olduğunda ise %56,4 olmaktadır. Hekim ve öğrencilerin % 87,3'ü tıp eğitimi sırasında veya sonrasında, ölüm ve ölümcül hastaya yaklaşım hakkında bir eğitimin gerekli olduğuna katıldı. Ölüm kaygısı ölçeğinden yüksek puan alan katılımcıların %83,6'sı ölümcül bir hastalığı olan bir hasta ve ailesiyle karşılaşmayı, diğer hastalar ve aileleriyle karşılaşmaktan daha zor bulacağını, aynı zamanda ölümcül bir hastalığı veya ölüm haberini verirken duygusal bir zorluk yaşayabileceğini belirtti.

SONUÇ: Bu araştırma, hekimlik mesleği uygulamaları içinde önemi ihmal edildiği düşünülen bir alan olan, ölümcül hasta ve ölüme yaklaşımda yaşanan zorlukları bir ölçüde saptayıp tartışılır hale getirecek veriler ortaya koymuştur. Ölümcül bir hastalık ya da kanser tanısı söz konusu olduğu durumlarda, hasta ve hekimin yararına olacak şekilde 'iyi ölüm' kavramının anlaşılması, tartışılması ve duyarlılığın arttırılmasına ve bu alanda izlenecek yolun belirlenmesindeki eksikliklerin giderilmesine öncülük edecek yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: hekim, kaygı, ölüm

S-012

EVDE BAKIM HİZMETLERİ KONUSUNDA AİLE HEKİMLERİ VE AİLE SAĞLIĞI ELEMANLARININ BEKLENTİ VE GEREKSİNİMLERİ İLE UYGULANABİLİRLİĞİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ

Pemra C. Ünalın¹, Çiğdem Apaydın Kaya¹, Halis Yılmaz¹, Ezgi Gültekin², İpek Çelik², İsmail Nazlı², Fatih Özgür², Göksel Ede²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencisi, İstanbul

AMAÇ: Farklı düzeylerde eve bağımlı olan hastaların tedavi ve bakımının sağlanması, yaşam kalitelerinin artırılması, kronik hastalıklara bağlı komplikasyonların önlenmesi terminal dönem hastalarının yaşam kalitelerinin artırılması ve gereksiz hastane yatışlarının önlenmesini sağlamak amacı ile pek çok ülkede kurumsallaşmış şekilde sürdürülen evde bakım hizmetlerinin ülkemizdeki geçmişi çok yenidir. Kamu tarafından evde bakım hizmetinin sunulması 2004 yılında başlatılmıştır. Bu çalışmada İstanbul-Pendik Bölgesindeki Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının evde sağlık/bakım hizmeti (ESH) sunmak konusundaki deneyimleri, beklentileri ve sorunları ile aile hekimleri tarafından uygulanabilir olup olmadığı konusundaki görüşlerini ortaya koymak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın evrenini Mart 2012’de İstanbul/Pendik’te bulunan ve tamamı 37 adet olan Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan aile hekimi (AH) ve hemşireler (ASE) oluşturmaktadır. Çalışmaya katılanlara sosyodemografik özellikleri ile birimlerinde ESH verilir vermediği, alt yapı koşulları, karşılaştıkları engeller ve gereksinimleri ile “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”de geçen, aile hekimlerini ilgilendiren maddelerin uygulanabilirliğinin sorgulandığı bir anket uygulanmıştır.

BULGULAR: Toplam 78 aile hekimi ve 43 ASE ile görüşülmüştür. Hekimlerin yaş ortalaması 37±8 (25-55), hemşirelerin ise 31±6 (22-45) idi. Meslekte geçen süreleri sırasıyla ortalama 11±7 ve 11±6 yıl idi. Günlük ziyaret sayıları ortalama 60 idi ve ortalama 3696 kişiye hizmet vermekteydiler. Hekimlerin %54’ü hemşirelerin ise %34’ü daha önce ESH vermiş ya da vermekteydi. ESH sundukları hasta sayılarını ortalama 28±4 (1-200) olarak belirttiler. Hekimlerin %94,7’si koşullarının ESH için uygun olmadığını, %35’i bu hizmetlerin farklı birimlerde verilmesi gerektiğini %68,9’u hastaların ESH konusundaki beklentilerini karşılayamadıklarını, %82’si ESH’i sunabilmek için en çok hemşire desteğine gereksinim duyduklarını bildirmişlerdir. ASE’lerin %69,8’i bu hizmetleri sunmakta en büyük zorluk olarak “zaman” azlığını tanımlamış ve %76,7’si çalışma saatleri ile ilgili düzenlemelere gereksinim duyduklarını belirtmiştir. ESH sunma konusunda yaşanan engellerin sırasıyla hasta yoğunluğu ve zaman kısıtlılığı, personel sayısının yetersiz oluşu, ulaşım ve taşıt problemi ile güvenlik problemi olduğu bildirilmiştir. Yönergede geçen aile hekimlerini ilgilendiren maddelerin [14 (1,4), 16(1, 3), 17(2, 3), 18(4)] uygulanabilir bulunma oranı %34,9-%46,2; uygulanamaz bulunma oranı %34,9-%42,5 arasındaydı.

SONUÇ: Ülkemiz için etkin, sürdürülebilir ve çağdaş bir ESH sunumu oluşturabilmek için AH’nin bu konuda motive edilmeleri, birinci basamaktaki tüm sağlık çalışanlarının bu hizmete gereksinim duyan hasta gruplarının ihtiyaçları konusunda bilgilendirilmeleri ve ESH ile ilgili en büyük engel olarak tanımlanan hasta yoğunluğu ve personel yetersizliği konularında beklenen yasal düzenlemelerin oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, yaşlı bakımı

S-013

AYLE HEKİMLİĞİ DİSİPLİNİNİN AKADEMİK YÜKSELME SÜRECİNDE DOÇENTLİK SINAVLARI

İlhami Ünlüoğlu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Eskişehir

Ülkemizde aile hekimliği, 1947'de başlayan ve başarısızlığa uğrayan bir girişimden sonra, 1983 yılında Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde yer aldı ve uzmanlık eğitimi iki yıl sonra üç büyük ilimizdeki eğitim hastanelerinde başladı.

Eğitimin 5 ana branşta rotasyonların tamamlanması esasına dayandığı bu dönemde, disiplinin akademik desteğinin olmaması gelişimin önündeki en önemli engellerden biri idi. Yüksek Öğretim Kurulu'nun 16 Temmuz 1993 tarih ve 12547 sayılı kararı ile tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulması uygun görülmesi ile; üniversitelerde aile hekimliği anabilim dallarının açılması ve uzmanlık eğitimine başlanması disiplinin akademik alanda gelişmesinde bir kilometre taşı oldu.

1994 yılında ilk aile hekimliği uzmanı akademik kadroya atanırken, aynı yıl disiplinin ilk doçentlik başvuruları da yapıldı. Doçentlik sınavlarında başarılı ilk sonuç 1996'da alındı ve iki aile hekimliği uzmanı doçentlik unvanına hak kazandı. Bu akademik yolculuğun beşinci yılı olan 1999'da doçent sayısı 5'e ulaştı. Yolculuğun 8. yılında aile hekimliği doçentlerinden ilk profesör ataması gerçekleşti. Başvuruların 10. yılı tamamlandığında doçent sayısı 10 olurken profesör sayısı da ikiye ulaşmıştı.

1 Ocak 2012 tarihi itibarı ile disiplinimizde doçent sayısı 72'ye ulaşırken; bu doçentlerin 16'sı profesörlüğe atanmışlardır. Doçent unvanını kazanan 72 akademisyenin sınava girdikleri dönemde 58'i üniversitelerden, 9'u Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinden ve beşi ise birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapmakta idi. Doçentlik unvanına hak kazananların %63.8'i ilk sınavda, %25.0'i ikinci sınavda başarılı olmuşlardır.

Aile hekimliği doçentlik sınavlarında jürilerin oluşturulması geçen 18 yıllık sürede standardize edilememiştir. Genellikle rotasyon yapılan anabilim dallarının öğretim üyelerinden oluşan jüriye, rotasyonu olmamasına karşın, halk sağlığı öğretim üyeleri de katılmışlardır. Aile hekimliği anabilim dalı başkanları 1996 yılından itibaren jüriye katılmaya başlamış iken; disiplinimizin ilk profesörü 2005 yılında jüriye katılmıştır. Jürilerde 2012 yılı başına kadar en çok halk sağlığı anabilim dallarından üyeler (33 kişi) katılmıştır. Daha sonra sıra ile iç hastalıkları (14 üye) ve çocuk sağlığı ve hastalıkları anabilim dallarından (13 üye) jürilerde yer almıştır. Jürilerde görev yapan aile hekimliği profesörlerinin sayısı ise sekizdir.

Kadro sorunu yaşanmayacağı ve atanma koşullarında önemli değişiklik olmaması varsayımı ile; akademik yolculuğumuzun 20. yılı olan 2014'de disiplinimizin profesör sayısının 30'u aşması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, akademik yükselme, doçentlik sınavları, jüri

S-014

TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ DERGİSİ'NİN ONBEŞ YILININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Altuntaş, Tevfik Tanju Yılmaz, Kurtuluş Öngel
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

AMAÇ: Çalışmamızın amacı; TAHUD resmi yayın organı olan Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin ilk sayısından itibaren son 15 yıl içinde yayınlanan tüm makaleleri değerlendirerek Dergi'nin özellikleri hakkında genel bir tablo ortaya koymaktır.

YÖNTEM: 1997-2010 yılları arasında Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayınlanan tüm makaleler değerlendirmeye alındı. Çoğu makaleye internet üzerinden, bu ortamda bulunmayanlara ise fiziki olarak ulaşıldı. Makalenin yayın yılı, makalenin derginin resmi internet sitesinde pdf formunun bulunup bulunmaması, makale yayın türü, makale yazar sayısı, makale ilk isim yazarının uzmanlık alanı, makale ilk isim yazarının akademik titri, makale ilk isim yazarının görev yaptığı birim, görev yaptığı il, makalenin başlığına göre ilgili olduğu tıp alanı, makalenin sayfa sayısı, makalenin referans sayısı ve makalenin dergiye kabul süreleri kayıt edilerek değerlendirilmeye alındı.

BULGULAR: Yıllara göre dağılımlarına bakıldığında 64 (%14,0) makale ile en fazla makalenin derginin ilk yayın yılı olan 1997 yılında yayımlandığı görüldü. 185 (%40,5) makalenin derginin resmi internet sitesinde pdf formları bulunmuyordu. En fazla yayınlanan makale türünün 159 makale (%34,8) ile araştırma makalesi olduğu, ikinci sırada ise 87 makale (%19) ile derlemelerin bulunduğu görüldü. Toplam 180 (%39,4) makale tek yazarlıydı. İlk isim uzmanlık alanları değerlendirildiğinde; 252 (%55,1) kişi ile en fazla Aile Hekimliği Uzmanlarının dergiye makale yolladığı görüldü. Makale birinci isim yazarlarından 226'sının (%49,5) üniversite hastanelerinde görev yaptığı belirlendi. Dergide en fazla 182 (%39,8) makale ile İstanbul'dan makale kabul edilirken, ikinci sırada 30 (%6,6) makale ile Ankara'nın bulunduğu belirlendi. Makalelerin konu başlıklarına göre ilişkili oldukları tıp alanı değerlendirildiğinde; 187 (%40,9) makale ile birinci sırada aile hekimliği ile ilgili makalelerin olduğu gözlemlendi. Makalelerin büyük bir bölümünün bir ve dört aylık bir süre arasında kabul edildikleri tespit edildi. Yıllar içinde değerlendirildiğinde; makalelerin, dergiye kabul sürelerinin istatistiksel anlamlı olarak kısaldığı tespit edildi.

SONUÇ: Bir disiplinin gelişiminde temel yapı taşlarından ikisi; disiplinin dergisi ve derneğidir. TAHUD resmi yayın organı olan Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin gelişimi disiplinimizin geleceği için önemli ve değerlidir. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin nitelikli yayınlarla gelişimine destek verilmeye devam edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, medikal dergi

S-015

AİLE HEKİMLİĞİ BİLGİ SİSTEMİ PROGRAMLARI MEVCUT DURUM(SWOT) ANALİZİ

Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi ABD Başkanı

Özet

Ülkemizde 2005 yılında Düzce’de pilot uygulama ile başlatılan aile hekimliği uygulamaları, 2010 yılında tüm vatandaşları kapsayacak şekilde ve ücretsiz olarak uygulamaya geçmiştir. Halen aile sağlığı merkezlerinde kullanılan Sağlık Bakanlığı AHBS SB programı ücretsizdir. Sağlık Bakanlığı AHBS programı özel bir şirket tarafından dizayn edilmiş olup daha sonra anlaşma süresi sona erdiğinden destek hizmet bilgi sistemi şirket tarafından sona erdirilmiştir. AHBS de destek hattı yetemediğinden ve işlevsel olarak geliştirilemediğinden dolayı özel bir şirkete ait NBYS (Uludağ Bilişim) programı teknik ve yazılım desteği, kullanım kolaylığı, geçmiş tecrübeler ve sürekli iyileştirme çalışmaları sebebiyle aile hekimleri tarafından %74 oranında tercih edilmektedir. Diğer tercih edilen program ise kullanım kolaylığı ve ücret avantajı sebebiyle özel şirkete ait SAYE AHBS (%19) programıdır. Özel bir şirkete ait GPTURK AHBS programı özellikleri ile aile hekimleri tarafından beğenilmiş fakat etkin pazarlama stratejileri eksikliği nedeni ile yaygın kullanım bulamamıştır.

Aile hekimleri sorumlu oldukları nüfus hakkında Sağlık Bakanlığına düzenli veri (hamile, loğusa, yeni doğan çocuk, yaşlı, kronik hasta vb) aktarmak durumunda oldukları için aile sağlığı merkezlerinin sağlam bir bilgi işlem alt yapısına sahip olması gereklidir. Her aile sağlığı merkezinin kendilerine ait hasta bilgilerini doldurarak oluşan verileri hem kesin kayıt hem de ödeme amacıyla Sağlık Bakanlığına ulaştırılması gereklidir. Tüm programlarda ortak olması gereken kısım bilgi işlem programlarında Merkezi Sağlık Veri Setleri (MSVS) adını verilen veri setleri küçük dosyalar halinde İnternet bağlantısı ile Sağlık Bakanlığı sunucularına iletilmektedir. Asıl sorun bu verilerin Sağlık Bakanlığı elektronik sağlık kayıt (ESK) sistemine gönderiminde yaşanmaktadır.

81 il 994 ilçesi olan ülkemizde Bakanlığın teknik destek bölümü tüm bölgelere yetişmesi hali ile zordur. Hekimler ve aile sağlığı elemanlarının bilgisayar kullanım bilgisi eksikliği halen sahada en önemli noktalardan biridir. Sağlık bakanlığı taşra teşkilatında yani illerde ve ilçelerde teknik destek ve yazılım hizmetine geçmesi ile bu sorunlara çözüm bulunması mümkündür.

Son yıllarda bilişim sektöründe oluşan hızlı gelişim ile paralel gitmeyen bir bilişim eğitimi eksikliği sağlık sektöründe çok belirgindir. Bu eğitim eksikliğinin Üniversitelerce desteklenen hizmet içi sertifikasyonlar aracılığı ile giderilmesi ve ücretinin her ay aile hekimlerine ödenen cari maliyet kalemlerinden karşılanması mümkündür. Sağlık Bakanlığı alanında hizmet içi eğitim almayan aile hekimlerini ve aile sağlığı elemanlarını eğitime özendirilmesi ile bu sorunun aşılması mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Aile Sağlığı Merkezleri, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

S-016

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE GİDER YERİ BİRİM MALİYETLERİ VE MALİYET ANALİZİ ÇALIŞMASI

Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu¹, Harun Zafer Çoskun²

¹Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi ABD Başkanı, İstanbul

²Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi MBA, İstanbul

Amaç

Ülkemizde aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yönetim ve maliyet muhasebesi sistemleri henüz bir işletme mantığında yapılanmamıştır. Bu nedenle, verilen sağlık hizmetlerinin birim maliyetleri hesaplanamamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetleri yöneticisi konumunda olan ASM yöneticisi hekimi zorladığı kadar, kaynakların etkin, performans değerlemesi, maliyetlerin izlenmesi ve işletme faaliyetlerinin kontrolü konularında sorumlu olan Sağlık müdürlüğü ve Halk sağlığı kurum başkanlarını da zorlayacaktır. Ülkemizde sağlık hizmetleri üretiminde, ASM'lerin yeri göz önüne alındığında, bu kurumlarda yönetim ve maliyet muhasebesi sistemleri kurulmasının önemi anlaşılacaktır.

Gereç&Yöntem

Bu araştırmada, İstanbul ilinde bulunan ilçeler arasından bir tanesi rastgele sayılar tablosu kullanılarak seçilmiştir. Bu seçim sonucu Sarıyer İlçesi çıkmıştır. Bu ilçede bulunan yirmiyedi adet ASM A(2), B(3), C(7), D(8), H(7) sınıfına göre sınıflandırılmıştır. Aslında sağlıkta dönüşüm programı kapsamında ASM'ler A, B, C, D sınıfına ayrılmaktadır. Sınıflandırma dışı kalan ASM'ler H sınıfı olarak adlandırılmıştır. Her sınıftan % 25 tabakalı örnekleme yöntemi ile ASM seçilmiştir. Sekiz ASM'nin kurulum masrafları ve aylık cari maliyetler hesaplanmıştır.

Bulgular

Sırası ile A, B, C, D ve sınıflandırma dışı ASM'lerde ortalama hekim başına 3.583 TL (180 TL); 2.980 TL (135 TL); 2.714 TL(105 TL); 2.625,07 TL (124 TL); 2.138 TL(80TL) olarak bulunmuştur ve devletin verdiği cari gider yardımı ise sırası ile 3.213TL; 2.764TL; 2.314 TL; 2. 014TL; 1.714 TL dir. Cari giderler, devlet tarafından ödenen giderlerin çok üstündedir. Kiralanan binanın, ASM şartlarına uygun hale getirilmesi çalışmalarını masrafları artırıcı etkenlerdir. Aile hekimliğinin sürdürülebilmesi için gider ve maliyetler göz önünde bulundurularak genel sağlık sigortası (SGK) ile aile hekiminin kendisinin anlaşması, işletme şartlarına göre hekimlerin ve hemşirelerin sözleşme yapabilmesi gereklidir. Bu şekilde, işletme şartlarında çalışan aile hekimi vergiden amortismanlarını düşebilecektir. Ayrıca aile hekimi bu şartlarda özel sigortalarla da anlaşma yapabilecektir.

Sonuç

ASM sorumlu hekiminin, acil olarak yönetim ve organizasyon alanında eğitime ihtiyacı vardır. Yada hekimlerin bir kaç ASM yi birden yönetecek ve bina, demirbaş, sarf malzemesi vb cari maliyet, giderleri yönetecek, toplantı vb faaliyetleri düzenleyecek sağlık yöneticilerine ihtiyaçları vardır.

ASM yönetimi ciddi bir konudur. Bu konunun üzerinde durulmadığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin sahada istenilen şekilde etkin yapılabilmesi mümkün olamayacaktır. ASM'nin işletme olarak yönetilmesi ile birinci basamakta ücretsiz ve etkin sağlık hizmetinin verilmesi

kolaylaşacaktır. SGK kapsamında, sağlıkta dönüşüm programını uygulayan tüm batı, latin Amerika, orta doğu ülkelerinde ASM bir işletmedir ve verilen sağlık hizmeti ücretsizdir. ASM'leri yönetici aile hekimleri veya profesyonel yöneticiler yönetir. Halk sağlığı kurumu ise denetleyici, sorun çözücü ve hekim, hemşirenin eğitimini yönetici, yönlendirici konumdadır.

Anahtar Kelimeler: ASM, Aile hekimi, Maliyet, Yönetim, Sağlıkta Dönüşüm

S-017

ASM'DE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİ İLE ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

Esma Aksaç Adalı, Dilek Toprak

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Tükenmişlik kavramı ilk kez 1974 yılında Fredeunberg tarafından ortaya atılmıştır. Fredeunberg tükenmişliğin genellikle insanlar ile yüz yüze çalışan mesleklerde görüldüğünü vurgulamıştır. Hekimlik de bu meslek grubundan olduğu için tükenmişlik riski yüksektir. Bu çalışmanın amacı İstanbul ilinde çeşitli Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimleri ile Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde (ŞEEAH) çalışan uzman doktorlarda tükenmişlik düzeyleri ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Kesitsel bir çalışma olan araştırmamızda tükenmişlik düzeyi Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak belirlendi. Türkçe uyarlaması ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması Ergin (1992) tarafından yapılan bu ölçek yaşanan tükenmişliğin üç boyutunu değerlendiren Duygusal Tükenmişlik (9 madde), Depersonalizasyon (5 madde) ve Kişisel Başarı (8 madde) olmak üzere üç alt ölçek ve toplam 22 maddeden oluşmaktadır.

BULGULAR: Çalışmamızda 53'ü (%57) ASM'de aile hekimi, 40'ı (%47) ŞEEAH çalışan uzman hekim olmak üzere toplam 93 hekime ulaşıldı. ASM'de çalışan aile hekimlerinin duygusal tükenmişlik puan ortalamalarının (17.28 ± 7.9) ŞEEAH'nde çalışan uzman doktorlara (13.55 ± 5.49) göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ($p=0,012$). Tükenmişlik ölçeğinin maddeleri tek tek değerlendirildiğinde ASM'de çalışan aile hekimlerinin ŞEEAH'de çalışan uzman hekimlere göre bazı maddelere anlamlı olarak yüksek puan (4:her gün) verdikleri saptandı. Bu maddeler 'İş gününün sonunda kendimi bitkin hissediyorum' ($p=0,000$), 'Bütün gün insanlarla çalışmaktan gerginlik duyuyorum' ($p=0,047$), 'İşimin beni tükettiğini hissediyorum' ($p=0,027$), 'Hastaların bazı problemleri için beni suçladıklarını düşünüyorum' ($p=0,000$) şeklindedir. Meslek yılına göre değerlendirildiğinde tükenmişlik ifade eden maddelerden 'doğrudan insanlarla çalışmak beni yoruyor' maddesine 0-5 yıldır çalışan hekimlerin (% 66) diğer hekimlere göre anlamlı olarak daha yüksek puan verdikleri saptandı ($p=0,000$). Meslek yılı 6-10 yıl olan hekimlerin ise daha çok kişisel başarı maddelerine yüksek puan verdikleri saptandı. Kadın hekimlerle erkek hekimlerin tükenmişlik puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,785$; $p=0,171$; $p=0,265$ $p>0,05$).

SONUÇ: Sonuç olarak sağlık personelinin etkileyen ve bir sağlık sorunu olan tükenmişlik sendromu ile ilgili çözümler üretmek mümkündür. Sağlık kuruluşlarının her basamağında çalışan hekimlerin Tükenmişlik Sendromu ve başa çıkma yolları konusunda bilgilendirilmeleri bu konuda alınan önemli bir önlem olacaktır. Ancak çalışmamızın da ortaya koyduğu gibi her sağlık basamağın kendine ait özellikleri ve sorunları olması nedeniyle hizmet sunumuna ilişkin özgün önlemlerin alınması şarttır. Bu konuda yapılacak daha kapsamlı ve sorunların nedenlerini ortaya koyacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, hekimler, birinci basamak Aile sağlığı merkezi

S-018

ACİL OLMAYAN NEDENLERLE ACİL SERVİS BAŞVURULARI VE ACİL SERVİSLERİN AŞIRI KALABALIĞI: BİRİNCİ BASAMAK HİZMETLERİNİN YETERSİZLİĞİNİN BİR YANSIMASI OLABİLİR Mİ?

Esra Erdoğan¹, Rabia Kahveci², İsmail Kasım², İrfan Şencan², Cemil Kavalcı², Figen Coşkun², Adem Özkara²

¹ANKARA GÜDÜL DEVLET HASTANESİ

²ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AMAÇ: Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarıyla birlikte her geçen gün Aile Hekimliği ve acil servisler ülkemizde sağlık sisteminin iki ana giriş kapısı konumuna gelmektedirler. Birinci basamakta karşılaşılan sorun ve engeller nedeniyle acil endikasyonu olmayan birçok hastanın sıklıkla acil tıp birimlerine başvurdukları bilinmektedir.

Çalışmamız yılda 178.000'den fazla hasta kabulü olan hastanemiz Acil Servisinin uygunsuz kullanımını ve birinci basamak sağlık kurumlarına başvuru oranlarını belirlemek için yapılmıştır.

Materyal – METOD: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran ve ankete katılmayı kabul eden 1050 erişkin ve yanık veya travma ile gelen çocuk hastalar rastgele örneklem metodu ile alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada "SPSS (Statistical Program for Social Sciences) sürüm 15.0 for Windows" paket programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde, ortalama ± standart sapma, vb.) yapılmıştır. Başvuran hastaların aciliyetleri belirttikleri şikayetleri göz önüne alınarak yapılmıştır.

Grup 1: Gerçekten acil nedenlerle başvuranlar

Grup 2: Şüpheli acil nedenlerle başvuranlar

Grup 3: Acil olmayan nedenlerle başvuranlar

SONUÇ: Grup 1: %39,1 (Travma %16,5, Senkop %6,6, Göğüs ağrısı %5,9, Genel Durum Bozukluğu %3,2, intoksikasyon %2,6, Konvulsiyon %2,2, Yanık %2,1

Grup 2: %32,5 (Karın ağrısı %15,9, Baş ağrısı %6,4, Dispne %5,6, Yüksek ateş %4,6)

Grup 3: %28,5 (Diare %3, Enjeksiyon-Debridman ve Pansuman %3, Non-spesifik üst solunum yolu enfeksiyonu %2,2)

Hastaların 324'ü (%30,9) ayaktan tedavi sonrası taburcu edilmiştir. % 40,1'i bir bölüm tarafından üçüncül bakıma alınmıştır, % 21,6 sı acil ünitesinde takibe alınmıştır, % 4,1 hastaya acil cerrahi girişimde bulunulmuş ve % 0,7 hasta ise ölmüştür.

Hastaların acil servis ziyaretleri değerlendirildiğinde %49,4 hasta acil servise ilk kez başvurmuş olmakla birlikte %50,6 hasta ise acil servise iki veya daha fazla başvuruda bulunduğunu ifade etmiştir.

Acile başvuran hastalar kronik hastalıkları açısından değerlendirildiğinde 131 (%12,5) hastada hipertansiyon, 72 (%6,9) hastada Diyabet ve 68 (%6,5) kanser saptanmıştır. 95 (%9,0) hastada birden fazla kronik hastalık mevcut olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA: Hastanemiz acil servisinin uygunsuz kullanımı ve buna bağlı olan yoğunluğun değerlendirilmesi açısından yapılan çalışmamızın sonuçları ilimizdeki diğer hastanelerde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla benzer çıkmıştır. %30'a yakın bir oranda acil olmayan başvuruların olması birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi ile önlenebileceği düşünülmektedir.

Görülmektedir ki Aile Hekimliği sistemine geçişin erken dönemlerinde acil servislere acil olmayan nedenlerle ve kronik hastalıklar nedeniyle başvurular ve birden fazla başvurular acil

servislerdeki kalabalığın ana nedenidir.

Bu sorunun birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, ulaşılabilirliğin kolaylaştırılması ve hastaların acil servis konusunda bilgilendirilmesi ile çözülebileceği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: acil servis,aile hekimliği

S-020

ERİŞKİNDE HEPATİT B AŞILAMASINDA NE DURUMDAYIZ?

Şükriye Bayrak, Öznur Altuntaş

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Türkiye’de ve dünyada tespit edilmemiş çok sayıda hepatit B hastası ve taşıyıcısı bulunmaktadır. Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine sağlık raporu almak üzere başvuran kişilerdeki hepatit B taşıyıcılığını ve aşılama oranlarını tespit etmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine 1 Şubat 2012- 29 Şubat 2012 tarihleri arasında sağlık raporu almak üzere başvuran 99 kişi çalışmaya alındı. HBsAg ve antiHBs değerlerine bakıldı. Hastaların hepatit B aşısı yaptırıp yaptırmadığı sorgulandı.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 99 hastanın 55’i (% 55,6) kadın, 44’ü (% 44,4) erkek olup; yaş ortalaması $27,50 \pm 1,08$ bulunmuştur. AntiHBs (+) olan hasta sayısı 67’dir (% 67,7). Bu hastaların (n=67) 12’si (% 17,9) üç doz hepatit B aşısını yaptırdığını ifade etmiş olup 8’i ise (% 11,9) iki doz hepatit B aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Hastaların (n=67) 9’unun (% 13,4) aile öyküsü bulunmaktadır. AntiHBs (-) olan 32 hastanın (% 32,3) 4’ü (% 12,5) üç doz hepatit B aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Bir hastada (% 1,0) HBsAg (+), antiHBs (-) tespit edilmiştir. Bunun üzerine istenen HBV-DNA < 20 IU/ml saptanmıştır ve sorgulandığında hasta taşıyıcı olduğundan haberdar olmadığını ifade etmiştir.

SONUÇ: Çalışmamıza göre; hastaların büyük kısmının AntiHBs değerinin müspet olduğu, ancak bunun az bir kısmının aşı ile sağlandığı tespit edilmiştir. Aile hekimliğine başvuran her hastanın hepatit B ve diğer erişkin aşılması hakkında bilgilendirilmesi hastalığın yayılımı açısından önleyici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, aşılama, hepatit B

S-021

HAYATIN İLK ALTI AYINDA DEMİR PROFİLAKSİSİ VE KAN DEMİR DURUMLARI

Yasemin Çeken¹, Bahar Kural², Ali Demirci¹, Neslihan Ünal Yıldırım¹, Zilha Öztürk¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Anemi; eritrosit sayı ve/veya hemoglobin düzeyinin sağlıklı kişilerdeki normal değerlerin altına inmesidir. Demir eksikliği anemisi; vücuda giren demirin hemoglobin yapımı için yetersiz kalması şeklinde tanımlanabilir. Çocuklarda mental, motor ve kognitif fonksiyonları etkilediğinden demir eksikliği anemisinin gelişmesini engellemek veya anemi gelişmeden demir eksikliğini saptanan vakaların en kısa sürede tespit edilip tedavisi gerekmektedir.

MATERYAL-METOD: Nisan 2009-Ağustos 2011 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlam çocuk polikliniğine kontrollerine düzenli gelen, 4. ayda profilaktik demir preparatı başlanan, 6. ayda kan kontrolleri yapılmış olan 126 sağlam çocuk çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR: Çalışmamıza alınan toplam 126 bebeğin %70,63'ünün kan demir durumu normal, %15,09'nun demir eksikliği, %14,28'inin demir eksikliği anemisi bulundu. Bizim çalışmamızda 6. ayda sadece anne sütü alan 91 bebekten % 11,11 'inde DEA gelişti. Anne sütüyle beslenen bebeklerin %9,52'si düzenli demir kullanıyordu. Buna rağmen %29,37 bebekte demir eksikliği ve demir eksikliği anemisi görüldü.

SONUÇ: Demir eksikliği anemisi sıklığının yüksek olduğu ülkemizde 4. ayda demir profilaksisine başlamak gereklidir. Ancak bu profilaksinin etkinliğinin ve bebeklerin 6. aydaki demir durumlarının gözlenmesi, erken tanı için önemlidir. Profilaksi alan bebeklerin demir durumunu taramak için bir konsensus oluşması açısından, daha büyük gruplarla çok merkezli çalışmaların yapılmasının gerekliliğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: demir eksikliği, anemi

S-022

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLI OLGULARIN AŞILANMA KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARI

Leyla Akoglu¹, Nazmiye Kacmaz¹, Fatmanur Celik Basaran², Tanju Yilmazer¹, Ayse Ozsoz², Kurtulus Ongel¹

¹Tepecik Eğitim ve Arastirma Hastanesi, Aile Hekimligi Ana Bilim Dali, Izmir

²Dr. Suat Seren Gogus Hastaliklari ve Cerrahisi Eğitim ve Arastirma Hastanesi, Izmir

AMAÇ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), geri dönüşsüz hava akımı kısıtlılığı ile karakterize önlenabilir ve tedavi edilebilir bir rahatsızlıktır. Acil servis başvurularının çoğunluğunu oluşturur, yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. KOAH ataklarının sıklığı üzerinde etkili önemli faktörlerden bir tanesi aşılama değildir. Bu çalışma ile KOAH'lı olguların aşı bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Çalışma 1 Aralık 2011 - 12 Şubat 2012 tarihleri arasında, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi 6. Onkoloji Servisinde gerçekleştirilmiştir. KOAH akut alevlenmesi tanısıyla servise yatırılarak izlenen 60 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olan anket formu ile toplanmış; SPSS 16.0 istatistik programı ile yüzde dağılım analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya yaşları 35-85 (median:64,5; sd:1,1) yaş arasında değişen; 45 (%75) erkek ve 15 (%25) kadın olmak üzere toplam 60 hasta dahil edilmiştir. Olguların 26'sının (%43,3) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Otuzbeş olgu ile hastaların büyük çoğunluğunun (%58,3) evinde eşi ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Olguların hastalık sürelerinin 1-52 yıl arasında çok değişkenlik gösterdiği; akut alevlenme nedeni ile hastane yatış sayılarının da çok farklılık gösterdiği (min:1 max:10) görülmüştür. Bilindiği gibi, KOAH sıklığı sigara kullanımı doğrudan ilişkilidir. Hastalığına rağmen sigara kullanımı olan 12 hasta (%20) saptanmıştır. KOAH'dan korunmada etkili olan aşı bilgi düzeyi bakımından değerlendirildiğinde; 31 (%51,7) olgunun aşı konusunda herhangi bir kaynaktan bilgi almadığı, 12 (%20) olgunun aşılama konusunda hastaneden bilgi aldığı, 10 (%16,7) olgunun da aile hekiminden öğrendiği görülmüştür. Yedi vaka (%11,6) bu soruyu cevapsız bırakmıştır. Tutum açısından değerlendirildiğinde; 33 (%55) olgunun herhangi bir aşı yaptırmadığı saptanmıştır.

SONUÇ: Bulgularımız göstermektedir ki; çalışma grubumuzdaki KOAH'lı olguların aşılama konusundaki bilgi ve tutumları yetersiz düzeydeydi. Bu açıdan; hastalar sağlık kuruluşları tarafından aşılama konusunda daha etkin bilgilendirilmeli, aşı yaptırma yönünde desteklenmeli ve yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, sigara

S-024

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KARŞILAŞTIKLARI ZOR DURUMLAR: BİR EĞİTİM PROGRAMININ SONUÇLARI

Mustafa Fevzi Dikici, Füsun Aysin Artıran İğde, Fulya Yazar, Öznur Altuntaş, Selma Aydın, Ercüment Kadioğlu, Füsun Yarış
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Çalışmamızda sağlık çalışanlarının karşılaştığı zor durumların saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı araştırmacıları tarafından 15 kişilik gruplar halinde sekreterler, tıp fakültesi son sınıf öğrencileri, diş hekimliği dördüncü sınıf öğrencileri, aile sağlığı merkezi hekimleri ve üniversite hastanesinde çalışan hekimler için “Hastayla İletişim ve Empati” konulu eğitim düzenlenmektedir. Ekim 2009 ve Mart 2012 tarihleri arasında toplam 34 kez iki saat süren eğitimler uygulanmış, eğitimlerin hemen öncesinde katılımcılara hastayla görüşmede en sıklıkla karşılaştıkları ve baş etmekte güçlük çektikleri üç zor durum açık uçlu soru olarak sorulmuş, düzenlenen eğitimin içeriğini dinamik olarak bu yanıtlar belirlemiştir. Açık uçlu yanıtlar araştırmacılar tarafından gruplandırılmış ve veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 503 katılımcının 261’i (% 51,9) kadın, 242’si (% 48,1) erkek idi. Katılımcıların 173’ü (% 34,4) tıp fakültesi son sınıf öğrencisi, 145’i (% 28,8) sekreter, 93’ü (% 18,5) aile hekimi, 68’i (% 13,5) cerrahi ve dahili branşlarda üçüncü basamak hekimi, 13’ü (% 2,6) diş hekimliği dördüncü sınıf öğrencisi, 11’i (%2,2) aile hekimliği asistanı idi. Katılımcılara karşılaştıkları zor durumlar sorulduğunda 62 farklı zor durum tanımlamışlar, bu yanıtlar kategorize edilmiştir. Tüm gruplar değerlendirildiğinde birinci sırada karşılaşılan zor durum % 24,9 oranında hastalar ve yakınları ile genel iletişim problemleri, sırasıyla diğer zor durumlar (% 14,7) kötü haber verme, (%6,6) saldırgan hasta olarak saptanmıştır. Sekreterlerin 49’unda (%33,8) iletişim problemleri, intörnlerin 61’inde (%35,3) kötü haber verme birincil zor durum olarak belirtilmiştir. Toplam 93 aile hekiminin 23’ü (24,7) iletişim problemlerini, 16’sı (%17,2) görüşmedeki zaman kısıtlılığını ve 14’ü (%15,1) beklentisi yüksek hastaları en sık zor durumlar olarak belirtmiştir. 68 üçüncü basamak hekiminin 10’u (%14,7) iletişim problemlerini, 10’u da (%14,7) kötü haber vermeyi en zor durum olarak, Aile hekimliği asistanlarının %36,4’ü kötü haber vermeyi, % 18,2’si iletişim problemlerini birincil zor durum olarak belirtmiştir. Diş hekimliği öğrencilerinin beşinin (%38,5) birincil zor durumu da iletişimle ilgiliydi. Tüm çalışanlar değerlendirildiğinde; iletişim sorunları ve saldırgan hasta yanıtı kadınlarda ve gençlerde daha fazlaydı ve mesleki deneyim arttıkça iletişimle ilgili sorunların zor durum olarak algılanması azalmaktaydı.

SONUÇ: Sağlık çalışanları hastayla görüşmede birçok zorlukla karşılaşmaktadır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının en çok zorlandıkları konunun, hasta hekim görüşmesinin en önemli bileşeni olan iletişimde güçlük olduğu saptanmıştır. Aile hekimleri içinde ise dikkati çeken bir diğer konu, beklentisi yüksek hastaların zor durum olarak daha fazla belirtilmesiydi. Eğitimlerin içeriği sık alınan yanıtlara göre değişmekle birlikte, iletişim ve kötü haber verme eğitimleri de planlanarak uygulamaya başlanmıştır. Zor durumlarla ilgili eğitimlerin özellikle aile hekimlerinin uygulamalarına olumlu katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanı, Aile Hekimi, Zor Durum, Eğitim

S-025

PSİKİYATRİK HASTALAR SİGARA BIRAKMA SÜRECİNDE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİNE NE KADAR UYUMLU?Öznur Altuntaş, Mustafa Ünal, Bektaş Murat Yalçın

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Psikiyatrik hastalarda sigara içmenin ve nikotin bağımlılığının genel nüfusa oranla daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Sigara kullanan psikiyatrik hastaların bağımlılık tedavilerinde özellikle psikoterapi teknikleri daha ön planda yer almaktadır. Bu çalışmada bu tip hastalara önerilen yaşam tarzı değişikliklerine uyumlarının ve düşüncelerinin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırmaya Mayıs 2011- Mart 2012 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigara bırakmak amacıyla başvuran DSM-IV'e göre klinik tanısı konulmuş 77 hasta katılmıştır. Bu hastalar başvuruları sonrasında küçük grup çalışmasına alınmış (ortalama 20 kişi) ve sigara bırakmaları öncesinde ilk 15 gün bazı yaşam tarzı değişiklikleri önerilmiştir. Bu öneriler; alıştıklarında farklı bir sigara markası kullanmaları, çay ve/veya benzeri içecekten sonra veya herhangi bir öğün yemekten sonra sigara tüketmemeleri, sigara içtikleri çevreyi değiştirmeleri, kişiler arası sigara alış verişini yapmamaları, yataktan kalktıktan sonra en az 1,5 saat sigara içmemeleri ve haftanın en az üç günü yarım saat yürümeleri idi. Hastalar ikinci randevularında yaptıkları bu değişikliklerle ilgili bir anket doldürmüşlerdir. Yapılan anket bilgisayar ortamına geçilerek değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 77 hastanın 54'ü (% 70,0) kadın, 23'ü (% 29,9) erkekti (ortalama yaş= 43,38 ± 1,18 yıl). Başvuranların 62'si (% 80,5) evliydi ve 39'u (% 50,6) ev hanımı, 10'u (% 13,0) emekli, 8'i (% 10,4) memurdu. DSM-IV'e göre hastaların 57'si (% 15,6) minor depresyon, 12'si (% 15,6) major depresyon, 4'ü (% 5,2) panik atak, 3'ü (% 3,9) bipolar affektif bozukluk, 1'i (% 1,3) madde bağımlılığı tanısı almıştı. Hastaların 49'u (% 63,6) psikiyatrik tedavi almaktaydı. Fagerström nikotin bağımlılık testine göre hastaların 12'si (% 15,6) düşük, 30'u (% 39,0) orta, 35'i de (% 45,4) yüksek derecede bağımlı olarak tespit edilmiştir (Fagerstrom ortalama skoru= 6). Yaşam tarzı değişikliği uyumları değerlendirildiğinde hastaların 45'i (% 58,4) kullandığı sigara markasını değiştirdiğini, 52'si (% 67,5) sabah ilk sigarayı içmek için 1,5 saatten uzun süre bekleyebildiğini, 54'ü (% 70,1) sigara ile birlikte çay-kahve kullanımını kestiğini belirtmiştir. Katılımcıların 53'ü (% 68,8) diğer kişilerle sigara alışverişini bıraktığını, 55'i (% 71,4) alıştıkları ortamlarda artık sigara içmediğini, 49'u (% 63,6) sigara içmek için yemeklerden sonra bir saat beklediğini, 39'u (% 50,6) ise bu süre boyunca spor yaptığını ifade etmiştir. Yapılan bu değişikliklerden sonra hastaların 52'sinin (% 30,6) günlük içilen sigara sayısını azalttığı saptanmıştır (başvuru öncesi sigara sayısı ortalama 18,97, sonrası sigara sayısı 12,46).

SONUÇ: Bu çalışmada nikotin bağımlılığı olan psikiyatrik hastaların yaşam tarzı değişiklikleriyle kullandıkları günlük sigara miktarını azalttıkları tespit edilmiştir. Yaşam tarzı değişikliklerinin sigara bırakma konusunda hastalara olumlu yönde etki ettiği düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: nikotin bağımlılığı, psikiyatri, yaşam tarzı değişikliği

S-026

KORONER ANJİYOGRAFİ PLANLANAN HASTALARDA KONTRAST NEFROPATİ SIKLIĞI VE RİSK GRUPLARININ BELİRLENMESİ

Enver Erdem¹, Gülçin Özkan², Hüseyin Can³, Esra Yıldız⁴, Tufan Tükek⁴, Kurtuluş Öngel⁵, Tahsin Çelepkolu⁶

¹Bahçelievler Siyavuşpaşa Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, İstanbul

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

³11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, Batman

⁴Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, İstanbul

⁵Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

⁶Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

AMAÇ: Koroner anjiyografi planlanan hastalarda kontrast madde nefropatisi (KMN) için risk faktörlerini araştırmak, risk faktörlerine göre hastaları sınıflandırmak ve KMN gelişim sıklığını saptamak.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Kasım 2008-Ekim 2009 tarihleri arasında koroner anjiyografi planlanan 93 hasta dahil edilmiştir. Hastaların risk faktörleri açısından analizleri alınmış olup Mehran ve arkadaşlarının hazırladığı risk skorlama tablosuna göre risk kategorilerine ayrılmıştır. Hastaların koroner anjiyografi sonrası üçüncü gün üre ve kreatinin değerleri ölçülmüş, kontrast nefropati gelişme sıklığı ve yüzdesi hesaplanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 93 hastanın 51'i (%54.8) erkek, 42'si (%45.2) kadın; kontrast madde nefropatisi (KMN) saptanan 22 hastanın 13'ü (%59.1) erkek, 9'u (%40.9) kadın olarak saptanmıştır. Hastaların 44'ünde (%47.3) diyabetes mellitus (DM) tespit edilmiş, bu hastaların da 15'inde (%34.1) KMN saptanmıştır. Diyabet tanısı olmayan 49 (%52.7) hastanın 7'sinde (%14.3) KMN saptanmıştır (p=0.046). Hastaların 43'ünde (%46.2) anemi tespit edilmiş olup bu hastaların 17'sinde (%39.5) KMN gelişmiştir. Anemi tespit edilmeyen 50 (%53.8) hastanın 5'inde (%10) KMN gelişmiştir (p=0.01). 75 yaş üstü olan hastaların %66.7'sinde, 75 yaş ve altı hastaların %19.0'ında KMN geliştiği saptanmıştır (p=0.005). Mehran ve arkadaşlarının risk skorlama tablosuna göre puanlanması sonucunda ortaya çıkan risk gruplarında düşük düzey risk grubunda KMN gelişimi %12.3, orta risk grubunda %38.70 ve yüksek risk grubunda %60 olarak bulunmuştur. Tüm hastalara bakıldığında %23.7 oranında KMN gelişimi gözlenmiştir.

SONUÇ: Kontrast madde nefropatisinin önlenmesi açısından ilk planda yapılması gereken risk skorlaması olup yüksek riskli hastaların tespiti, KMN gelişimi engellenmesi ve tedavisinde bize en iyi yol gösterici olacaktır. Çalışmamız sırasında birçok klinisyenin bu konu hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüş olup kontrast madde nefropatisi gelişiminin önlenmesi, tedavisi ve tanıtımı noktasında daha ileri çalışmaların yapılması uygundur.

Anahtar Kelimeler: Kontrast madde nefropatisi, Mehran risk skorlama tablosu, Koroner anjiyografi

S-027

LİSE ÖĞRENCİLERİNDE AİLE TUTUMUNUN, BAĞIMLILIK YAPICI MADDELERE YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLAR ÜZERİNE ETKİSİ

Coşkun Öztekin, Tijen Şengezer, Adem Özkara
Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Aile içi tutumların, bağımlılık yapıcı maddelere karşı tutumların oluşmasında birbirlerini nasıl etkilediğini belirlemek istedik.

YÖNTEM-GEREÇLER: Bu çalışmada, Ankara ilinde rastgele örneklem metodu ile seçilen 707 lise ikinci sınıf öğrencilerine sosyodemografik veri ölçeği, Ana Baba Tutumları Ölçeği ve Lise Öğrencilerinin Bağımlılık Yapan Maddelere Karşı Tutumları Ölçeği uygulanmıştır. Anket ve ölçeklerin sonuçları SPSS (Statistical Program for Social Sciences) sürüm 17.0 for Windows istatistik programı ile analiz edilmiştir. Değerler sayı, yüzde, T Test, Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Sonuçlarımızda lise öğrencilerinde bağımlılık yapan maddelere karşı olumsuz tutumun ana baba tutumları ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Öğrencilerin madde kullanımına en fazla olumsuz tutumu demokratik ana baba tutumunda söz konusu olmuştur. Pozitif ilişki, koruyucu istekçi tutumda demokratik tutuma göre daha az oranda çıkmıştır. Öğrencilerin ders notlarındaki başarısı da ana babanın demokratik tutumuyla artmıştır. Öğrencilerin sigara içmeleri ise demokratik tutumlu ana babalarda en az oranda çıkmıştır. Ana ve babadaki otoriter tutum ve annedeki koruyucu istekçi tutum, çocukta sigara içmeye riski artırmıştır. Babanın otoriter tutumu annede sigara içimine karşı ters yönde bir etki oluşturmuştur. Babanın demokratik tutumu annenin ara sıra alkol alımını artırırken otoriter ve koruyucu istekçi tutumu azaltmıştır. Annenin kendisinin demokratik tutumu annenin ara sıra alkol alımını artırırken, otoriter tutumu azaltmıştır. Babanın demokratik tutumu annenin ara sıra alkol alımını artırırken, babanın otoriter tutumu annenin ara sıra alkol alımını azaltmıştır.

Bunun yanında annenin demokratik veya koruyucu istekçi tutumları, annenin düzenli alkol alımını azaltmıştır. Babanın demokratik veya koruyucu istekçi tutumları ise annenin düzenli alkol alımını gene azaltmıştır. Babanın ve annenin demokratik tutumlarında babanın ara sıra alkol alımı artmıştır. Annenin demokratik ve babanın otoriter tutumlarında babanın düzenli alkol alımı azalmıştır.

SONUÇLAR: Kronik bir beyin hastalığı olarak kabul edilen bağımlılık oluştuktan sonra diğer kronik hastalıklar gibi ömür boyu tedavi yönetim ve monitörizasyon gerektirir. Madde bağımlılığını yok saymak yerine gençlerin madde bağımlılığına karşı olumsuz bir tutum içinde olmalarını sağlayıcı tedbirleri almak en akıllıca yoldur. İnsanların psikososyal gelişimlerinde ve hayata dair tutumlarının gelişimlerinde ana babanın çocuklarıyla iletişimi ve tutumları önemlidir.

Biyolojik, psikolojik, sosyal, genetik birçok faktörle ilişkili olan madde bağımlılığı interdisipliner bir konudur. Biyopsikososyal modele dayalı bir disiplin olan aile hekimliği de yaş, cins, ırk, din ve hastalık ayırımı yapmadan bireylerin tüm sorunlarıyla ilgilenir. Bu anlamda madde bağımlılığından korunmada aile hekimleri ana babalar ve çocukların davranış ve tutumlarıyla ilgilenmeli, ana babalara tutumlarının çocuklarının davranışları, tutumları ve kişilikleri üzerine olan etkileri üzerinde durmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Ana Baba Tutumu, Öğrenci tutumu, Aile Hekimi

S-028

KAPALI MEKANLARDA SİGARA İÇME YASAĞININ, SİGARA BIRAKMA DURUMUNA ETKİSİ

Tuğba Yurdakul, Gülsen Ceyhun Peker, Selda Tekiner
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ:

Dünyada ve ülkemizde yaygınlığının giderek artması nedeniyle tıbbi, sosyal, ekonomik ve yasal sorunlara neden olan sigara bağımlılığı, tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu haline almıştır. Ülkemizde toplumun yaklaşık % 40'ı sigara içmekte ve her yıl 100 000 kişi sigaranın neden olduğu sağlık sorunları nedeniyle kaybedilmektedir. Bu çalışmanın amacı; Türkiye'de 3/1/2008 tarihinde kabul edilen "Tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanunda değişiklik yapılması hakkında kanun" ile 19/05/2008 tarihinde yürürlüğe giren; "Kapalı Mekanlarda Sigara İçme Yasağı"nın, sigara bırakma durumuna etkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesinde çalışan personelin örneklem grubunu oluşturduğu tanımlayıcı bir araştırmadır. Veriler personele ait demografik verileri içeren 3 soru, sigara içme durumlarını sorgulayan 4 soru, sigarayı bırakma durumlarıyla ilişkili 6 ifade, sigara bırakmayı etkileyen faktörleri belirleyen 8 ifade içeren bir formla elde edilmiştir. Personele uygun oldukları saatlerde ve araştırma hakkında açıklama yapıldıktan sonra formlar dağıtılmış, gönüllü katılıma önem verilmiştir.

BULGULAR:

Çalışma süresince 83 kişiye ulaşıldı. Bu kişilerin 60'ı çalışmaya katılmayı kabul etti ve anket formunu doldurdu. Bu kişilerin %68'i kadın, %32'si erkekti. Ortalama yaş $40,72 \pm 7,256$ saptandı. Katılımcıların %13'ü ilköğretim, %27'si ortaöğretim, %22'si yüksek okul, %39'u üniversite mezunu idi.

Katılımcıların %67'si yaşamlarında bir dönemde içmiş olup ve/veya halen sigara içmektedir. Katılımcıların %33'ü hayatları boyunca hiç sigara içmemişlerdir. Katılımcıların %47'si halen sigara içmeye devam etmekte olup, %18'i yaşamlarında bir dönem sigara içtikten sonra bırakmışlardır. Sigarayı bırakan katılımcıların ortalama sigara bırakma yaşı $35,15 \pm 9,71$ 'dir.

Hayatlarının bir döneminde sigara içip bırakan katılımcıların %64'ü kapalı mekanlarda sigara içme yasağından önce sigarayı bırakmış olup, %36'sı kapalı mekanlarda sigara içme yasağından sonra sigarayı bırakmıştır. Sigarayı bırakan katılımcıların %18'i sigara reklamlarının yasak olmasının sigara bırakmalarında etkili olduğunu düşünürken, sigarayı bırakan katılımcıların %82'si sigara reklamlarının yasak olmasının sigara bırakmalarında etkili olmadığını düşünmektedir.

Sigara içen katılımcıların %55'i kapalı alanlarda sigara içme yasağından sonra, günde içtiği sigara sayısında azalma olduğunu belirtmiştir.

Sigara içen katılımcıların %55'i kapalı alanlarda sigara içme yasağından sonra sigara bırakmayı düşünmediğini belirtirken, % 44'ü kapalı alanlarda sigara içme yasağından sonra sigara bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER:

Araştırmada sigara içen katılımcıların kapalı alanlarda sigara içme yasağından sonra bir çoğunun içtiği sigara sayısını azalttığı ve sigarayı bırakmak için çaba içinde oldukları, hatta bir kısmının sigara içmeyi bıraktığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulguların ışığında; kurumsal düzeyde yasanın caydırıcı bir şekilde uygulanmaya devam edilmesi gerektiği, yakın çevrenin, profesyonel destek çalışmalarının ve yasanın da etkisi ile sigarayı bırakmaya istekli olan ve bırakmaya çalışan kişilerin desteklenmesinin etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: sigara bırakma, kapalı mekanlarda sigara içme yasağı

S-030

AİLE HEKİMLİĞİ'NDEN PSİKİYATRİ'YE YENİ BİR DEPRESYON ÖLÇEĞİ: HIZLI DEPRESİF BELİRTİ ENVANTERİ-ÖZBİLDİRİM FORMU'NUN (HDBE16-ÖF) BECK DEPRESYON ENVANTERİ-II İLE KARŞILAŞTIRILARAK GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Haluk Mergen¹, Berna Erdoğan Mergen², Kurtuluş Öngel³

¹Uludağ Üniversitesi Aile Sağlığı Merkezi

²Esentepe Aile Sağlığı Merkezi

³İzmir Tepecik eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

AMAÇ: Genç Türk üniversite öğrencileri arasında Hızlı Depresif Belirti Envanteri'nin (HDBE) 16 maddelik Özbildirim Formu'nun, Beck Depresyon Envanteri-II (BDE-II) ile karşılaştırılarak geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması.

YÖNTEM: www.ids-qids.org'tan ulaşılabilecek Hızlı Depresif Belirti Envanteri-Özbildirim Formu'nun (HDBE16-ÖF) hafifçe değiştirilmiş olan versiyonu, BDE-II ile beraber Uludağ Üniversitesi Kampüsü içinde yer alan Aile Sağlığı Merkezine ayaktan başvuran 628 genç Türk üniversite öğrencisine Şubat 2010 ve Nisan 2010 tarihleri arasında uygulandı. Betimleyici istatistik, student t testi, ROC analizi ve doğrulayıcı faktör analizleri çalışmada kullanılmıştır.

BULGULAR: Ortalama yaş 21,1±2.16 (SD) olarak saptandı. Örneklem %67,8'i bayan, %32,2'si bay idi. İç tutarlılık α -Cronbach katsayısı 0,769 olarak saptandı. Ortalama madde-toplam madde korelasyonu 0,45 (0.29-0.71) olarak bulunmuştur. ROC analizine göre, HDBE16-ÖF için klinik depresyon açısından 9 puan sınır değeri olarak saptanmıştır.

TARTIŞMA: HDBE16-ÖF ile çok sık kullanılan bir depresyon ölçeği olan BDE-II, iyi psikometrik uyum geçerliliği göstermiştir. 1.Basamakta majör depresif epizodu güvenle teşhis etmek ve hastalığı, geçerliliği kanıtlanmış araçlarla takip etmek önemlidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde HDBE ile ilgili çalışmalarda elde edilen iç tutarlılık katsayısı α Cronbach bizim çalışmamızdan daha yüksek bulursa da, aralarında istatistiksel olarak bir farklılık yoktur ($z=0.55$, $p>0.05$). HDBE16-ÖF 1.basamakta güvenle kullanılacak bir ölçektir. HDBE16-ÖF ölçeği "Psikiyatri'de Kullanılan Klinik Ölçekler" kitabında yayınlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: majör depresif epizod, tarama ölçeği, geçerlilik, güvenilirlik

S-031

ÇORUM ORTAKÖY İLÇESİNDEKİ 6-17 YAŞ ÇOCUKLARDA OBEZİTE TARAMASI SONUÇLARIYusuf Haydar Ertekin¹, Burkay Yakar²¹Şişli Kuştepe Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul²Ortaköy Devlet Hastanesi, Konya**AMAÇ:** İlköğretim ve lise çağında olan 6-17 yaş arası çocuklarda obezite sıklığını tespit etmek**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya Çorum Ortaköy ilçesinde bulunan ilköğretim okullarında ve çok programlı lisede okuyan 909 çocuk alındı. Boy ve kilo değerleri ölçülerek Vücut kitle indeksi(VKİ) hesaplandı. VKİ'nin 95 persentil(P) üzerindeki değerler obez, 85P-95P arası değerler fazla kilolu ve 85P altı değerler normal değer olarak kabul edildi. Kategorik veriler Ki Kare (χ^2) testi ile çözümlendi.**BULGULAR:** 503 kız(%50.6) ve 491 erkek(%49.4) çalışmada yer aldı. Çocukların %3.3'ü(n=30) obez, %6.5'u(n=59) fazla kilolu ve geri kalan %90.2'si(n=820) normal kilolu idi. Obez çocukların %53.3'ü(n=16) kız çocuğu, %46.7'si(n=14) erkek çocuğu idi. Fazla kilolu çocukların %55.9'u(n=33) kız çocuğu, % 44.1'i(n=26) erkek çocuğu idi. Her ne kadar kız çocuklarında erkeklere oranla fazla kilolu ve obez sıklığı fazla olsa da istatistiksel açıdan aradaki fark anlamlı değildi.(fazla kilolularda p= 0.274, obezlerde p=0.474)

Puberte çağındaki 9-13 yaş grubundaki çocuklar cinsiyet, fazla kilo ve obezite açısından diğer yaşta çocuklar ile karşılaştırıldı. Fazla kilo açısından fark tespit edilmedi.(p>0.05) Ancak yaşa göre obez çocukların %70.1'i puberte çağı olan 9-13 yaş grubunda tespit edildi ve diğer yaşlardaki çocuklara göre aradaki fark yüksek derecede anlamlı çıktı.(p<0.01) Cinsiyete göre ise anlamlı bir üstünlük görülmedi.(p>0.05)

SONUÇ: Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde çocuklar, kendi ülkelerinin yerel büyüme standartlarına göre değerlendirilmektedir. Geçerli yöntemlere uyularak hazırlanmış yerel büyüme standartlarının en doğru olarak yansıtacağını düşünerek Neyzi ve arkadaşlarının 2008 yılında elde ettiği değerleri referans olarak verilerimizi değerlendirdik.(1)

Öte yandan Bundak ve arkadaşlarının ergenlik yaşlarında vücut kitle indeksi değerlerini bazı Avrupa ülkeleri çocukları ile kıyaslamada görece yüksek saptamaları çalışmamızla paralellik göstermektedir.(2) Pubertede gözlenen fazla tartı ve obezite sıklığı literatürde daha önce de tespit edilmiş, fiziksel aktivite eksikliği, yanlış beslenme alışkanlıkları ve yüksek sosyoekonomik durumun etken olduğu bildirilmiştir.(3,4) Bu bulgular, ülkemiz çocuklarında şişmanlığın giderek daha belirgin bir halk sağlığı sorunu haline gelmekte olduğu varsayımını doğrulamaktadır.

Kaynaklar:

1. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51(1): 1-14.
2. Bundak R, Furman A, Gunoz H, Darendeliler F, Bas F, Neyzi O. Body mass index references for Turkish children. Acta Paediatr 2006; 95(2): 194-198.
3. Semiz S, Özdemir ÖMA, Özdemir AS. Denizli merkezinde 6-15 yaş grubu çocuklarda obezite sıklığı. Pamukkale Tıp Dergisi 2008;1(1): 1-4.
4. Styne DM. Childhood and adolescent obesity, prevalence and significance. Pediatr Clin

North Am 2001; 48(4): 823-54.

Anahtar Kelimeler: obezite, puberte, vücut kitle indeksi

S-032

ADÖLESANLARDA GENEL SAĞLIK DURUMU VE RİSK DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Fisun Sözen¹, Gökhan M Eminsoy¹, Cihan Fidan¹, Altuğ Kut², Meriç Yavuz Çolak³, Rengin Erdal⁴

¹Öğretim Görevlisi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D, Ankara

²Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D., Ankara

³Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Ankara

⁴Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D, Ankara

AMAÇ: Adölesanlarda sağlık problemleri oldukça fazla olup, adölesanların algıladıkları sağlık durumları ve risk davranışları sağlık problemlerinin çözümünde önemli rol oynamaktadır. Çalışmanın amacı okul çağındaki adölesanların kendi sağlıklarını nasıl algıladıklarının ortaya konulması ve sonuçların risk davranışlarına göre karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma tanımlayıcı türde kesitsel bir saha çalışması olup, çalışmanın evrenini iki ayrı ilde dört farklı okulda öğrenim gören 1945 lise öğrencisi oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem kullanılmayıp, evrenin tamamına ulaşılmıştır. Okullardan ikisi Ankara il merkezinde sosyoekonomik düzeyi yüksek bölgelerde olup, diğer ikisi ise Kayseri il merkezinde sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerden seçilmiştir. Adölesanların algıladıkları genel sağlık durumlarına ait veriler, RAND 36 Sağlık durumu değerlendirme anketi ile elde edilmiştir. Ölçekte, sekiz alt boyut değerlendirilmiştir. Bu boyutlar, fiziksel fonksiyon, vücut ağrısı, fiziksel sağlık problemleri nedeni ile hareketlerin kısıtlanması, kişisel veya duygusal sağlık problemleri nedeni ile hareketlerin kısıtlanması, duygusal yönde iyilik hali, sosyal fonksiyon, enerji/yorulma, genel sağlık algılarıdır. Ayrıca çalışmada adölesanların risk davranışları da sorgulanmıştır.

BULGULAR: Adölesanların %51'ini kız öğrenciler, %49'unu erkek öğrenciler oluşturmaktadır. Öğrencilerin %79'u gereklikçe sağlık kontrolü yaptırdıklarını ifade etmiştir. %18'inin tanısı konmuş bir hastalığı mevcuttur. %23'ü alkollü içecekler tükettiğini, %12'si ise sigara kullandığını belirtmiştir. Ölçek alt boyutlarında Fiziksel fonksiyon (ortalama=88,24, SD=16,22), vücut ağrısı (ortalama=72,12, SD=30,14), fiziksel sağlık problemleri nedeni ile hareketlerin kısıtlanması (ortalama =55,42, SD=39,07), ve kişisel veya duygusal sağlık problemleri nedeni ile hareketlerin kısıtlanması (ortalama=60,0, SD=20,44), duygusal yönde iyilik hali (ortalama=60,01, SD=19,60), sosyal fonksiyon (ortalama=67,0, SD=23,71), enerji/yorulma (ortalama=78,56, SD=20,62) ve genel sağlık algıları (ortalama=64,85, SD=19,56) bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Ölçek alt boyutları sigara içen, alkol kullanan, kilolu öğrencilerde, tanısı konulmuş bir hastalığı olanlarda ve cinsiyetlere göre anlamlı farklılıklar göstermiştir. Ayrıca sosyo-ekonomik seviyesi düşük olan okullarda öğrenim gören öğrencilerin algıladıkları sağlık durumları diğer öğrencilerinkine göre daha düşük olarak belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan sağlığı, RAND 36 anketi, Risk davranışları

S-033

OSTEOPOROZU OLAN VE OLMAYAN POSTMENOPUZAL KADINLARDA QUALEFFO 41 ÖLÇEĞİ İLE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİGülseren Pamuk¹, Selma Çivi², Ruhuşen Kutlu²¹İzmir- Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir²Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Konya

GİRİŞ-AMAÇ: Osteoporoz kırık başta olmak üzere çeşitli komplikasyonlara neden olarak özellikle yaşlılarda önemli morbidite ve mortaliteye yol açan, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, önlenabilir ve tedavi edilebilir sistemik bir kemik hastalığıdır. Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine başvuran osteoporozu olan ve olmayan postmenopozal kadınlarda QUALEFFO 41 yaşam kalite ölçeğini kullanarak yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Kesitsel tipte analitik bir araştırma olan bu çalışma Kasım 2010 – Aralık 2011 tarihleri arasında Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 280 postmenopozal kadında yapıldı. Katılımcılara sosyo-demografik özelliklerini içeren ve osteoporoz açısından risk faktörlerini belirleyen bir anket ile osteoporozla özgü yaşam kalitesini belirleyen QUALEFFO 41 (Quality of Life Questionnaire of the European Foundation For Osteoporosis) yaşam kalite ölçütü uygulandı. Tüm katılımcıların kemik mineral yoğunluğu (KMY), DEXA (Dual-enerji X-ray absorpsiyometri) ile ölçüldü. Osteoporoz tanısı alan olgu grubu 38 kişi, kontrol grubu 242 kişi idi.

BULGULAR: Osteoporozu olan olguların yaş ortalaması 65.5 ± 8.9 , osteoporozu olmayan olguların yaş ortalaması 55.5 ± 7.3 idi. Osteoporoz sıklığı %13.6, osteopeni sıklığı %55.7, %30.7'si normal idi. 56 yaş ve üzeri osteoporoz sıklığı 56 yaş altı bireylere göre 7.7 kat fazla idi [OR=7.704, %95 CL; (3.105-19.116)], (p=0.000). Katılımcıların DEXA sonuçları ile QUALEFFO 41 yaşam kalite ölçeği arasındaki korelasyon incelendiğinde, femur boyun T skoru ($r=-0.329$, p=0.000), L1-L4 T skoru ($r=-0.328$, p=0.000) ve femur trokanter T skoru ($r=-0.308$, p=0.000) arasında orta derecede anlamlı, ancak negatif yönde ilişki bulundu. İleri yaş, gelir düzeyinin düşüklüğü, aktivite azlığı ve sedanter yaşam, menapoz süresinin fazlalığı ve geçirilmiş kırık öyküsünün kemik mineral yoğunluğunu azaltıcı etkisi olduğu tespit edildi. Yaşam kalitesi üzerine eğitim düzeyinin yüksekliği, çalışma durumu, egzersiz yapma ve aktivite fazlalığı arttırıcı etmenler olarak etki ederken, ileri yaş, düşük gelir düzeyi, doğum sayısının üç ve daha fazla sayıda olması ve uzun menapoz süresi azaltıcı etmenler olarak tespit edildi.

SONUÇ: Osteoporoz ve buna bağlı kırıklar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli sağlık sorunlarıdır. Yaşam kalitesi ölçümü klinik olarak tedavi stratejilerini saptamada ve tedavi etkinliğini değerlendirmede önemli bir yer tutmaktadır. Bu ölçeği kullanarak osteoporotik kişiyi daha doğru değerlendirmemiz mümkün olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, postmenopozal kadın, yaşam kalitesi, QUALEFFO 41

S-035

İSTANBUL ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN 40 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARIN PAP SMEAR SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Binnur Tağtekin Sezer¹, Dilek Toprak¹, Önder Sezer², Naile İnci Davas³

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışma, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran 40 yaş ve üzeri kadınların Pap smear sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamız, Aralık 2010- Mayıs 2011 tarihleri arasında Şişli Etfal EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 40 yaş ve üzeri 2015 kadında yapıldı. Gebeler çalışmaya dahil edilmedi. Tarama amaçlı yapılan Pap smear patoloji sonuçlarına ulaşılarak yapılan kesitsel çalışmada veriler Bethesda sistemine göre sınıflandırılarak değerlendirildi. Yetersiz materyal verileri diğer sonuç analizlerine katılmayarak kendi içinde gruplandırıldı. SPSS 19.0 istatistik programında; Ki kare ve T testleri kullanılarak veri analizleri yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen kadınların 1204'ü (%59,8) 40-50 yaş, 718'i (%35,6) 51-64 yaş ve 93'ü (%4,6) 64 yaş üzerinde olup yaş ortalaması 50,12 idi. Çalışmaya alınan 2015 hastadan 83(%4,12) tanesinin smear sonucu yetersiz materyal olarak geldi. Toplam 527 (%27,28) hastanın smear sonucu normal iken, 1261(%65,27) selim lezyon, 143 (%7,4) hastada premalign lezyon; 1(%0,05) hastada serviks kanseri saptandı.

Yaş gruplarına göre PAP smear sonuçları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p=0,000$). Tüm yaş gruplarında en fazla selim lezyon tespit edildi. Yaş gruplarına göre belirlenen enfeksiyon etkenleri dağılımı arasında da anlamlı farklılık gözlenmesine rağmen ($p=0,019$) tüm yaş gruplarında en fazla bakteriel vajinit(%82,53) olduğu saptandı. Alınan örneklerin 83'ü (%4,1) yetersiz materyal olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Çalışmamızda, yaşa göre Pap smear patoloji sonuçlarının ve vajinal enfeksiyon etkenleri dağılımının anlamlı farklılıklar gösterdiğini belirledik. Erken tanı ve tedavi olanağı tanınması nedeniyle kadınlarda Pap smear'e önemi verilmeli; genel sağlık kontrolü veya herhangi bir şikayetle Aile Hekimliği ve Kadın Doğum polikliniklerine yapılan her başvuru birer fırsat olarak değerlendirilerek düzenli aralıklarla Pap smear yapılmalıdır. Yetersiz materyal sonucuyla karşılaşmamak için hekimlerin doğru smear alım teknikleri konusunda daha dikkatli olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pap smear, servikal kanser, tarama testi

S-036

PREMENSTRÜEL SENDROMDA RİSK FAKTÖRLERİ VE TEDAVİ ARAMA DAVRANIŞININ ARAŞTIRILMASIBurcu Önal, Nilgün Özçakar, Tolga Günvar

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

AMAÇ: Premenstrüel sendromun (PMS) risk faktörlerinin belirlenmesi ve tedavi arama davranışının araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Kesitsel tipteki araştırmamıza, İzmir Hatay'da bir aile sağlığı merkezinde (ASM) rastgele seçilen bir doktora kayıtlı olup, Mart-Nisan 2011 tarihleri arasında ASM'ye başvuran, 15-49 yaş arasında ve düzenli adet gören 268 kadın katılmıştır. Tanılı psikiyatrik hastalığı olup tedavi gören, geçmiş 3 siklus boyunca adet görmeyi engelleyecek herhangi bir durumu olan ve soruları sağlıklı yanıtlamayı engelleyecek bir hastalığı olan katılımcılar çalışmamıza dâhil edilmemiştir. Katılımcılara demografik bilgilerini, PMS için risk faktörlerini ve premenstrüel semptomlar için tedavi arama tutum ve davranışlarını içeren sorular, University of California at San Diego (UCSD) kriterlerini içeren bir anketle birlikte premenstrüel sendrom ölçeği (PMSÖ) yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. SPSS 15.0 kullanılarak veriler değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz olarak ki kare, fischer's exact test ve t testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: En sık görülen semptomlar UCSD kriterlerine göre irritabilite (%85,4), bitkinlik (%79,9) ve abdominal distansiyon (%79,5) olarak bulunmuştur. PMSÖ'nin alt ölçek puanlarına göre, en çok izlenen alt grupların iştah değişimleri (%69,4), şişkinlik (%63,1) ve sinirlilik (%61,9) olduğu saptanmıştır. PMS'si olanların çoğu evli (%69,5), çocuk sahibi (%73,2), anne (%72,9) / kız kardeşlerinde (%86,8) premenstrüel semptom veya PMS olan kadınlardır ($p < 0,05$). PMS'si olan kadınların %21,3'ü kronik hastalıkları için düzenli olarak ilaç kullanmaktayken, %39,5'i çoğu sikluslarında dismenore yaşamaktadır ($p < 0,05$). PMS'si olan katılımcılar semptomları için daha fazla doktor başvurusu olmaksızın ilaç kullanmakta ve daha fazla doktor başvurusu olmaksızın semptomlarıyla baş etme yöntemleri uygulamaktadırlar ($p < 0,05$). Premenstrüel dönemde reçete edilmeksizin ilaç kullanan katılımcıların %73,6'sı nonsteroid antiinflamatuvar ilaçları kullanmaktadır. Semptomları için ilaç kullanımı dışında baş etme yöntemleri uygulayan katılımcıların %27,5'i bitki çayı içtiklerini belirtmektedirler. Katılımcıların %37,7'si semptomların tedavisinin olabileceği düşüncesindeyken, sadece % 4,1'i tedavi almaktadır. Tedavi arayışına girilmemesinde en büyük neden, semptomların normal olarak algılanmasıdır.

SONUÇ: PMS'si olan katılımcıların büyük bir kısmı tedavi arayışına girmemektedir. Bu yüzden, birinci basamak hekiminin izlemindeki doğurganlık dönemindeki kadınları premenstrüel semptomlar açısından belirli aralıklarla sorgulaması uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: premenstrüel sendrom, risk faktörleri, tedavi arama davranışı

S-037

LONDRA'DA TÜRKÇE KONUŞAN TOPLUMUN YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN SORUNLARIN BELİRLENMESİ

Kenan Topal¹, Erhan Eser², İsmail Sanberk³, Elizabeth Bayliss⁴, Esra Saatçi⁵

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Denizli.

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Manisa.

³Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümü, Adana.

⁴Sağlık için Sosyal Girişim Kurumu (Social Action for Health) İcra Direktörü, Londra, İngiltere.

⁵Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Adana.

AMAÇ:

Londra'da önemli sayıda Türkçe konuşan topluma ait insan yaşamaktadır. Diğer hassas gruplarda olduğu gibi yaşam kalitelerini etkileyen birçok faktörle karşı karşıya gelirler. Türkçe konuşan toplum üzerinde özellikle kadın sağlığı, ruh sağlığı, alkol ve sigara alışkanlığı gibi sağlıkla ilgili konularda yapılmış birçok araştırma vardır. Ancak Londra'daki Türk göçmenlerin yaşam kalitesinin doğrulanmış ölçeklerle değerlendirilmesi konusuna yeterince önem verilmemiştir. Bizim amacımız Londra'daki Türkçe konuşan toplumun yaşam kalitesini ve bunu etkileyen faktörleri araştırmaktır. Sonuçların toplumla ve yerel otoritelerle paylaşılmasının topluluk üyelerinin genel yaşam kalitesini olumlu etkilemesini ümit ediyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM:

Araştırma Türkiye'den gelen göçmenlerin yoğun olarak yaşadığı Doğu Londra'da faaliyet gösteren ve toplum sağlığı alanında araştırma ve geliştirme çalışmaları yürüten Sağlık için Sosyal Girişim (SAFH) kuruluşu ile birlikte yürütüldü. Bir anket ve yüz yüze görüşmeleri içeren ve altı ay içerisinde tamamlanan bu kesitsel çalışmaya 17-65 yaş arasında, en az bir yıldan beri Londra'da yaşayan erişkinler katıldı. Sağlık için Sosyal Girişim kuruluşu ve bu kuruluş ile birlikte çalışan Türk göçmenlere ait toplum merkezlerinin veritabanları kullanılarak katılımcılara ulaşıldı. Geliştirilen anket iki bölümden oluşturuldu. Yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenlerin bulunduğu birinci bölümde 'sosyo-demografik, kültürel ve ekonomik değişkenler, iş yaşamı, nesnel sağlık durumu, sağlığı geliştirici veya tehdit edici davranışlar, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve hoşnutluk' ana başlıkları altında toplam 44 maddeye yer verildi. Anketin ikinci bölümünde ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için geliştirilmiş 26 maddelik bir ölçek olan Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL BREF) yer aldı.

BULGULAR:

Araştırma sonucunda toplam 535 kişiye ulaşıldı; bunların 269'u erkek (%50,3) ve 266'sı (%49,7) kadındı. Araştırmaya katılanların 416'sı (%77,8) Türkçe konuşan topluma [Türkiyeli göçmenler 308 (%57,6), Kıbrıslı Türk göçmenler 108 (%20,2)], 119'u (%22,2) ise İngiltere'de doğan yerleşik nüfusa aitti. Kıbrıslı Türk göçmenlerin İngiltere'de ortalama bulunma süreleri (26.9 ± 13.9 yıl) Türkiyeli göçmenlere (13.3 ± 7.5 yıl) göre daha uzundur (p<0.001). Türkiyeli göçmenlerin iş memnuniyeti, finansal zorluk ve İngilizce konuşma düzeyi skorları Kıbrıslı Türk göçmenlere göre daha düşüktür (p<0.01). Yapılan çok değişkenli varyans analizleri ileri yaş, ev sahibi olmama, düşük sosyoekonomik durum, sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk, hasta olma, kendini topluma daha az ait hissetme değişkenlerinin katılımcıların toplam Yaşam Kalitesini anlamlı bir şekilde etkilediğini göstermiştir.

SONUÇLAR:

Bu çalışmanın sonuçları sadece Londra'da yaşayan Türkçe konuşan toplumun yaşadığı sosyal sorunların onların sağlıklarını ve yaşam kalitelerini nasıl etkilediğini göstermekle kalmamış

aynı zamanda yerel otoriteler tarafından bu sorunların acil olarak ele alınmasının gerekli olduğunu göstermiştir. Bu konularda harekete geçerek çalışmalar yapmak insanların sağlığını bozulmasını önleyebilir ve verilen sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Türkçe konuşan toplum, Yaşam kalitesi, WHOQOL

S-038

LİPİT DÜŞÜRÜCÜ İLAÇLARIN KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Zehra Dağlı, Ayşe Gülsen Ceyhun Peker, Ayşegül Cömert, Ayşe Selda Tekiner, Serpil İnan, Filiz Ak, Mehmet Ungan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Türkiye’de son zamanlarda yazılı ve görsel basında lipit düşürücü ilaçlar hakkında çıkan olumsuz haberler ile hastalar ilaçlarını bırakmaya, düzensiz kullanmaya ve önerildiği halde almamaya başlamıştır. Aynı üniversitenin iki hastanesinde hizmet veren aile hekimliği polikliniklerinde dislipidemi tanısı ile takip edilen hastaların lipit düşürücü ilaçları kullanma durumları ve ilacı almama veya bırakma nedenleri araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Geriye dönük, kesitsel çalışmaya 1 Ocak 2010-31 Aralık 2011 tarihleri arasında aynı üniversitenin iki hastanesinde hizmet veren aile hekimliği polikliniklerinde (Grup 1, Grup 2) dislipidemi tanısı ile takip edilen hastalar alınmıştır. Telefon ile yapılan görüşmelerde hastalara ilaçlarına başlama ve devam etme durumları, olumsuz yanıt verilmişse ilaca başlamama ve ilacı bırakma nedenleri sorulmuş, iki grup için elde edilen veriler SPSS paket programının 11,5 sürümü ile karşılaştırılmış ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 100 hastanın (ortalama yaş $53,28 \pm 12,99$, 57 kadın) 38’i Grup 1’de, 62’si Grup 2’de yer almıştır. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı bakımından fark saptanmamıştır (sırasıyla, $p=0,269$, $p=0,128$). Grup 1’deki hastaların 15’i (%39,5) lipit düşürücü ilaçlarını düzenli almaya devam ederken, 11’i (%28,9) düzensiz kullanmış veya almayı bırakmış, 12’si (%31,6) reçete edildiği halde kullanmaya hiç başlamamıştır. Buna karşılık, Grup 2’deki hastaların 19’u (%30,6) ilaçlarını düzenli kullanırken, 11’i (%17,7) düzensiz kullanmış veya bırakmış, 32’si (%51,6) ise hiç başlamamıştır. Gruplar ilaç kullanma durumları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p=0,133$). Sıklık sırasına göre, reçete edilen lipit düşürücü ilaca başlamama nedenleri “ilaç kullanmayı sevmeme/istememe”, “yaşam tarzı değişiklikleri ile düşürmeyi isteme”, “başka sağlık sorunları”, “yan etkilerden çekinme”, “Sosyal Güvenlik Kurumu’nun ilacı karşılamaması” ve “çoklu ilaç kullanmayı istememe” olarak; kullanılan ilacı bırakma veya düzenli kullanmama nedenleri ise “serum lipit düzeylerinin normale dönmesi”, “ilaçlara ara vermeyi isteme”, “basında yer alan haberler”, “doktor tarafından kesilmesi”, “yan etkiler” ve “gebelik” olarak belirlenmiştir. İlaç kullanmayan hastalar serum lipit düzeylerini normale getirmek için, sırasıyla, “yaşam tarzı değişiklikleri” ve “alternatif tıp” yöntemlerini tercih etmişlerdir. Ayrıca yaş ve cinsiyetler ile ilaç kullanma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla, $p=0,206$, $p=0,482$).

SONUÇ: Genel olarak hastaların lipit düşürücü ilaç kullanma oranlarının düşük olduğu ve başlıca ilaç kullanmayı sevmeme/istememe nedeni ile kullanmadıkları, yaş, cinsiyet ve takip olunan polikliniğin ilaç kullanma durumunu etkilemediği tespit edilmiştir. Dislipidemi kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğundan, dislipidemili hastaların lipit düşürücü ilaçları kullanmaya başlamaları ve devam etmeleri için iyi bilgilendirilmeleri, takiplerinin yaş ve cinsiyete uygun aralıklarla aksatmadan yapılması ve takip sırasında ilaç kullanma konusundaki bilgilerin yeniden gözden geçirilmesi yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Dislipidemi, ilaç kullanma, lipit düşürücü ilaçlar

S-039

KONYA'DA GEBE KADINLARDA VE YENİDOĞAN BEBEKLERİNDE İDRARDA İYOT DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİHavva Ulu¹, Kamile Marakoğlu¹, Aysel Kıyıcı²¹Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, KONYA²Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, KONYA**Amaç**

Bu çalışmada, miad gebelerde ve onların yenidoğan bebeklerinde üriner iyot atılım düzeylerinin tespit edilmesi, anne ve bebekteki bu değerler arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma 1 Temmuz - 20 Ekim 2011 tarihleri arasında Konya Faruk Sükan Çocuk ve Doğumevi Hastanesi, Konya Beyhekim Devlet Hastanesi ve Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakülte Hastanesi'nde yürütüldü. Çalışmamıza 1 Temmuz - 20 Ekim 2011 tarihleri arasında, Konya il ve ilçelerinde yaşayıp, doğumunu Konya'da yapan 16-40 yaş arasında 180 doğum yapmak üzere hastanede yatan miadında kadın ve bu kadınların sağlıklı olarak doğan 180 yenidoğan bebekleri alındı. Miadında gebelere doğum salonunda çalışma hakkında bilgi verilerek, bilgilendirilmiş olur formu okutulurak imzalatıldı. Veri toplamak için, araştırmacı tarafından hazırlanan 50 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme tekniği uygulanıp verilen cevaplar ankete araştırmacı tarafından kaydedildi. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 16.0 paket programı kullanılarak gerekli istatistiksel testler yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmamıza katılan 180 gebenin ortalama idrarla atılan iyot düzeyi $385,93 \pm 962,88 \mu\text{g/L}$ (medyan= $95,50 \mu\text{g/L}$) olarak tespit edildi. İdrarla atılan iyot düzeyleri değerlendirildiğinde; 180 miad gebenin %32,8(n=59)'inde ciddi düzeyde iyot yetersizliği ($0-49 \mu\text{g/L}$), %18,9(n=34)'unda orta düzeyde iyot yetersizliği ($50-99 \mu\text{g/L}$), %11,7(n=21)'sinde hafif düzeyde iyot yetersizliği ($100-149 \mu\text{g/L}$), %9,4(n=17)'ünde iyot düzeyinde yeterlilik ($150-249 \mu\text{g/L}$), %9,4(n=17)'ünde gerekenden daha fazla iyot aldığı ($250-499 \mu\text{g/L}$), %17,8(n=32)'inde çok fazla iyot aldığı ($>500 \mu\text{g/L}$) tespit edildi. Yenidoğan bebeklerin ortalama idrarla atılan iyot düzeyi $582,40 \pm 1213,73 \mu\text{g/L}$ (medyan= $245,00 \mu\text{g/L}$) olarak tespit edildi. Bebeklerin idrarla atılan iyot düzeyleri değerlendirildiğinde ise; %24,4 (n=44) bebekte iyot düzeyi yetersiz ($<100 \mu\text{g/L}$), %75,6 (n=134) bebekte idrarla atılan iyot düzeyi yeterli ($\geq 100 \mu\text{g/L}$) olarak saptandı.

Sonuçlar

Çalışmamızda Konya ilindeki gebelerde idrarla atılan iyot düzeyinin dünya sağlık örgütünün (DSÖ) hedef koyduğu ($150 \mu\text{g/L}$) düzeyden düşük olduğu ve ilimizdeki gebeler için iyot eksikliğinin hala önemli bir problem olduğunu saptadık. Bu gebelerin yenidoğan bebeklerinde ise idrarla atılan ortalama iyot düzeyinin DSÖ'nün hedef olarak belirttiği ($100 \mu\text{g/L}$) düzeyden yüksek olarak bulunmasına rağmen, yine de iyot eksikliğinin %24.4 sıklıkla tespiti yenidoğan bebeklerde iyot eksikliği sıklığının önemli bir sorun olarak ilimizde devam ettiğini göstermektedir. Yenidoğan bebeklerde ortalama iyot düzeyinin yüksekliğinin nedeninin ise doğum esnasında fazla topikal iyot maruziyetine bağlı olabileceği kanısını desteklemektedir. Annelerimizde önemli ölçüde iyot eksikliği mevcuttur ve koruyucu önlemler alınmasına yönelik politikalar geliştirilmelidir. Perinatal topikal iyot uygulamaları, bebeklerde prenatal iyot eksikliğini maskeliyebilmekte ve Wolff-Chaikoff etki oluşturabilmektedir. Bebeklerin perinatal iyot yüklenmesinden korunabilmesi için doğum

sırasında topikal iyot kullanımı yeniden gözden geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, İyot, Yenidoğan

S-040

AİLE HEKİMLİĞİ MÜFREDATINDA DERMATOLOJİ

Fatma Gökşin Cihan¹, Funda Gökgöz Durmaz¹, Ulvi Arıkan¹, Caner Kutlugün², Dursun Odabaş³

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, Konya

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Konya

³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Bölümü, Konya

AMAÇ: Aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatında dermatoloji rotasyonunun gerekliliğini tartışmak amacıyla bir 3. basamak sağlık kuruluşunun dermatoloji polikliniğine ayakta başvuran hastaların tanıları ve demografik özellikleri incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma 2011 yılı Kasım ayı boyunca bir eğitim ve araştırma hastanesinin dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların demografik özelliklerinin ve tanılarının incelendiği retrospektif, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

SONUÇLAR: 2011 yılı Kasım ayı boyunca dermatoloji polikliniğinde 561 hasta muayene edilmiştir. Hastaların %48.67'si (n=273) kadındı. %39.21'i (n=220) 25-49 yaş arasındaydı. Ortalama yaş 33.36 idi. Hastaların hiçbiri hospitalize edilmemişti. En sık konulan tanılar sırasıyla dermatit (%12.83), akne (%10.87), viral siğiller (%10.16), kontakt dermatit (%6.77), ürtiker (%6.23) ve tinea enfeksiyonları (%6.23)' dir. En sık konulan bu ilk altı tanı için reçete verilen hastaların oranı %53.9(n=298) 'dur.

TARTIŞMA: 23.06.2010 tarihli Tıpta Uzmanlık Kurulu(TUK) kararına göre aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıldır. İç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, ruh sağlığı ve hastalıkları, genel cerrahi, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji rotasyonlarından oluşur. Aile hekimliği pratiğinde sık karşılaşılan kulak burun boğaz, göz, fizik tedavi, üroloji, radyoloji, dermatoloji gibi branşların rotasyonları ise TUK tarafından belirlenen rotasyonlar arasında yer almamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ve Malezya gibi bazı ülkelerde aile hekimliği eğitim müfredatında dermatoloji rotasyonu bulunmaktadır. Bizim çalışmamıza göre, dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların yarıdan fazlası birinci basamakta tanı koyup tedavi edilebilen tanılar almışlardır. 3. basamağa ayakta başvuran dermatoloji hastalarını inceleyerek yaptığımız bu çalışmanın sonucunda, Türkiye Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu-Yürütme Kurulu (TAHYK-YK)'nun da önerdiği gibi Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitim müfredatına dermatoloji rotasyonunun eklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, dermatoloji, müfredat

S-041

UŞAK İLİ VE İLÇELERİNDE BETA TALASEMİ TAŞIYICILIĞI PREVALANSI

Doğan Yıldırım¹, Gökhan Aba²

¹Uşak Merkez 38 Nolu Aile Hekimliği Birimi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uşak

²Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane İşletmeciliği, Doktora Öğrencisi, İstanbul

Bu çalışma, Uşak il merkezi ve ilçelerinde; evlilik öncesi, anemi ön tanısı ile ya da diğer nedenlerden dolayı başvuran olguların β -talasemi taşıyıcılık prevalansını saptamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmada Uşak Sağlık Müdürlüğü Merkez Laboratuvarının 2011 yılı tüm HbA2 tarama sonuçları incelenmiş ve toplam 4967 kişinin HbA2 düzeylerinin analiz edildiği saptanmıştır. Hgba2 düzeyleri; hemoglobin elektroforezi yöntemi ile analiz edilmiştir. HbA2 düzeyleri %3,6'dan yüksek olan bireyler beta talasemi taşıyıcısı olarak kabul edilmiştir. Toplam 4967 bireyin (% 53,6 bayan, % 46,4 erkek) HbA2 sonuçlarının taranmış ve Uşak ili ve ilçelerinin beta talasemi taşıyıcılığı prevalansının % 5,83 (290/4967) olduğu tespit edilmiştir. Tarama sonucunda en yüksek taşıyıcılık oranı % 14 ile Ulubey ilçesinde, en düşük taşıyıcılık oranı ise % 3 ile Banaz ilçesindedir. Sonuç olarak Uşak ili beta talasemi taşıyıcılığı açısından riskli bir bölgedir. Özellikle Ulubey ilçesinde oldukça yüksek olan beta talasemi taşıyıcılığı, üzerinde araştırılması gereken önemli bir konudur. Sağlık Bakanlığı'nın yürütmekte olduğu Hemoglobinopati Kontrol Programı kapsamına Uşak ilinin de alınması ve 1. basamak Hemoglobinopati Tanı Merkezi kurulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beta Talasemi, Prevalans, Uşak.

S-042

ASM'LERE BAŞVURAN HASTALARIN KOLOREKTAL KANSER TARAMASI KONUSUNDA BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Bayram Ali Üner, Mehmet Aydın, Eren Gökçe, Güzel Dişçigil, Serpil Demirağ, Ayfer Gemalmaz, Okay Başak
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

AMAÇ

Kanser son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Kolorektal kanserde son yıllarda sıklığı artan ve önemli bir kanserdir. Dünyadaki kanser vakaları incelendiğinde Kolorektal kanser 3. sırada yer alırken, kanserden ölüm nedenlerinde ikinci sırada yer almaktadır Kolorektal kanser tarama programları ile erken tanınabilmektedir. Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe, erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması mümkün değildir. Bu nedenle, halkın eğitimi ve kanser farkındalığının oluşturulması birinci basamakta olmalıdır. Halkın kolorektal kanseri tarama yöntemleri ile ilgili olarak bilinçlendirilmesi ve bilgi düzeyinin artırılması önem arz etmektedir. Bu bağlamda kendi toplumumuzda mevcut kolorektal kanser taramalarına karşı halkın bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeyi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmada Aydın ili Merkez ilçede yaşayan, 20 yaş üzerinde 939 kişiye, Aydın Merkez Aile Sağlığı Merkezleri'nden rastgele seçilmiş 8 tanesinde ulaşılarak veri toplanmıştır. Aydın merkez ilçedeki Aile Sağlığı Merkezlerine 15/03/2012 - 31/03/2012 tarihleri arasında başvuran kişiler rastgele örneklem yöntemi ile seçilerek çalışmaya dahil edildi. Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. Birinci bölümde sosyodemografik bilgiler içeren sorular, ikinci bölümde ise halkın kanser tarama yöntemleri hakkında bilgi düzeylerini, katıldıkları tarama yöntemlerini, tarama girişimlerinin önündeki engelleri sorgulayan sorular bulunmaktadır. Soru formu katılımcılar ile yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların 558'i kadın, 381'i erkek ve yaş ortalaması 49.7 idi. İki yüz yetmiş beş (%29.3) katılımcı kolorektal kanserle ilişkili bilgi sahibi olduğunu, 123 (%13.1) kişi ise kolorektal kanserin erken tanınabilecek bir kanser türü olduğunu bildiğini belirtmişti. Tarama yöntemleri sorulduğunda ise 53 (%5.6) kişi kolonoskopiye, 24 (%2.6) kişi gaitada gizli kanı (GGK) bir tarama yöntemi olarak biliyordu. Katılımcıların 32'si (%3.4) herhangi bir kanser tanısı almış, 319'unun (%34) ise ailesinde kanser tanısı alan biri vardı. 50 yaşın üzerindeki 565 katılımcının 43'ü (%7.6) son 1 yıl içinde GGK, 21'i (%3.7) son 5 yıl içinde sigmoidoskopi, 30'u (%5.3) ise son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmıştı. Yaptırınların çoğunluğu (%66.4) doktor önerisiyle yaptırmışlardı. 50 yaşın üzerindeki katılımcıların çoğunluğu da (n=373, %66.0) tarama yaptırmak istediklerini bildirmişlerdi. Tüm katılımcıların 719'u (%76.6) taramaların sağlığı geliştireceğine inandıklarını belirtmişlerdi.

SONUÇ

Sonuçlarımız çalışma grubumuzun kanser taramalarının sağlığı geliştireceğini düşündüklerini ancak kolorektal kanserle ilgili bilgi yetersizliğinin bulunduğunu, 50 yaşın üzerinde önerilen taramaların yeterince bilinmediğini ve taramaların çoğunlukla doktor önerisi ile yapıldığını göstermektedir. Toplumun kolorektal kanseri tarama yöntemleri ile ilgili olarak bilinçlendirilmesi için aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: kolon, kanser, kolonoskopi, GGK

POSTER BİLDİRİLER

ISPARTA VEREM SAVAŞ DISPANSERİ'NDE 2008-2010 YILLARI ARASI KAYITLI TÜBERKÜLOZ HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Selami Kara¹, Bahriye Arslan², Kurtuluş Öngel³

¹Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dispanseri, Isparta

²Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Senirkent Devlet Hastanesi, Isparta

³Doç. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

İnsanlık tarihinin bilinen en eski hastalıklarından birisi tüberküloz (TB)'dur (1). Bu çalışma ile Isparta Verem Savaş Dispanseri'nde 2008-2011 yılları arasında tüberküloz tanısı ile tedaviye alınan hastaların analizini yaparak Isparta İli'nde TB ile ilgili durum tespiti yapmayı amaçladık. Araştırma ekim 2011'de dosyalarının taranması sonucu gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini 1 ocak 2008 ile 31 aralık 2010 tarihleri arasında Isparta Verem Savaş Dispanseri'nde (VSD) tanı, tedavi altına alınan tüberküloz hastaları oluşturdu. Çalışma retrospektif, kesitsel ve tanımlatıcı bir araştırmadır.

Çalışmaya 65'i (%48.5) bayan ve 69'u (%51.5) erkek 134 TB hastası alındı. Araştırmadaki hastaları yaş ortalaması 46.5 ±19.8 olarak bulundu. Araştırmadaki hastaların başvuru nedenlerine bakıldığında; 127'si (%94.8) ferdi başvuru, 5'i (%3.7) temas sonrası başvuru ve 2'si (%1.5) toplum taraması olarak bulundu. Tüberkülozlu hasta ile temas durumuna göre; 112 (%83.6) hastanın teması yoktu ve 22 (%16.4) hastanın teması vardı. Teması olan hastalardan 15'i (%68.2) aile içi ve 7'si (%31.8) aile dışı temas öyküsü vardı. Hastaların 127'si (%94,8) yeni ve 7'si (%5.2) nüks oluydu.

Araştırmadaki akciğer Tüberkülozluların (ACTB) %39.4'ü (n:26) bayan ve %60.6'sı (n:40) erkek olduğu ve erkeklerin daha çok akciğer tüberkülozu olduğu tespit edildi (p:0.038). Çalışmadaki TB'li hastayla teması olanların %77.3'ü (n:17) ACTB'li hasta olduğu ve temas öyküsü olanların daha çok ACTB olduğu bulundu (p:0.004). Araştırmadaki tedavi sonucu kür sağlanan hastalardan %88.6'sı (n:31) ACTB olduğu ve ACTB'li hastaların tedavisinin daha fazla kürle sonuçlandığı bulundu (p:0.000).

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Isparta, Verem Savaş Dispanseri

P-004

DİSFAJİ İLE GELEN GASTROÖZEFAGEAL REFLÜ HASTASI: OLGU SUNUMU

Yusuf Haydar Ertekin¹, Yasemin Korkut²

¹İçeriçumra Devlet Hastanesi, Konya

²Dr.Ayten Bozkaya Spastik Çocuklar Hastanesi, Bursa

Gastroözefageal reflü (GÖR) teşhisi bulunan hasta reflü şikayeti oldukça ilaçlarını kullandığı dönemde ara ara gelişen göğüste takılma hissi ve ağrı yakınması olması üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan endoskopide Schatzki Halkası ve ona eşlik eden Hiatus Hernisi görüldü. GÖR hastalarının takibinde semptomların sorgulanmasının öneminin hatırlatılması açısından olguyu sunmayı amaçladık.

GİRİŞ: Tipik GÖR hastalarının büyük bir çoğunluğunda hastalığa ait semptomlar uzun süreden beri var olup genellikle aralıklı bir seyir izler. GÖR hastalığının klasik semptomları 'heartburn' veya 'pirosis' (pyrosis) olarak adlandırılan ve sternum arkasında duyulan yanma hissi ve daha seyrek olarak görülebilen regürjitasyondur. Yutma zorluğu (Disfaji) GÖR hastalığında seyrek görülen bir bulgudur. Bu tür hastalarda disfaji hastalığın ilk dönemlerinden itibaren reflüye eşlik eden bir semptom olabilir. Ancak sonradan ortaya çıkması başka patolojileri akla getirmelidir ki nadir de olsa Schatzki halkası bunlardan biridir. Bu halka kardioözofajial bileşkede fibromusküler hiperplazi ile oluşan ve genellikle GÖR ve hiatus hernisi ile birlikte olan membranöz bir yapıdır. GÖR hastalığında rastlanabilecek diğer bir atipik semptom da göğüs ağrısıdır. Anjina pectoris tipinde ağrı tanımlayan hastaların %25-30 kadarında göğüs ağrısını açıklayacak bir sebep bulunamaz ve bu hastaların yarısından fazlasında ağrıdan GÖR veya özofagusun motor fonksiyon bozukluğu sorumludur.(1)

Olgu sunusu: 51 yaşında erkek hasta reflü şikayetinin tekrarlaması üzerine kliniğimize başvurdu. 10 yıl önce gastroskopi ile gastrit ve GÖR hastalığı teşhis edilmiş. Anamnez derinleştirildiğinde göğüs ağrısının olduğu ve bu ara disfajinin de eşlik ettiği öğrenilmesi üzerine üst gastrointestinal endoskopi yapılarak özefagusta schatzki halkası ve eşlik eden hiatus hernisi tespit edildi.

TARTIŞMA: GÖR hastalığı günümüzde sıkça sorgulanan ve karşılaşılan gastroözefageal hastalıklardan biri olmasının yanısıra yaşam tarzı değişikliği, diyet, ilaç tedavisi, endoskopik, cerrahi yöntemler ve çoğu zaman bunların kombine olduğu tedaviler uygulanmaktadır. GÖR hastalığı seyrinde eşlik edebilecek semptomlar düşünüldüğünde birçok hastalık ile ayırıcı tanısının yapılmasını gerektirmektedir.

Kaynaklar:

1. Orlando RC,Dobrucali A: Gastroesophageal reflux disease. Feldman M, Orlando RC (Eds): Atlas of esophageal disease. Current Medicine,Philadelphia, 2002, S:91-116.

Anahtar Kelimeler: Disfaji, Gastroözefageal Reflü, Schatzki Halkası

P-006

SİGARA BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE MEDİKAL TEDAVİLERİN ETKİNLİĞİ

Kamile Marakoğlu, Nisa Çetin Kargın, Rahime Merve Uçar, Mustafa Armutlukuyu, Sema Kaysılı, Şadiye Kübra Tüter
Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışma, prospektif tipte bir araştırma olup, sigara bırakma tedavisi olarak bupropion ve varenicline kullanan hastaların bir ve üç aylık başarı oranlarının araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod; Çalışmaya 25 Mart 2011–10 Şubat 2012 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniğine medikal tedavi almak isteyen 1976 hasta başvurdu. Hastaların ilaçlarını ücretsiz olarak Sağlık Bakanlığı gönderdi. Hastaların sağlık sorgulamaları yapıp, halen kullandıkları ilaçlar sisteme kaydedildikten sonra, sağlık bakanlığı yetkilileri hastalarla görüşme sonrası 3. günde hastaların bupropion ve varenicline olarak hangi ilacı kullanacağını belirtti ve hastalara ilaçları bilgilendirilmiş onam formları imzalatılarak ve nasıl kullanacakları anlatılarak verildi. Hastaların 1. ve 3. ay başarı durumları yüz yüze görüşme ve telefon kontrolleri ile sorgulanarak kaydedildi. İlaç kullanmayı red eden ve medikal tedavi alması uygun olmayan ve kontrollerde ulaşılamayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. 10 Şubat 2012 itibari ile 1592 hasta 1. ayını, 1481 3. ayını tamamladı. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, medyan, Chi-square testi kullanılmıştır.

Bulgular; Başvuran hastaların (n=1976) %70.3 erkek (n=1390), %29.7'si (n=586) kadındı. Yaş ortalamaları 37.64±11.41 (median=36.00, min=17, max=73) idi. Genel olarak 1. ayda başarı oranı %59.4 (945/1592), 3 ayda başarı oranı %44.4 (658/1481) olarak bulundu. Bupropion kullananlarda 1. ay başarı oranı %50.6 (274/542), 3 ay başarı oranı %38.1 (195/512), varenicline kullananlarda 1. ay başarı oranı %63.9 (671/1050), 3 ay başarı oranı %47.8 (463/969) olarak bulundu. 1 ayda ve 3. ayda varenicline kullananlarda bupropion kullananlara göre sigara bırakma oranları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulundu (sırası ile p=0.000, p=0.000). Kadınlarda genel olarak sigara bırakma başarı oranları 1. ayda (sırası ile %67.1-%56.1) (p=0.000) ve 3. ayda (%49.5-%42.4) (p=0.012) erkeklere göre anlamlı derecede yüksek idi. Varenicline kullanan kadınlarda 1. ay başarısı (%71.6), erkeklere göre (%60.3) anlamlı derecede yüksekti (p=0.000). Yine 3. ayda Varenicline kullanan kadınların başarısı (%53.2), erkeklere göre (%45.2) anlamlı derecede yüksekti (p=0.020). Bupropion kullananlarda 1. ayda (K=%55.4-E=%49.0) ve 3. ayda (K=%39.7-E=%37.6) kadınlarda sigara bırakma başarısı erkeklerden yüksek olsa da bu durum istatistiksel açıdan anlamlı değildi.

Sonuç; Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre genel olarak bupropion ve varenicline tedavisi alanlarda 1. ve 3. ay sigara bırakma başarı oranları son yurtdışı çalışmalarına göre (bupropion; 7-12 hafta başarı oranı %20 - varenicline; 12 hafta başarı oranı 29.7) yüksek bulunmuştur. Bu başarıda bölümde hastalara verdiğimiz medikal tedavinin yanı sıra davranış değişikliği terapisinin ve hastaların sigara bırakma sürecinde yalnız bırakılmamasının, ekip hizmetimiz ile (doktor, hemşire) yüz yüze kontrollerin ve telefon kontrollerinin de payının büyük olduğu kanaatimizdir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, medikal tedavi, bupropion ve varenicline.

P-007

YOZGAT İLİNDE YAŞAYAN GEBELERİN GEBELİK PARAMETRELERİ İLE SOSYOEKONOMİK FAKTÖRLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Mustafa Kara¹, Emel Kıyak Çağlayan¹, Seyhan Karaçavuş², Yalçın Erdoğan³

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, Yozgat

³Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Yozgat

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı sosyoekonomik faktörler ile gebelik parametreleri arasındaki ilişkiyi göstermektir.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Kliniğimize Nisan 2011-Ekim 2011 arasında başvuran toplam 300 hasta kabul kriterlerine göre bu kesitsel çalışmaya dahil edildi. Katılan kadınlara yüz yüze görüşme metodu ile ayrıntılı bir anket uygulandı. Maternal yaş, eğitim düzeyi, maternal meslek, bulantı-kusma durumu, beslenme sorunu, vitamin kullanımı, maternal kilo alımı, önceki doğumların sayısı, eş eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi, planlı gebelik durumu, sosyal sınıf, sigara içme ve alkol tüketimi değerlendirildi. Çalışma grubu olarak aile aylık gelir düzeylerine (AAGD) göre gelir düzeyi < 1000 TL olanlar Grup 1 (43 kişi) ve AAGD > 1000 TL olanlar Grup 2 (257 kişi) şeklinde sınıflandırıldı. Çalışmaya almama kriterleri kronik hastalık varlığı ve çoğul gebelik idi.

BULGULAR: AAGD ile anne yaşı arasındaki ilişki anlamlı idi ($p < 0.001$). Grup 1'de 25 yaş altı gebelik oranı % 67.4 (29/43) iken grup 2'de aynı parametre % 38.5 (99/257) oranında gözlemlendi. AAGD ile annenin mesleği arasındaki ilişki anlamlı idi. Gelir düzeyi < 1000 TL olanların % 100'ü ev hanımı iken, geliri > 1000 TL olanların % 71.2'si (183/257) ev hanımı idi ($p < 0.001$). AAGD ile gebelikte vitamin kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde grup 1'dekilerin % 58.1 (25/43), grup 2'dekilerin ise % 78.2'sinde (201/257) gebelik sırasında vitamin kullanılmaktaydı ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0.004$). AAGD ile gebelikte vitamin kullanımı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde grup 1'dekilerin % 58.1 (25/43), grup 2'dekilerin ise % 78.2'sinde (201/257) gebelik sırasında vitamin kullanılmaktaydı ve arada istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0.004$). Grup 1'deki eşlerin % 27.9'u (12/43) ilkokul mezunu iken grup 2'deki eşlerin % 7.8'i (20/257) ilkokul mezunu idi. AAGD ile eşin mesleği arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı idi ($p < 0.003$).

SONUÇ: Sosyoekonomik düzeyi düşük olan gebelerin gebelik parametreleri ve yaşam kalitesi skorları sosyoekonomik düzeyi yüksek olan gebelerden anlamlı şekilde daha düşüktü.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, sosyoekonomik seviye, maternal kilo alımı, eğitim.

P-008

ORTA ANADOLU'DA YAŞAYAN GEBELERDEKİ DEMİR-VİTAMİN KULLANIMININ BESLENME DURUMU, KİŞİSEL ALIŞKANLIKLAR VE SOSYOEKONOMİK DÜZEY İLE İLİŞKİSİ

Emel Kıyak Çağlayan¹, Mustafa Kara¹, Seyhan Karaçavuş², Yalçın Erdoğan³

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, Yozgat

³Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Yozgat

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı gebelikte vitamin ve demir kullanım durumunu ve buna etkili olan faktörleri saptamaktır.

MATERYAL-METOD: Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Nisan 2011-Ekim 2011 arasında başvuran hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 300 gebe kadına anketör hemşire tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastalarda demir ve vitamin kullanım düzeyi %78.3'tü. Demir-vitamin kullanımı ev hanımlarında ve aile gelir düzeyi yüksek grupta daha fazla bulundu ($p<0.05$). Gebeliğe bağlı bulantı kusmaları olanlarda demir-vitamin kullanım düzeyinin anlamlı olarak azaldığı tespit edildi ($p<0.05$). Sigara kullanan gebe kadınlarda ilaç kullanımı düzeyinin anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü ($p<0.05$).

SONUÇ: Gebelikte demir-vitamin kullanımının beslenme durumu, kişisel alışkanlıklar ve sosyoekonomik düzey ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, gebelere daha ayrıntılı ve kişiye özgü antenel bakım verilerek gebelikte vitamin ve demir kullanımı arttırılabilir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, demir kullanımı, vitamin kullanımı

P-009

ERİTROSİT SEDİMENTASYON HIZI 100 MM/SAAT VE ÜZERİNDE TESPİT EDİLEN HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK TARANMASI

Özgür Enginyurt¹, Tefik Noyan²

¹Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Türkiye

²Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Türkiye

AMAÇ:

Eritrosit sedimentasyon hızının (ESH) ölçümü pratik ve kolay bir test olduğu için, birçok hastalığın tanı ve ayırıcı tanısında sık kullanılan bir testtir. Bu geriye dönük çalışmada ESH'ı 100 mm/saat üzerinde olan hastaların hastalık tanılarının ve demografik yapılarının sınıflaması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Çalışmamızda 2006 yılı Ocak ayından itibaren 2011 yılı sonuna kadar hastanemize başvurmuş olan hastalardan ESH değerine bakılan 82.789 hasta içerisinde, ESH değeri 100 mm/saat üzerinde olan hastaların dosyaları taranmıştır. Mevcut tanımlar sedimentasyon değerini yükselten hastalıklar olarak; romatizmal hastalıklar, hematolojik-onkolojik hastalıklar, endokrin hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve diğer hastalıklar olarak sınıflandırılmıştır. ESH değeri ölçümünde Westergren metodu kullanılmıştır. Bu yöntemle göre referans değerler; 50 yaşın altındaki erkeklerde 15, kadınlarda 20, 50-85 yaş arası erkeklerde 20, kadınlarda 30, 85 yaş üzeri erkeklerde 30, kadınlarda 42 mm/saat olarak belirlenmiştir.

Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak yapılmış ve çalışmada ölçülebilir değerler sayısal ve yüzdesel olarak sunulmuştur.

BULGULAR:

ESH değeri 100 mm/saat üzerinde bulunan 223 hastanın 129 tanesi erkek (%57.8), 94 tanesi kadındı (%42). Yaş dağılımına bakıldığında en fazla hasta 70 yaş ve üzeri gruptaydı (114 hasta %51.1). ESH değerine göre dağılıma bakıldığında; ESR değeri 100-109 mm/saat arasında olan 114 hasta (%51.1), 110-119 mm/saat aralığında 50 hasta (%22.4), 120-129 mm/saat aralığında ise 51 hasta (%22.9) mevcuttu. Hastalık gruplarına göre baktığımızda 131 hasta da (%58.7) bir enfeksiyon hastalığına bağlı, 30 hastada (%13.5) hematolojik veya onkolojik hastalıklara bağlı, 16 hastada (%7.2) romatizmal hastalıklara bağlı, 10 hastada (%4.5) endokrin hastalıklarına bağlı ve 36 hastada da diğer farklı hastalıklara bağlı ESH değeri 100 mm/saat üzerinde bulunmuştur.

SONUÇLAR:

Çalışmamızın sonuçları, eritrosit sedimentasyon hızı ölçümünün günümüzde de halen hastalıkların tanısında kullanılan önemli bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Genel olarak sağlıklı bireylerde eritrosit sedimentasyon hızı kadınlarda daha yüksektir.

Çalışmamızda ise 100 mm/saat üzerinde değere sahip hastaların çoğunluğu erkektir. Yaş olarak bakıldığında ise hastaların çoğunluğu 70 yaşın üzerinde bulunmuştur. Ayrıca, çalışmamızda eritrosit sedimentasyon hızını artıran birinci sıradaki neden enfeksiyon hastalıkları grubu olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Eritrosit, hız, sedimentasyon

P-010

BÖBREK NAKLİ UYGULANAN SON DÖNEM BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARININ ANALİZİ

Salim Özenç¹, Ümit Aydoğan², Oktay Sarı², Bayram Koç²

¹ÇİĞİLTEPE ASM, ANKARA

²GATA TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI, ANKARA

AMAÇ:

Son dönem böbrek yetersizliği (SDBY), sıklığı giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. SDBY'nin en başarılı tedavi şekli ise böbrek naklidir. Çalışmamızda böbrek nakillerinin en çok kimlerden yapıldığını ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma, Nefroloji Bilim Dalında takip edilen diyaliz tedavisi veya nakil olan Son Dönem Böbrek Yetmezliği tanısı alan hastaların geriye dönük kayıtları üzerinden gerçekleştirilmiştir. Retrospektif olarak yapılan çalışma kapsamında hastaların dosyaları üzerinden verileri kaydedilerek kategorik hale getirilmiş ve veriler istatistik programına aktarılmıştır. SPSS- 15.0 veritabanı kullanılarak istatistiksel analiz gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Böbrek nakli uygulanan 135 SDBY' li hastalar incelendiğinde; Şekil 1 de gösterildiği gibi böbrek nakillerinin %64,4' ü (n=87) canlı vericiden, %35,6' sı (n=48) kadavradan yapılmıştı.

Şekil 1 Böbrek naklinin kimden yapıldığı gösteren dağılım grafiği

Şekil 1 de belirtildiği gibi 87 canlı vericinin çoğunluğunu (%48,3 n=42) anneler oluşturdu. Sonra sırasıyla ile babalar (%25,3) ve kardeşler böbrek vericisi olmuştu(%13,8).

Sonuç

2009 yılında Türk Nefroloji Derneği (TND) verilerine göre 1790 hasta böbrek nakli yapılmıştır. Alıcıların %60.4'dü erkek olup 20-44 yaş aralığında yoğunlaştığı dikkat çekmektedir. Nefroloji Bölümünde yaptığımız çalışmamızda böbrek nakli yapılan 135 hastanın 105'i erkek 30'u kadındı. Nakil en fazla 20-44 yaşlardaki hastalara uygulanmıştı. Bu sonuçlarımızın TND sonuçlarıyla benzer olduğu görülmektedir.

TND 2009 verilerine göre yapılan nakillerin %78.9'u canlı vericilerden yapılmıştır. Akraba olan canlı vericiler içinde anneler (%41) ilk sırada yer almıştır. Bunu sırasıyla kardeşler (%23), babalar (%22), diğer akrabalar (%9) ve çocuklar (%5) izlemiştir. Bizim çalışmamızda canlı vericinin çoğunluğunu (%48.3) anneler oluşturdu. Sonra sırasıyla ile babalar (%25.3) ve kardeşler böbrek vericisi olmuştu (%13.8). Bu sonuçlarımızın da TND verileriyle örtüştüğü görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek yetmezliği, Böbrek Nakli, Transplantasyon

P-011

SERUM FETÜİN-A DÜZEYLERİNİN DİYABETİK AYAK GELİŞİMİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Salim Özenç¹, Ümit Aydoğan², Oktay Sarı², Bayram Koç²

¹ÇİĞİLTEPE ASM, ANKARA

²GATA TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI, ANKARA

AMAÇ: Serum Fetüin-A karaciğer hepatositlerinden salgılanan ve vücutta pek çok fonksiyonu olan bir glikoproteindir. Azalan Fetüin-A düzeylerinin vasküler kalsifikasyon gelişmesiyle ve ileri derecede böbrek yetmezliği olan hastalar da kardiovasküler mortalitenin artmasıyla ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Son çalışmalarda fetüin-A düzeyleriyle periferik arteriyel hastalıklarla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.

Literatürde diyabetik ayak oluşmasıyla fetüin-A'nın ilişkisini gösteren yayınlar mevcut değildi.

Bizler bu çalışmamızda literatürde ilk olarak diyabetik ayak gelişmesiyle serum fetüin-A düzeylerinin ilişkisini araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma etik kurulu onayı alınarak Helsinki 2 bildirgesine uyum olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma 49 tip2 diyabet hastası, 31 kontrol grubu ve 57 diyabetik ayaklı olmak üzere toplam 137 hasta üzerinde yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların % 78'1(n=107) erkekler, % 21'9 (n=30) kadınlar oluşturdu. Tip 2 Diyabetli grubun ortalama Fetüin-A değerleri (85 ng/ ml) kontrol grubundan (36 ng/ml) daha yüksek bulundu(p=0.026). Diyabetik ayak gelişmiş hastaların fetüin-A değerleri (123 ng/ml) hem tip 2 diyabet hastaların ortalamasından hem de kontrol grubundan (36ng/ml) daha yüksekti (p=0.02, p<0.001).

SONUÇ: Çalışmamızda diyabetik ayaklıların serum Fetüin-A düzeyleri diyabetli hastalardan daha yüksek değerde bulundu. Lorand DP ve arkadaşlarının 2011 yılında yapmış oldukları bir çalışmada PAD olan tip 2 diyabet hastalarını serum fetüin-A düzeylerini PAD hastalığı olmayan tip 2 diyabetlilere göre daha yüksek bulmuştur. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerdir. Buna ilave olarak çalışmamız diyabetik ayak gelişmesinde aterosklerozun rol oynadığını söyleyen diğer literatürle de uyumludur.

Ayrıca tip 2 diyabet gelişmiş hastaların fetüin-A değerleri kontrol gurubundan yüksek bulduk. Bu sonucumuz literatürdeki tip 2 diyabet gelişmesiyle Fetüin-A arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren pek çok çalışmayla uyumludur.

Çalışmamız diyabetik ayak gelişmesiyle hastaların serum fetüin-A düzeyleri arasında pozitif ilişkili olduğunu gösteren ilk literatürdür.

Diyabetik ayak gelişmesinin de fetüin-A'nın pozitif korelasyon gösterdiğini söyleye bilmek ve hatta fetüin-A'nın tip 2 diyabetli hastalarda diyabetik ayak komplikasyonunun ön belirleyicisi olduğunu söyleyebilmek için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: diyabet,diyabetik ayak,Fetüin-A

P-012

BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARININ İLK BAŞVURU NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Salim Özenç¹, Ümit Aydoğan², Oktay Sarı², Bayram Koç²

¹ÇİĞİLTEPE ASM, ANKARA

²GATA TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI, ANKARA

GİRİŞ:

Fizyolojik olarak böbrek yetmezliği, glomerüler filtrasyon hızında bir yavaşlama olarak tanımlanır. Nedenleri açısından incelendiğinde böbrek yetmezliği; glomerülonefrit, Diabetes mellitus, hipertansiyon, ürolithiazis, tümör gibi hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan sıklıkla kronik süreçte gelişen önemli bir sağlık sorunudur. Klinik olarak bu durum kendini sıklıkla yüksek serum kreatin düzeyi şeklinde gösterir. Böbrek fonksiyon bozuklukları erken dönemde tespit edildikleri takdirde, hastalarda görülen mortalite ve morbidite oranları dramatik olarak azalmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Bu araştırmaya 2005-2010 yılları arasında GATA Nefroloji Kliniğinde takip edilen 469 hemodiyaliz ve böbrek transplantlı hasta dahil edilmiştir. Retrospektif olarak yapılan çalışma kapsamında hastaların dosyaları üzerinden verileri kaydedilerek kategorik hale getirilmiş ve veriler istatistik programına aktarılmıştır. SPSS- 15.0 veritabanı kullanılarak istatistiksel analiz gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR:

Hastaların Nefroloji polikliniğine başvuru nedenleri irdelendiğinde; en sık olarak % 48.7 (n=228) oranında tesadüfen rastlanan serum üre ve kreatinin yüksekliği olduğu görüldü. Bu durumu bacaklarda şişlik şikayeti %9.6 (n=45) takip etmekteydi. Proteinüri ise hastaların %6.7'inde (n=31) saptanmıştı. Hastalardaki proteinüri hastalara tesadüfen yapılan Tam İdrar Tetkiği sonucunda tespit edilmişti. Şikayetleri açısından hastalar incelendiğinde ise sırasıyla; bacaklarda şişlik, yan/bel ağrısı ve hematüri olduğu tespit edildi. Başvuru nedenlerinin yaş gruplarına göre dağılımın incelendiğinde; 0-19 yaşları arasında %10 oranında 2. sık başvuru nedeni rastlantısal proteinüri idi. Aynı şekilde 20-44 yaş grubunda da %10.8 oranında ikinci sıklıkla başvuru tesadüfen bulunan proteinüriydi. 65 yaş üzerinde 2. sık neden %11.1 bacaklarda şişlikti (Tablo 1). Yaşlara göre başvuru nedenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı (p<0.001).

TARTIŞMA:

Böbrek yetmezliği genellikle sinsi seyirli bir hastalık olup, sıklıkla kronik olarak gelişmektedir. Hekimlerin böbrek yetmezliği bulgularını ve laboratuvar özelliklerini iyi bilmeleri önem taşımaktadır. Özellikle aile hekimliği merkezlerinde kayıtlı bireylerin dikkatli takibi ve rutin tetkiklerinin düzenli aralıklar ile yapılması sonucu böbrek yetmezliği hastalarının erken teşhisi ile hastalardaki kronik komplikasyonlar ve tedavi maliyetleri etkin olarak azalacaktır.

Anahtar Kelimeler: Son dönem böbrek yetmezliği, böbrek yetmezliği,

P-014

SİGARA BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDE MORARA TERAPİ-BİOREZONANS

Kamile Marakoğlu, Nisa Çetin Kargın, Sema Kaysılı, Handan Dal
Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışma, prospektif tipte bir araştırma olup, sigara bırakma tedavisi olarak mora-terapisi alan hastaların bir ve üç aylık başarı oranlarının araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya 27-Eylül 2010–01-Şubat–2012 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bıraktırma Polikliniğine mora-terapi tedavisi almak isteyen 375 hasta başvurdu. Bu hastalar mora terapi ile sigara bırakmak için bir ayda 3 seans terapi aldılar. Hastaların 1. ve 3. ay başarı durumları yüz yüze görüşme ve telefon kontrolleri ile sorgulanarak kaydedildi. Kontrollerde ulaşılamayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. 375 hasta ile terapi sonrası 3. günde görüşüldü. 1. ayı 359 hasta, 3. ayı 309 hasta tamamladı. Hastaların başarı durumları SPSS 16.0 paket programı kullanılarak kaydedildi. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, medyan, Chi-square testi, Pearson Korelasyon analizi kullanıldı

BULGULAR: Başvuran hastaların (n=375) %76.0'i erkek (n=285), %24.0'u (n=90) kadındı. Yaş ortalamaları 41.35 ± 10.96 (median=41.00, min=20, max=74) idi. Genel olarak 3. günde sigara bırakma başarı oranı %90.4 (n=339/375). 1. ayda başarı oranı %66.3 (238/359), 3 ayda başarı oranı %46.6 (144/309) olarak bulundu. Kadınlarda ve erkeklerde genel olarak sigara bırakma başarı oranlarında 1. ayda (sırası ile %64.8-%66.8) ($p=0.827$) ve 3. ayda (%42.3-%48.1) ($p=0.454$) istatistiksel olarak fark bulunmadı. Yaş ile 1. ay sigara bırakma ve 3. ay sigara bırakma arasında pozitif yönde ilişki bulundu (sırası ile $r=0.227$ $p=0.000$; $r=0.173$ $p=0.002$).

SONUÇ: Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre genel olarak mora-terapisi tedavisi alanlarda 1. ve 3. ay sigara bırakma başarı oranları son yurtdışı çalışmalarına göre (bupropion; 7-12 hafta başarı oranı %20 - varenicline; 12 hafta başarı oranı 29.7) yüksek bulunmuştur. Bizim yakın dönemde sigara bıraktırma polikliniğimizde yaptığımız benzer bir çalışmaya göre de; (bupropion kullananlarda 1. ay başarı oranı %50.6, 3 ay başarı oranı %38.1 - varenicline kullananlarda 1. ay başarı oranı %63.9, 3 ay başarı oranı %47.8) sonuçlar benzer bulunmuştur. Bu durum sigara bağımlılığı tedavisinde yeni kullanılan yöntemlerden biri olan mora-terapinin sigara bıraktırma tedavisindeki etkinliğinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, mora-terapi, biorezonans

P-015

SİGARAYI BIRAKMAK İÇİN MORA-TERAPİ

Ersal Salih Işık

Muayenehane

Giriş

Sigara bırakma konusunda yapılan tedavilerin sonuçlarına bakıldığında daha etkili ve güvenli yeni tedavi yöntemlerine ihtiyacımız olduğu görülebilir. Mora-Terapi yöntemi ilk kez 1970 li yıllarda Alman doktor Franz Morell tarafından kullanılmaya başlanmış olan ve terapatik etkiyi maddelere özgü zayıf elektromanyetik frekanslar yoluyla yapmayı amaçlayan ve bu amaçla üretilmiş tıbbi cihazlar yardımıyla yapılan bir tamamlayıcı tıp yöntemidir. Bu tedavinin birçok farklı endikasyonlarda kullanılabileceği gösterilmiş olsa da; son yıllarda, özellikle bağımlılıklar konusundaki kullanımı yaygınlaşmıştır. 2008 yılında Çapa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalında sigara bırakma amaçlı olarak 200 hasta üzerinde Pihtili ve arkadaşları tarafından yapılmış olan çift kör - plasebo kontrollü çalışmada yapılan 1 yıllık izlemlerle de etkinliği gösterilmiş olan bu tedavi yöntemini 2007 yılından beri kendime ait klinikte sigara bırakma tedavisi olarak kullanmaktayım.

Metod

Kliniğime 2011 yılında sigarayı bırakmak için Mora-Terapi almak amacıyla başvurmuş olan 1360 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastalarla ilk görüşmede de sadece Mora - Terapi uygulanmış, sonrasında ise bu hastalar bir hafta, iki hafta, 1 ay ve 3 ay intervallerinde aranmış ve sigara içen ya da tekrar içme olasılığı yüksek olan kişilere aynı seans bir kez daha tekrarlanmıştır. Hastalar, telefonla ya da yüzyüze verdikleri ifadeye göre sigara içiyor veya içmiyor olarak kaydedilmiş, değerlendirme kişilerin kendi beyanına göre yapılmıştır. Tüm istatistiksel bilgileri ve bunun yanında Fageström skalasına göre değerlendirmeleri günlük olarak SPSS programı içine kaydedilmiştir.

Sonuçlar

Hastaların % 62.6 sına tek seans uygulama yapılmış, % 37.4 üne ise 3 ay içerisinde birden fazla seansa ihtiyaç duyulmuştur. Bu tedaviler sonucunda bir hafta sonundaki sigara bırakma oranı: % 79.9, Bir ay sonundaki sigara bırakma oranı: % 68.2, 3 ay sonundaki sigara bırakma oranı: % 64.7 dir. Kişilerden ilk yapılan seansın bir hafta sonrasında alınan sözlü yorumlarda hastaların % 98.4 ü yapılan işlemin sigara isteğini azalttığını belirtmişlerdir. Hastalarda yan etki görülmemiştir.

Tartışma

Çapa Tıp Fakültesinde 2008 yılında Pihtili ve ark. Tarafından yapılmış çalışmada MORA-Terapi sonrası 1 aylık sigara içmeme oranı: Aktif MORA-Terapi için % 51.1, Plasebo Mora-Terapi için: % 28.6 dir. (P: 0,002) Çalışmamızdaki bir aylık oranların Pihtili ve ark. çalışmasından daha yüksek çıkmasının sebebi (% 68,2/%51,1) kliniğimizde hastalardan tedavi için ücret alınmış olması ve hastaların izleminin özel klinik şartlarında / daha özenli olarak yapılmış olması olabilir. Her iki çalışma da Mora-Terapi nin sigara bırakma konusunda etkili bir tedavi yöntemi olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: MORA-Terapi, mora biorezonans, sigara bırakma

P-016

ÜST EKSTREMİTE HEREDİTER ANJİYOÖDEMİ: OLGU SUNUMU

Yalçın Erdoğan¹, Murat Korkmaz², Emine Çölgeçen³, İlhan Günaydın⁴

¹Yalçın Erdoğan, Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Yozgat

²Murat Korkmaz, Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

³Emine Çölgeçen, Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

⁴İlhan Günaydın, Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları/Romatoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

Herediter Anjiyoödem C1-esteraz inhibitör düzeyinde azalma veya fonksiyon bozukluğunun neden olduğu, anjiyoödem diğer formlarına benzer kliniği olan, tekrarlayan diffüz mukozal ve dermal ödem ile karakterize, nadir görülen, otozomal dominant geçişli kalıtsal bir hastalıktır.

Yirmi yaşında kadın hasta üç yıldır tekrarlayan ataklar halinde, özellikle aşırı yorgunluk ve stres durumunda belirginleşen, el ve kollardaki şişlik ve ağrı nedeni ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde özellikle sol el dorsal yüzde gode bırakmayan ödem ve hafif ağrısı vardı. İlk atağında şişliğin yüzünde geliştiğini ve beraberinde nefes darlığının da olduğunu belirten hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Hasta yılda ortalama 2 atak geçirdiğini ve el-kollarında şişlik şikayetleri ile birçok defa acil servise müracaat ettiğini ifade etti.

Hastada kaşıntı şikayetinin bulunmaması, verilmiş olan antihistaminik ve steroid tedavilerinden fayda görmemiş olması ve C1-esteraz inhibitör düzeyinin düşük saptanması üzerine hastaya Tip 1 Hereditör Anjiyoödem tanısı konuldu.

Şikayetlerinin hafif olması nedeniyle medikal tedavi başlanmayan hasta 6 ay süreyle takip edildi ve bu süreçte herhangi bir atak gözlenmedi.

C1-esteraz inhibitör eksikliğine bağlı HA olguları tekrarlayan ataklar halinde görülmesine rağmen, çoğu zaman geç tanı alır ve yetersiz tedavi görürler. Aile Hekimliği pratiğinde anjiyoödem vakaları ile sık karşılaşılmaktadır. Klasik medikal tedaviden fayda görmeyen olguların ayırıcı tanısında Hereditör Anjiyoödem mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hereditör anjiyoödem, C1 esteraz inhibitör, üst ekstremiteler

P-017

AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GELİŞEN GENÇ YAŞTAKİ BİR OLGUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Yılmaz¹, Serkan Akdağ², Hatice Yılmaz³

¹Van Merkez 15 Nolu ASM, Van

²Van Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Van

³Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Van

OLGU SUNUMU

32 yaşında erkek hasta bir saat önce sol pektoral bölgede başlayıp sol kola ve omuza doğru yayılan sıkıştırıcı, yanıcı vasıfta göğüs ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Acil müşahadeye alınan hastanın, özgeçmişinde 7 yıldır 1 paket/ gün sigara kullandığı, daha önce benzeri bir şikayetin gelişmediği ve aile bireylerinden herhangi birinde kalp krizi geçirme öyküsünün olmadığı öğrenildi.

Fizik Muayenesinde

TA:140/90, KTA:80 atım/dk, çekilen EKG sinde D2, D3, AVF de ST dalgalarında elevasyon, V2, V3, V4, V5 te resiprok çökmeler görüldü. Hasta mevcut klinik tablosu ve çekilen EKG si beraber değerlendirildiğinde akut inferior MI olarak değerlendirildi. Hasta immobilize edildi, tansiyon, kalp ritmi ve vital bulgular açısından monitörize edildi, oksijenizasyonu yapıldı. Hastaya açılan IV damar yolundan 3 mgr aldolan,1 cc heparin verildi. 300 mgr dispril, 600 mgr plavix oral olarak verildi. Tüm bu girişimler sırasında hastanın acilen ambulans servisiyle kardiyoloji merkezine transportu sağlandı.

Grafik 1: Hastanın geliş EKG'si

Klinik Takip ve Tartışma

Miyokardiyal iskeminin primer nedeni, koroner arterlerin aterosklerotik lezyonlarıdır. Koroner trombüs formasyonu akut miyokard enfarktüsü ve kararsız anginaya neden olan akut koroner sendromların en önemli etyolojik mekanizmasıdır (1). Anjiyografi tekniği akut miyokard enfarktüsü olgularında, koroner trombüs oluşumunun ne kadar sık ve önemli yer tuttuğunu ortaya koymuştur (2,3). Koroner anjiyoplasti ve diğer girişimsel teknikler koroner trombüsün akut tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (4).

Kardiyoloji merkezine akut inferior myokart enfarktüsü tanısıyla kabul edilen hastaya koroner anjiyografi yapıldı. RCA proksimalinde %90 darlık saptanan hastaya kardiyak stent yerleştirildi. Takiplerinde şikayetleri gerileyen hasta kardiyoloji merkezindeki girişimleri sonrasında medikal tedavisi düzenlenerek yaşam tarzı değişikliği ve medikal önerilerle taburcu edildi. Hasta kliniğimize kontrol muayene için geldiğinde:

- 1)Verilen medikal tedaviyi kullanması gerektiği
- 2)Günlük 45 dk tempolu yürüyüş yapması, kırmızı et tüketiminin azaltılması gerektiği
- 3)Durumunda değişiklik gelişmesi durumunda ilk olarak aile hekimine başvurması gerektiği
- 4)Sigara kullanan hastanın sigara kullanımının sonlandırılması gerektiği bunun için sigara bırakma polikliniğinden düzenli muayene ve tedavi alması için ilimizdeki sigara bıraktırma polikliniğine yönlendirildi.

Grafik 2: Hastanın Taburcu EKG'si

SONUÇ:

Akut miyokard enfarktüsü (AMI) ölümlerle sonuçlanabilen bir hastalık olması, genellikle toplumun üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, akut dönem sonrası komplikasyonlara bağlı olarak ciddi sorunlara yol açması gibi çeşitli nedenlerle önemli bir toplum sağlığı sorunudur (5). Akut miyokard enfarktüsüne bağlı ölümlerin %50'si ilk bir saat içinde olmakta ve başta ventriküler fibrilasyon olmak üzere büyük çoğunluğu ritim bozukluğuna bağlı nedenlerle olmaktadır (6). Son 10 yıl içinde teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine bağlı olarak AMI'ne bağlı ölümler %30 oranında azalmıştır. AMI'ne bağlı ölümlerde hastaneye taşınma ve hastanın tanı alıp tedaviye başlama süresi büyük rol oynamaktadır. Hastanın göğüs ağrısının başlamasından itibaren hızlı bir şekilde en yakın sağlık kuruluşuna nakli ve tedaviye en kısa sürede başlanması AMI 'ne bağlı ölümleri büyük oranda azaltmaktadır (6).

Hastamızın durumu muayene ve değerlendirilmesinden sonra acil müdahale gerektirmekte olup, hızlı bir şekilde kardioloji merkezine sevk edilerek ilgili bilim dallarınca yapılacak girişim ve verilecek medikal tedavinin düzenlenmesini gerektirmekteydi. Bu vakamızdan da anlaşıldığı üzere sağlık hizmetlerinin birinci basamak düzeyinde, üst basamaktaki ilgili tıp disiplinleriyle yapılacak sağlıklı iletişim ve sevk zincirinin kullanılması, hastaların koordineli takibi sağlık hizmetlerinin verimliliği ve kalitesini arttıracak gibi aile hekimliği uygulamalarında biz aile hekimlerini başarılı kılacak, hastaya tam ve etkin sağlık hizmeti sunmamızı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Myokard enfarktüsü, Anjiyografi, Koroner Trombus

P-018

EOZİNOFİLİK FASIİT (SHULMAN SENDROMU): OLGU SUNUMU

Emine Çölgeçen¹, Yalçın Erdoğan², Nilfen Yıldırım Erdoğan³, Aylin Okur⁴, Murat Korkmaz⁵, Dilşad Amanvermez Şenarşlan⁶, İlhan Günaydın⁷

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Yozgat

³Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

⁴Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

⁵Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

⁶Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Yozgat

⁷Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları/Romatoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

Shulman tarafından 1974 yılında tanımlanan eozinofilik fasiit (EF) ani başlayıp, hızla yayılan, ön planda ekstremitelerde eklem kontraktürleri yapan skleroderma benzeri nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle genç erkeklerde, nadiren yaşlı kadınlarda ve çocuklarda görülür. Etiyopatogenezi tam olarak anlaşılamamış olmakla beraber, eozinofilik proteinlerin etkisiyle dermal fibroblastlarda, artmış tip 1 kollajen ve ekstrasellüler matriks protein sentezi üzerinde durulmaktadır. Histopatolojik incelemede, fasiada fibrozis ve inflamasyon ile dermal skleroz görülür. Gövde tutulumu görülebilirse de, yüz, eller ve ayaklar korunur. Olguların %70 kadarında periferik eozinofili, bazı olgularda sedimentasyon yüksekliği ve hipergamaglobulinemi izlenir. Erken tedavi, hareket kısıtlılığı ve fonksiyon kaybını engellemek için önemlidir. İlk seçilecek tedavi sistemik steroidlerdir ve tedaviye birkaç hafta içinde cevap alınır. Steroide cevap vermeyen vakalara hidrosiklorokin eklenebilir. Diğer tedavi seçenekleri arasında; siklosporin, metotreksat, azotiyopürin, simetidin, D-penisilamin, kolşisin, dapson, fotokemoterapi ve infliksimab sayılabilir. Hastalığın prognozu net değildir. Spontan iyileşmeler olabileceği gibi tedavi sonrası relapslar da görülebilir.

45 yaşında kadın hasta 3 aydır kollarda sertleşme ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muaynesinde sistemik patoloji saptanmayan hastanın dermatolojik muaynesinde her iki ön kolda diffüz skleroz gözlemlendi. Laboratuvar incelemelerinde, periferik kanda %21.3 oranında eozinofili saptandı. Ön kol biyopsi örneğinde, retiküler dermis ve retiküler dermis-subkutan yağlı dokulardaki yüzeysel fibröz septalarda plazma hücrelerinin de eşlik ettiği eozinofillerden ve lenfositlerden zengin belirgin mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu izlendi. Retiküler dermis ve subkutan yağlı doku septalarında kollajen lif dejenerasyonu ve kalınlaşması dikkati çekti. Hastamıza mevcut klinik ve histopatolojik bulgularla EF tanısı koyduk. EF yönelik olarak 48 mg oral metil prednizolon ve 400 mg hidrosiklorokin sülfat başlandı. Şikayetleri kaybolan ve cilt bulguları hızla gerileyen hastanın steroid tedavisi kademeli olarak azaltıldı. Hastamızın takibi devam etmektedir.

EF nadir görülen bir hastalıktır. Skleroderma, eozinofili myalji sendromu ve toksik yağ sendromu ile karışabilir. Özellikle erken teşhis ve tedavi, hareket kısıtlılığı ve fonksiyon kaybını engellemek için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik fasiit, sistemik steroid

P-019

PİTRİYAZİS ROZEA BENZERİ BİR TİNEA İNKOGNİTO OLGUSUEmine Çölgeçen¹, Nilfen Yıldırım Erdoğan², Yalçın Erdoğan³¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat³Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Yozgat

Topikal ya da sistemik steroid kullanımı sonucu tipik yüzeysel mikoz kliniği değişen ve tanı güçlüğüne yol açabilen dermatofit enfeksiyonu "tinea inkognito olarak adlandırılır. Lezyon genellikle semptomsuzdur. Bazen kaşıntılı ya da ağrılı olabilir. Koyu kırmızı veya viyolese renkte olabilir. Papüler ve püstüler lezyonlar gözlenebilir. Steroid uygulanmasından kaynaklanan atrofik bir görünüm alabilir. Tedavide sistemik antimikotik kullanmak gerekmektedir.

Onbir yaşındaki erkek hasta, ilk karın alt yüzde başlayan, kasık bölgesine doğru yayılan, bir aydan beri devam eden, kızarıklık şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde ilk karın alt kısmında hafif kaşıntılı, madeni para büyüklüğünde kızarıklık, ortası kepekli döküntü çıktığını ifade etti. Bu şikayeti ile doktora giden hastaya pitriyazis rozea teşhisi konup, topikal steroid ve sistemik antihistamin tedavisi başlanmış. İlaçları iki hafta kullanan hasta döküntülerinin artması üzerine tedaviyi bırakmış ve kliniğimize başvurmuş. Dermatolojik muayenesinde, pubik ve her iki inguinal bölgede eritemli ortasında yakalık tarzı skuam içeren pitriyazis rozea benzeri lezyonlar vardı. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. %20'lik KOH ile hazırlanan, lezyondan alınan kazıma materyalinin direkt mikroskopik bakışında mantar elemanı gözlenmedi. Hastanın pubik bölgesinden pitriyazis rozea, seboreik dermatit, inverse psoriasis ve kontakt dermatit ön tanıları ile deri biyopsisi alındı. Pubik bölgeden alınan puch biyopsi örneğinin H&E kesitlerinde stratum korneumda follikül orifislerinde yoğunlaşan parakeratoz - hiperkeratoz ve çok sayıda kısa mantar hif - sporlarının varlığı dikkati çekti. Uygulanan Periyodik Asit-Schiff (PAS) histokimyasal boyası ile stratum korneumdaki mantar elemanlarının varlığı doğrulandı. Hastaya bir ay süreyle 250 mg/gün oral terbinafin ve topikal antimikotik krem verildi. İki hafta sonraki kontrolünde lezyonun gerilediği gözlemlendi. Burada vurgulanmasını gerekli gördüğümüz nokta; yalnızca topikal antimikotik ile 2-3 haftada iyileşebilecek bir dermatozu olan olguya uygulanan yanlış tedavinin tanıda gecikme, invaziv tetkiklere ve sistemik tedavi gereksinimine neden olduğudur. Bu nedenle eritemli, skuamli hastalıklarda direkt tedavi başlanmadan önce dermatofit enfeksiyonları da ayırıcı tanıda düşünölmeli ve buna yönelik incelemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tinea inkognito, çocukluk çağı, pitriyazis rozea

P-020

TIP FAKÜLTESİ 6.SINIF ÖĞRENCİLERİNİN UZMANLIK YAPMAK İSTEME NEDENLERİ İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ

Ömer Faruk Yener¹, Füsun Aysin Artıran İğde², Ümit Aydoğan³, Zekeriya Aktürk⁴, Serpil Aydın Demirağ⁵, Mustafa Fevzi Dikici², Füsun Yarış²

¹Kastamonu Cide 21 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

³Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

⁴Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Erzurum

⁵Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanın toplum içinde oynadığı rolün prestiji, zayıflığı, güçlülüğü onun toplum içerisindeki sosyal statüsünü de güçlü veya zayıf kılar. İnsanların toplumda saygınlık sağlayacak rollere sahip olabilmesi için bireylerin belirli bir gelire sahip olması önemlidir. Çalışarak bir şeyler elde etmesi sonucunda haz duyar ki bu da kişi için manevi tatmin sağlar. Hekimlik mesleğini seçen öğrencilerin bazıları meşakkatli bir tıp eğitimi sonrası pes ederek uzmanlık düşünmemekte, bazıları ise direnerek uzmanlık yapmak istemektedir. Uzmanlık seçimlerini birçok faktör etkileyebilmektedir. Bu çalışmada son sınıf öğrencilerinin uzmanlık yapma düşünceleri ve nedenlerini belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM

2009-2010 eğitim yılında, Adnan Menderes Üniversitesi, Atatürk Üniversitesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde öğrenim gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden 6. sınıf öğrencilerine uzmanlık yapmak isteyip, istemedikleri ve nedenleri soruldu. Birden fazla sayıda neden sıralayabilecekleri belirtilerek mesleki tatmin, maddi kazanç, unvan, toplumsal statü, aile ve çevre baskısı şıkları verildi. Başka nedenleri varsa yazarak eklemeleri istendi.

BULGULAR

Çalışmaya 269 öğrenci katılarak anket formunu yanıtladı. Çalışmaya alınanların % 69,1'i erkek, % 30,9'u kadındı. Öğrenci hanelerinin aylık toplam geliri 0-1000TL arasında 54 (% 20,8) kişi, 1001-2000TL arasında 92 (% 35,4) kişi, 2001-3000TL arasında 77 (% 29,6) kişi, 3001 ve üzeri TL arasında 37 (% 14,2) kişi olarak bulundu. Tıp fakültesini bitirince hayatının kalan döneminde birinci basamakta pratisyen hekim olarak çalışmak isteyen kişi sayısı 21 (% 7,9), uzmanlık yapmak isteyenler ise 246 (% 92,1) kişiydi. Öğrenciler uzmanlık yapmak isteme nedenleri olarak birden fazla sayıda sebep sıralayabildiler. 94 (% 34,9) kişi " Mesleki tatmin", 76 (% 28,3) " Ünvan", 125 (% 46,5) kişi " Maddi kazanç", 129 (% 48,0) kişi " Toplumsal statü ", 28 (% 10,4) kişi " Aile ve çevre baskısı ", 19 (% 7,1) kişi " İdealimdi, sevdiğim için", 5 (% 1,9) kişi " Bilinçsiz tercih", 3 (% 1,1) kişi " Akademik kariyer yapmak için" uzmanlık yapmak istiyordu.

SONUÇ

Öğrenciler yüksek oranda toplumsal statü, maddi kazanç ve mesleki açıdan tatmin olmak için uzmanlık yapmak istemektedirler. Sağlık hizmetlerinin daha nitelikli sunumu; hekimlerin toplumdaki konularının, saygınlığının, özlük hakları ve gelirlerinin iyileştirilmesine yönelik politikaların geliştirilmesiyle, başarılı ve mutlu hekimlerce artırılabilir. Dünya Aile Hekimleri Birliği sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde her tıp fakültesinin genel tıbbi bakım öğretisini mezuniyet öncesi tıp eğitimi ders programının bir bölümü haline getirmesini ve yeni mezunların birinci basamakta bir kariyer yapmaları için daha büyük teşvikler ve itici faktörler

sağlanmasını önermektedir. Bu doğrultuda daha nitelikli bir tıp eğitimi yolunda köklü değişiklikler yapmak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntörn, Pratisyen hekimlik, Tıpta Uzmanlık.

P-021

PRİZREN BELEDİYESİNDE SİGARA KULLANIMI – YAYGINLIĞI, BİLGİ VE GÖRÜŞLER

Mehmedali Gashi, Genc Muja, Nexhip Berisha

Dr Mehmedali Gashi Mr.Sci., Dr Genc Muja, Dr Nexhip Berisha - Main Family Medicine Centre Prizren, Kosovo

ÖZET

Sigara kullanımı, tüm dünyada olduğu gibi, kentimizde de büyük sorun yaratmaktadır. Sigara içmenin kötü sonuçları sağlık alanı, sosyal, toplumsal ve ekonomik alan gibi birçok alana yansımaktadır.

AMAÇ: Bu araştırmada üç parametre ölçülmüştür 1) Prizren ilinde sigara içme yaygınlığı, 2) Sigaranın riskleri, zararları ve sonuçları hakkında bilgi düzeyi, 3) Sigara içme konusunda halkın görüşleri.

YÖNTEM: Bu araştırmanın gerçekleştirilmesi için bir anket kullanıldı. Ankete katılanların sayısı 350 idi. Ankete katılanlar, rastgele yöntemle seçildi. Halkın arasında, sekiz ayrı kategoriden ankete katılanlar oldu.

BULGULAR:

1) Bizim araştırmamıza göre sigara içmenin yaygınlığı %37,5 oranında bulundu..

Katılanların arasında, erkeklerin %48, bayanların ise %27'si içiciydi. İçenlerin %17'si 18 yaş altında, %44'ü ise 18 yaş üzerindeydi. Yer olarak; %35 kentte, %32 ise köylerde sigara içiliyordu. Meslek olarak; Kosova Savunma Güçleri (FSK) mensupları %86, ardından Kosova Polis Teşkilatının mensupları %80, eğitimde çalışanlar ise %59 oranında sigara içiyordu. Evlerde %56, işyerlerinde ise %67 oranında sigara içiliyordu.

2) Bilgiler: Ankete katılanların çoğu (%98) sigaranın sağlık için zararlı olduğunu bildiklerini ileri sürdüler; %36'sının sigaranın içeriği hakkında bilgileri yoktu. Sigara nedeniyle oluşan hastalıklarla ilgili ankete katılanların %56'sının aklına kanser geldi.

3)Tavırlar: Sigara içenlerin hemen hemen yarısı (%47) sigarayı bırakmayı düşünmüşler / denemişler. Vazgeçmenin sebepleri arasında; en sık görülen (%50) sigara içemediği zaman sinirlenmek (bağımlılık) ve kararsızlık (%36). Sigara içmeye başladıkları dönemle ilgili, ankete katılanların %85'i erken yaşlarda (15 – 20 yaş arası) başlamışlardı. Kamusal alanlarda sigara içilmesi konusunda, içenlerin çoğu (%64) sigara içmek için belirli bir yerin olması gerektiğini düşünüyordu.

4) Gebelik döneminde sigara içilmesi konusunda; ankete katılan 30 gebenin %30'u sigara içiyordu. Onların ailelerinde, %80 oranında sigara içiliyordu, iş yerinde ise bu oran %73 bulundu.

SONUÇ: Bizim araştırmalarımıza göre, Prizren İlinde sigara oldukça fazla içilmektedir. Sigaranın sağlığa ne kadar zarar verebileceği hakkında bilgiler yetersiz kalmaktadır. Genelde sigara içilmesinin başlangıcı erken yaşlarda (20 yaş altında) olmuştur. Birçok kişi, sigara içmek için belirli yerlerin olması gerektiğini düşünmektedir. Gebelik döneminde sigara yüksek oranda içilmektedir. Ayrıca, yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlarda sigara oldukça çok içilmekte ve bu durum onları dolaylı olarak ta etkilemektedir(pasif içici).

Anahtar kelimeler: Sigara, sigara içmek, sigara içilmesinin yaygınlığı, sigara içen kişi.

Anahtar Kelimeler: Sigara, sigara içmek, sigara içilmesinin yaygınlığı, sigara içen kişi.

P-022

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA P-ANCA VE C-ANCA SIKLIĞI VE DİĞER HASTALIKLARLA OLAN İLİŞKİSİ

Ahmet Yılmaz, Hatice Yılmaz
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

AMAÇ: Akciğer kanseri ve astım hastaları ile sağlıklı bireylerin kan perinükleer tip Anti Nötrofilik Sitoplazmik Antikor (p-ANCA) ve sitoplazmik tip Anti Nötrofilik Sitoplazmik Antikor (c-ANCA) seviyeleri ölçülerek bu hastalarda p-ANCA ve c-ANCA sıklığı ve kansere bağlı paraneoplastik sendromlarla olan ilişkisini, kanser-vaskülit birlikteliğinin araştırılmasını amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya astım tanısı alan 20 hasta, akciğer kanseri tanısı ile takip edilen 26 hasta, kontrol grubu olarak da herhangi bir hastalık saptanmayan 20 sağlıklı birey alındı. Kan örneklerinden p-ANCA ve c-ANCA seviyeleri ölçüldü.

BULGULAR: Akciğer kanserli 26 hastadan 1'inde c-ANCA sınırdan pozitif, 1'inde 1/32 pozitif saptandı. Yine akciğer kanserli 26 hastanın birinde p-ANCA 1/32 pozitif, 1 hastada ise sınırdan pozitif olarak saptandı. Astımlı 20 hastanın 2 tanesinde p-ANCA pozitif, 1 hastada c-ANCA sınırdan pozitif olarak saptandı. Astımlı ve kanserli hastalarda vaskülit destekleyen fizik muayene ve patoloji bulgularına rastlanmadı. Kontrol grubundaki 20 sağlıklı bireyden sadece 1 tanesinde c-ANCA sınırdan pozitif olarak saptandı.

SONUÇ: Hastaların bir kısmında vaskülit ve paraneoplastik bulgulardan bağımsız olarak ANCA pozitifliği saptandı. Bu nedenle malignite düşünülen hastalarda ayrı tanı vaskülitler de göz önünde tutulmalıdır. Klin Deney Ar Derg 2011; 2 (4): 339-342

Anahtar Kelimeler: p-ANCA, c-ANCA, akciğer kanseri, paraneoplastik sendrom

P-023

TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU HASTALARDA ANKSİYETE VE DEPRESYON DURUMLARI İLE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cem Yenicesu¹, Mustafa Haki Sucaklı², Yeltekin Demirel¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD-Sivas

²Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD-MARAŞ

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, tip 2 Diabetes Mellitus (DM) tanısı almış hastalarda depresyon ve anksiyete düzeyleri ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi araştırmak ve tip-2 DM tanılı hastaların tedavisi için multidisipliner yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamız, Yozgat Çayıralan Devlet Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğinde tip 2 DM tanısıyla izlenen, ardışık poliklinik başvuruları olan hastalar arasından, 120 gönüllü hasta çalışma grubu olarak (Grup 1) seçildi. Çalışmanın amacı ve gerekçesi hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan, geçmişte ve halen psikiyatrik hastalık ve tedavi görme öyküsü olmayan, hastanede çalışan personel veya hasta refakatçisi olan kişiler arasından ve hasta grubundaki kişilerle yaş, cinsiyet ve medeni durum açısından benzer özelliklere sahip kişilerden oluşan tamamen sağlıklı 120 birey ise kontrol grubu (Grup 2) olarak alındı. Her iki gruptaki hastalarda fizik muayeneyi takiben, açlık kan şekeri, HbA1c, hemogram, tam idrar tahlili, rutin biyokimya istendi. Tüm katılımcılara, sosyodemografik veri formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) yaşam kalitesi ölçümü için (KF 36: Kısa Form36) uygulandı.

Psikotik bozukluk, demans olduğu belirlenen, son 6 ay içinde psikiyatrik hastalık ve psikotrop ilaç kullanım öyküsü olan hastalar ile testleri anlayacak düzeyde eğitimi olmayan, mental veya sosyal geriliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR: HAD Anksiyete (HAD-A) ve HAD Depresyon (HAD-D) ortalama puanları karşılaştırıldığında, diyabetli hastaların ortalama puanlarının kontrollerinkine göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu fark HAD-D için anlamlı iken HAD-A için anlamlı değildi. Hasta ve kontrol grubunda, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile yaşam kalitesi alt alanları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlendi. Cinsiyete göre HAD-A ve HAD-D ortalama puanları karşılaştırıldığında, her iki grupta da kadınların her iki alt ölçek ortalama puanlarının erkeklerin puanlarına göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Hastalarda, diyabet sürelerine göre HAD-A ve HAD-D ortalama puanları karşılaştırıldığında, diyabet süresi arttığında HAD-A ve HAD-D ortalama puanlarının arttığı, ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

SONUÇ: Bu çalışmada, diyabetin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve tip 2 diyabetli hastalarda çok sayıda ruhsal belirtinin klinik tabloya eşlik ettiği saptanmıştır. Çalışmamız, Tip 2 DM lu hastaların izlem ve tedavisinde klinikler arasında konsültasyonun, dolayısıyla multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diabetes mellitus, anksiyete ve depresyon, ruhsal belirtiler, multidisipliner yaklaşım

P-024

TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİDE HİPOALBUMİNEMİNİN NEDEN OLDUĞU PARAPNÖMONİK PLEVRAL EFÜZYON

Ahmet Yılmaz, Erol Şentürk, Serkan Akdağ, Hatice Yılmaz
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

OLGU

23 yaşında erkek hasta, halsizlik, bitkinlik, iştahsızlık ve ishal şikayetleriyle Acil Servise başvurdu. Hastanın anamnezinde 5 gündür kuru öksürük şikayeti olduğu öğrenildi. Son 3 gündür iştahsızlığı vardı ve oral alımı kısıtlıydı. Ateşi olmuyordu. Fizik muayenesinde uykuya meyilli, bilinci açık ancak halsizlikten dolayı kooperasyonu ve oryantasyonu tam değildi. Ateş 37.3 C, Nabız: 90/dk, Solunum sayısı: 14/dk, TA: 60/30mmHg ölçüldü. Solunum sistemi muayenesi normaldi. Akciğer grafisinde sol alt zonda infiltrasyon, hemogramında lökositoz (WBC: 12.000) izlenmesi üzerine toplum kökenli pnömoni tanısı ile servise yatırıldı. Ampisilin/Sulbactam 4g/gün ve Klaritromicin 1g/gün tedavisi verildi. Bol intravenöz hidrasyon yapıldı. Tedavinin 2. gününde hastanın halsizliği azaldı, kan basıncı 80/50mmHg ölçüldü. 4. günde oral alımı düzeldi, mobilize oldu. 6. günde çekilen kontrol filmde solda daha belirgin olmak üzere bilateral plevrallı efüzyon izlendi. Eş zamanlı bakılan serumda albumin düzeyi 2.4g/dl ölçüldü. Dahiliye konsültasyonu istendi ve hipoalbumineminin enfeksiyona bağlı olduğu bildirildi. Hastanın genel durumunun iyi olması üzerine yatışının 8. gününde externe edildi ve antibiyotik tedavisini 10 güne tamamlaması söylendi. Taburculuktan 2 hafta sonra kontrole gelen hastanın aktif yakınması yoktu ve kontrol akciğer grafisinde plevrallı efüzyon izlenmedi. Serum albumin düzeyi normal ölçüldü.

TARTIŞMA

Parapnömonik efüzyonların pnömoni tanılı hastaların 57'sinde görülebileceği bildirilmiştir. Bu efüzyonların çoğu enfekte değildir ve standart antibiyotik tedavileri ile geriler. Bununla birlikte küçük bir kısmı enfektedir ve bunlara daha sonra tür drenajı, torasik cerrahi gerekebilir (1). Bu nedenle parapnömonik efüzyonlar dikkate alınması gereken bir klinik tablodur. Transudatif efüzyonlar volüm yüklenmesi, düşük onkotik basınç ve atelektaziye bağlı olabilir (2). Olgumuzun biyokimyasında albumin düzeyi düşük saptandı. Nepal'de yapılan bir çalışmada parapnömonik efüzyonların en sık nedeninin tüberküloz olduğu saptanmıştır (3). Ülkemizde de tüberküloz plörezi, parapnömonik efüzyon etyolojisi içerisinde yer alsa da sözü geçen çalışmadaki kadar sık rastlanan bir durum değildir. Olgumuzun tüberküloz teması öyküsü yoktur. Ayrıca, sözü geçen çalışmada malignite ve tüberküloza bağlı efüzyonlar daha çok sağ tarafta izlenmiştir. Bilateral plevrallı efüzyonların ise %87'si kalp yetmezliği ve renal yetmezliği olan olgularda görülmüştür. Olgumuzun tedavinin 6. gününde çekilen akciğer grafisinde solda daha belirgin olmak üzere bilateral plevrallı efüzyon saptanmış, ancak kalp yetmezliği ve renal hastalık bulgusuna rastlanmamıştır. Bu durumun hipoalbuminemiye sekonder olduğu kabul edilmiştir.

Sonuç olarak, toplum kökenli pnömonilerin tedavi ve takibinde parapnömonik plevrallı efüzyonlar dikkate alınması gereken önemli klinik bir tablodur. Bununla birlikte bu tablonun, pnömoninin neden olduğu hipoalbuminemiye sekonder gelişebileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: toplum kökenli pnömoni, hipoalbuminemi, plevrallı efüzyon

P-025

SİVAS AKSU SANAYİ BÖLGESİ ÇALIŞANLARINDA ÜCRETSİZ SİGARA BIRAKTIRMA DESTEK PROGRAMI SONRASI SİGARA İÇME DURUMUNUN ARAŞTIRILMASI

Cem Yenicesu, Yeltekin Demirel

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD-Sivas

AMAÇ: Sivas Aksu sanayi bölgesi çalışanlarında ücretsiz ilaç desteği ile sigara bıraktırma programı sonrası sigara kullanım durumunun araştırılması

GEREÇ-YÖNTEM: Sivas Aksu sanayi bölgesinde 400 çalışanı araştırma evrenini oluşturmuş olup bunların tamamına isim yazmadan doldurulmak üzere anket formları dağıtılmıştır. Sanayi çalışanlarının 320'si (%80'i) formu yanıtlamıştır. SPSS 14 yazılım programı kullanılarak veri bilgisayara girilmiş, tablolatırılmış ve analiz edilmiştir. Önemlilik testi olarak, Kikare testi kullanılmıştır.

BULGULAR: 305 erkek çalışanın % 59,8'i sigara içmekte, % 22,6'sı bırakmış, %16,6'sı ise içmemiştir. Hayatının en az bir döneminde içmiş olanlar arasında bırakmış olanların oranı (quit ratio) % 33,2'dir. Onbeş kadın çalışandan sekizi sigara içmekte, yedisi içmemiştir. Sigara içenlerin % 71,4'ü geçen bir yıl içinde en az bir kez bırakmayı denediğini bildirmiştir. Sigara içenler arasında bırakma denemesi hazırlığı içinde olanların oranı % 77,3'dür. En çok içilen sigara markası Maltepe'dir. İkinci en çok içilen marka ise Winston'dur. Sigaraya başlama yaşı, sigara kullananların veya kullanmış olanların % 91'inde 20 yaş veya daha altındadır. Sigara kullananların % 75'i Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan ücretsiz ilaç destekli sigara bıraktırma tedavisine başvurduğu ve başvuruların %74,3 ünün sigarayı tamamen bıraktığı saptanmıştır. Bırakamayanların % 85 inin tedaviye istenilen aralıklarla düzenli gitmedikleri, ve bunların da % 82 sinin işyerinden izin alamama, işyerinden ayrılamama gibi nedenlerden dolayı kontrollere gidemedikleri saptanmıştır.

SONUÇ: Sivas Aksu sanayi bölgesinde çalışanların sigarayı bırakmasında, Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan ücretsiz sigara bıraktırma ilaç destek tedavisinin son derece faydalı olduğu, bu tedavi programının devam ettirilmesi, ve bu konuda eğitimli sağlık çalışanlarının arttırılarak sigara içicilerine yönelik belli aralıklarla düzenli eğitim, ve uygun endikasyonda ilaç desteği içerikli ziyaretlerinin olması halinde sigara bıraktırma başarısının çok daha artacağı anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: ilaç destek programı, sanayi bölgesi, sigara içicileri

P-026

EKSEN 1 TANILARI OLMADAN SADECE AİLESİNDE BİPOLAR BOZUKLUK OLAN TEKRARLAYAN KATATONİ VAKASI: OLGU SUNUMU

Tahsin Çelepkolu¹, Yasin Bez², Gamze Erten Bucaktepe¹, Mehmet Cemal Kaya², Zübeyir Can²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ:

Katatoni ilk olarak 1874'te Karl Kahlbaum tarafından tanımlanmıştır. Katatoni önceleri sadece şizofreni ile ilişkilendirilmiş olsa da, elimizdeki veriler katatoninin özellikle duygudurum bozuklukları başta olmak üzere diğer psikiyatrik durumlarda şizofreniden daha yaygın olduğunu göstermektedir. Endokrin bozukluklar, viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, elektrolit dengesizlikleri, epilepsi, ön beyin bölgelerinde kanama veya enfarktüs, travmatik beyin yaralanmaları gibi nörolojik durumlar ayrıca bazı ilaç ve maddelerin intoksikasyon ve çekilme durumları da katatoniye neden olabilir.

Burada sunduğumuz vakanın özelliği yukarıda bahsedilen ve ayrıca DSM IV' te bulunan Eksen 1 tanıları olan herhangi bir duygu durumu bozukluğu, majör depresyon, distimik bozukluk, bipolar bozukluk, herhangi bir anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, şizofreni ve diğer psikozlar, yeme bozuklukları, herhangi bir somatoform bozukluk, vücut dismorfik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu tanılarından herhangi birine uymayışı; ancak katatoni ile gelmiş olmasıdır.

OLGU:

21 yaşında, bayan, bekar, okula gitmemiş, ailesiyle birlikte köyde yaşıyor. Yeme içme reddi, konuşmama, kendi ihtiyaçlarını karşılayamama yakınmaları üzerine yakınları tarafından polikliniğimize getirildi. Hikayesinde yaklaşık olarak 2 yıl önce aynı yakınmalarla başka merkezde bir aylık arayla 2 kez yatırılmış olduğu, 7 ve 9 kez EKT (Elektro Konvulziv Terapi) yapılarak düzeldiği öğrenildi. Aile hikayesinde babasının ve iki kız kardeşinin bipolar affektif bozukluğu olduğu öğrenildi.

Yapılan fizik muayenesinde anormal bir bulgu saptanmadı. Nörolojik muayenesinde; bilinci açık, koopere, kas gücü tam, yürüyüşü ve refleksleri normaldi. Vital takipleri normaldi. Ruhsal durum muayenesinde; yaşında gösteren, temiz, düzenli, negativist görünümdeydi. Psikomotor aktivitesi azalmıştı. Spontan konuşma yoktu. Sözel uyaranlara yanıt vermiyordu. Duygulanımı künttü. Bilinci açıktı. Düşünce içeriği değerlendirilemiyordu. Hastanın konversiyon, katatoni ön tanılarıyla psikiyatri kliniğimize yatışı yapıldı.

Labaratuvar incelenmesinde; glukoz, AST, ALT, üre, kreatinin ve elektrolitleri normal sınırlardaydı. Hb, TSH, freeT3, freeT4, folat ve B12 vitamin değerleri normal sınırlardaydı. Kranial MR incelemede herhangi bir patoloji görülmedi.

Hastaya oral antipsikotik başlandı. Aldığı ilaçları tolere edemediği ve şiddetli extrapiramidal yan etkilere sebep olduğu görüldü. Oral ilaç alımı kesildi. Hasta EKT seanslarına alındı. Hastanın 10.EKT seansından sonra konuşmaya başladığı görüldü ve EKT'ye devam edildi. Yapılan görüşmelerde ve klinik gözlemlerde rahatsızlığına neden olabilecek psikotik veya nevrotik bir tabloya rastlanılmadı. Katatoni oluşturulabilecek hiçbir Eksen 1 tanıları yoktu.

SONUÇ:

Vakamızda olduğu gibi, katatoni bulguları ile başvuran, psikiyatrik, nörolojik, ilaç intoksikasyonu, enfektif durumlar ve metabolik bir bozukluğu olmayan hastalarda duygu durum bozukluğunun iyice araştırılması ve bu da yoksa idiopatik katatoni düşünülüp EKT

tedavisi için psikiyatri kliniğine mutlaka yönlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Katatoni, Eksen 1 Tanıları, EKT (Elektro Konvulziv Terapi)

P-028

GEBELİKTEKİ BULANTI-KUSMA İLE DEMOGRAFİK FAKTÖRLER ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yalçın Erdoğan¹, Mustafa Kara², Emel Kıyak Çağlayan², Seyhan Karaçavuş³

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Yozgat

³Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, Yozgat

AMAÇ: Bulantı-kusma sıklıkla tüm gebeliklerin %50-90'ında görülür. Bu çalışma gebelikteki bulantı-kusma ile demografik faktörler arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Hastanemize Nisan 2011-Ekim 2011 tarihleri arasında başvuran toplam 300 gebe 21 soru içeren bir anket formu kullanılarak değerlendirildi. Yüz yüze görüşme metodu uygulanarak kadınlar gebelik parametreleri ile bulantı-kusma arasındaki ilişki hakkında sorgulandı.

BULGULAR: Bulantı-kusma ile yorgunluk, önceki gebelikte bulantı-kusma, kıymetli gebelik, evlilik süresi, beslenme sorunu ve yeme alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p<0.05$).

SONUÇ: Gebelikteki bulantı-kusma ciddi bir sosyal problemdir. Sonuç olarak, bizim bulgularımız gebelikteki bulantı-kusma prevalansının yorgunluk, önceki gebelikte bulantı-kusma olması, kıymetli gebelik, ve özellikle beslenme sorunları ile birliktelik halinde artıyor gibi görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, bulantı-kusma, gebelik, prevalans

P-029

GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA SIK GÖRÜLEN DERMATOLOJİK HASTALIKLAR

Ayşe Öztürk¹, Funda Gökgöz Durmaz¹, Fatma Gökşin Cihan¹, Cahit Yavuz², Caner Kutlugün²

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü, Konya

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Bölümü, Konya

AMAÇ: Bu çalışmada 65 yaş ve üzeri hastalarda sık karşılaşılan dermatolojik hastalıkları tanımlamak, bu konuda aile hekimlerinin dikkatini çekmek amacıyla, bir üçüncü basamak sağlık kuruluşunun dermatoloji polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri hastaların tanılarını araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamız bir eğitim ve araştırma hastanesindeki 8 dermatoloji polikliniğine 2011 yılı boyunca başvuran geriatric yaş grubundaki hastaların demografik özellikleri ve tanılarının retrospektif olarak incelendiği tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırmadır.

BULGULAR: 2011 yılı boyunca hastanemizin dermatoloji polikliniklerinde muayene edilen 65 yaş ve üzeri (ortalama yaş 75,18) hasta sayısı toplam 3868' dir. Hastaların %47,6'sı (n=1842) erkek, %52.4'ü (n=2026) kadındır. Başvuran hastaların hiçbiri hospitalize edilmemiştir.

Hastalar yaş gruplarına göre yaşlı (65-74), ileri yaşlı (75-84), çok ileri yaşlı (85 ve üzeri) olarak sınıflandırılmıştır. Yaşlı grup %66,6 (n=2575), ileri yaşlı grup %29,7 (n=1150), çok ileri yaşlı grup ise %3.7'lik (n=143) oranı oluşturmaktadır. Konulan tanılar sıklık sırasına göre incelendiğinde sırasıyla dermatit (%15), pruritus (%14.1), aktinik keratoz (%11.7), kserosis kutis (%11.4), tinea enfeksiyonları (%8.6), liken simplex kronikus ve prurigo (%3.8), herpes virus enfeksiyonları (%3.2), ürtiker (%3.1), boynuzlaşma nasırlaşma (%2.5) ve viral siğiller (%1.7) şeklinde görülmektedir. Cinsiyetlerine göre baktığımız zaman erkeklerde dermatit (%17.4), pruritus (%14.1) ve kserosis (%12) ilk üç sırayı oluşturmaktadır. Kadınlarda ise pruritus (%14.1), aktinik keratoz (%13.2), dermatit (%12.8) en sık görülen tanılardır. Yaşlılık evreleri ile konulan tanılar arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

TARTIŞMA: Ülkemizde yaşlı nüfusun giderek artması ile yaşlanmaya bağlı deri değişiklikleri ve hastalıkları artmıştır. Tüm yaş gruplarına konulan tanılar karşılaştırıldığında geriatric yaş grubunda aktinik keratoz gibi asemptomatik olabilen bir premalign hastalığın sıklığının arttığı dikkati çekmektedir. Literatüre baktığımızda yapılan uluslararası çalışmalarda %24.7 ekzematöz dermatitler, %13.5 malign deri tümörleri, % 13.1 bacak ülserleri olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda malign deri tümörleri %0.3, benign deri tümörleri %0.7 olarak bulunmuştur. Toplumumuzda bu yaş grubundaki hastaların hastaneye ulaşımının zor olması, giyim şekillerinin UV maruziyetini azaltacak nitelikte olması ve hastanemizin yataklı dermatoloji servisinin bulunmaması bu farklılığı açıklayabilir. En sık karşılaşılan tanılara baktığımız zaman dikkatli bir fizik muayene ile çoğunun tanısının konulabiliyor olması ve bazı önemli hastalıkların asemptomatik seyrediyor olması aile sağlığı merkezine kayıtlı olan geriatric nüfusa belirli aralıklarla rutin bir dermatolojik muayene yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, dermatoloji, geriatric nüfus

P-030

AİLE HEKİMLERİ GÖZÜYLE ELEKTROKARDİYOĞRAFI

Mustafa Kürşat Şahin, Gülay Şahin, Mustafa Fevzi Dikici, Füsün Ayşin Artıran İğde, Füsün Yarış

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Bu çalışmada farklı üniversitelerden farklı yıllarda mezun olmuş hekimlerin, elektrokardiyografi (EKG) hakkındaki bilgilerinin, EKG değerlendirirken yaşadıkları problemlerin ve bu konudaki eğitim gereksiniminin ortaya konulması hedeflendi.

YÖNTEM: KAHEKON 2011'e katılan aile hekimlerine sosyodemografik bilgilerini de içeren bir anket uygulandı. Anketle birlikte hekimlere atrial fibrilasyon, ventriküler fibrilasyon, birinci derece atrioventriküler blok, normal sinüs ritmi ve sinüs bradikardisini içeren çoktan seçmeli beş adet tek derivasyonlu EKG örneği ve inferior miyokard enfarktüsü, normal sinüs ritmi, anterior miyokard enfarktüsü, sol dal bloğunu içeren eşleştirmeli dört adet on iki derivasyonlu EKG örneği verildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 76 aile hekiminin ortalama yaşı $36,18 \pm 8,67$ olup, %31,6(24)'ü kadın, %68,4 (52)'ü erkekti. Hekimlerin ortalama hekimlik yaptıkları süre $12,02 \pm 8,51$ yıl idi. Hekimlerin %63,2 (48)'si Aile Sağlığı Merkezinde (ASM), %36,8 (28)'i çeşitli hastanelerde aile hekimi olarak çalışmaktaydı. Hekimlerin %88,2(67)'si EKG eğitimi almıştı. Eğitim alan hekimlerin %89,6(60)'ı eğitimi mezuniyet öncesinde almıştı. Mezuniyet öncesi EKG eğitimi alan hekimlerin yarısı mezuniyet sonrası da EKG eğitimi alma gereksinimi duymuşlardı. Mezuniyet öncesi eğitim almayanların %43,8(7)'si mezuniyet sonrasında eğitim almıştı. Mezuniyet öncesi eğitim alanların %56,7 (34)'ü, mezuniyet sonrası eğitim alanların %51,4 (19)'ü eğitimin yeterli olmadığını düşünüyordu. EKG değerlendirirken problem yaşadığını belirten hekimlerin %34,2(26)'si EKG değerlendirmeyi unuttuğunu, %18,4(14)'ü meslek hayatında kullanmadığını, %35,5(27)'i yeterli öğretilmediğini, %34,2(26)'si iyi yapılandırılmış bir eğitimin olmadığını, %48,7(37)'si tanı atlamaktan kaygılandığını belirtti. Katılımcıların %85,5(65)'inin kurumunda EKG cihazı bulunmakta olup, bunların da %70,8(46)'i EKG'yi kullanmaktaydı. ASM'lerde ise EKG çekilme oranı %52,1 idi. Tek derivasyonlu EKG örneklerinden, hekimlerin %77,6'sı atriyal fibrilasyonu,%90,8'i ventriküler fibrilasyonu,%90,8'i sinüs bradikardisini,%85,5'i birinci derece atrioventriküler bloğunu,%93,4'ü normal sinüs ritmini doğru olarak işaretledi. On iki derivasyonlu EKG örneklerinden normal EKG'yi hekimlerin %98,7'si, inferior miyokard enfarktüsünü %82,9'u, anterior miyokard enfarktüsünü %65,8'i ve sol dal bloğunu %64,5'i doğru olarak eşleştirdi. ASM'de çalışan hekimlerin doğru cevabı işaretleme oranları, tüm hekimlerin doğru cevabı işaretleme oranlarına yakın olmakla birlikte biraz daha düşüktü.

SONUÇ: Hekimlerin çoğu mezuniyet öncesinde veya mezuniyet sonrasında EKG eğitimi almaktadır. Ama birçoğu bu eğitimlerin yeterli olmadığını ve EKG değerlendirirken de tanı atlamaktan kaygı duyduğunu belirtmektedir. Temel EKG bilgilerinin öğretildiği iyi yapılandırılmış eğitimlere ihtiyaç olduğu görülmektedir. Özellikle ASM'lerde EKG'ye daha fazla önem verilmelidir ve sürekli mesleksi gelişim eğitimleriyle bu konudaki eksiklikler giderilmelidir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, eğitim, elektrokardiyografi

P-031

AKUT KORONER SENDROMDA ÖTİROİD HASTA SENDROM SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Adife Çetintürk Üstündağ¹, Hüseyin Can², Bahar Emen³

¹Bölge Devlet Hastanesi, Dahiliye Bölümü, Batman

²11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, Batman

³Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Bölümü, Şanlıurfa

AMAÇ: Birçok hastalık seyrinde ve akut stres durumlarında ortaya çıkan Ötiroid Hasta Sendromunun (ÖHS), hastanemize başvuran Akut Koroner Sendrom (AKS) tanısıyla Koroner Yoğun Bakım Ünitesinde izlenen hastalardaki sıklığını ve özelliklerini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2009-Haziran 2009 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesine AKS tanısıyla yatırılarak takip ve tedavi edilen 41'i (%58,6) erkek, 29'u (%41,4) kadın 70 hasta alındı. Tüm hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışma sonunda diğer sistemik hastalıklarda görülme oranı yaklaşık %40 olan ÖHS sıklığı AKS tanılı hastalarda %41,4 oranında bulundu. Kararsız angina pectoris (USAP) tanılı hastaların %25,7'inde, ST yükselmeli akut miyokard infarktüsü (STEMİ) tanılı hastaların %11,4'ünde ve ST yükselmesi olmayan akut miyokard infarktüsü (NSTEMİ) tanılı hastaların %4,3'ünde ÖHS saptandı. ÖHS'nin baskın formu olan düşük T3 sendromu %27,1 oranında tespit edildi. Düşük T3-T4 sendromu %7,1 oranında, yüksek T4 sendromu %4,3 oranında ve düşük TSH,T3,T4 sendromu %2,9 oranında bulundu.

SONUÇ: AKS tanılı hastaların tiroid hormon düzeyleri metabolik olarak bulgu vermemekle beraber düşmekte ve sık olarak referans düzeylerinin altına inebilmektedir. Bu durum ÖHS olarak tanımlanan ve başka hastalıkların seyri esnasında da sıkça rastlanan bir durumdur. Bu klinik antite geçici bir durum olmakla beraber çok önemsenmeyecek bulgu değildir. Akut miyokard infarktüsünde referans düzeylerinin altına inmiş FT3 düzeyleri kötü prognozla ilişkilendirilmiştir, bu nedenle ÖHS'nin değişik tipleri tanınmalı ve klinisyenin dikkatini çekmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, Ötiroid hasta sendromu

P-032

AKTİF TÜBERKÜLOZ HASTALARINDA ANKSİYETE VE DEPRESYON BİRLİKTELİĞİ

Hüseyin Can¹, Sercan Bulut Çelik¹, Tahsin Çelepkoğlu², Mete Önde³, Evin Aras Kılıncı⁴, Murat Altuntaş⁵

¹11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, Batman

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

³1 No'lu Toplum Sağlığı Merkezi, Halk Sağlığı, Batman

⁴İl Sağlık Müdürlüğü, Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi, Batman

⁵Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

AMAÇ: Batman Merkez Verem Savaşı Dispanseri'ne başvuran aktif tüberküloz olgularında depresyon ve anksiyete sıklığını saptamak.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya sadece aktif akciğer tüberkülozu olguları dahil edilmiş olup, akciğer dışı tüberküloz vakaları ve nüks vakalar dahil edilmemiştir. Olguların sosyodemografik özelliklerini saptamak için hazırlanmış bir anket ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ), hastaların dispansere başvuruları sırasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılmayı kabul eden 48 kişinin yaş ortalaması 29.73±15.68 (12-76) olup, %52.1'i erkekti. Araştırmaya katılanların %20.8'inde anksiyete, %50.0'sinde depresyon saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %72.9'unda hastalık süresi 2 aydan daha uzun, %14.5'inde 1-2 ay, %12.5'inde bir aydan daha kısaydı. Depresyon erkeklerde %48.0, kadınlarda %52.2; anksiyete erkeklerde %16.0, kadınlarda %26.1 sıklıkta saptanmıştır (sırası ile p=0.773 ve p=0.487). Evli olanlarda depresyon %65.2 sıklıkta görülürken, evli olmayan grupta %36.0 sıklığında tespit edilmiştir (p=0.043). Anksiyete evlilerde %30.4, evli olmayanlarda %12.0 oranında görülmüştür (p=0.162). Tüberküloz dışı kronik hastalığı olanların %90'ında, olmayanların %39.5'inde depresyon görülmektedir (p=0.004). Anksiyete ise kronik hastalığı olan grupta %40.0, olmayan grupta %15.8 sıklıktadır (p=0.183).

SONUÇ: Akciğer tüberkülozlu hastalarında görülen anksiyete ve depresyon düzeyini düşürmek amacıyla, hastalara hastalıklarını tanımaları, kabul etmeleri ve tedaviyi sonuna kadar sürdürmeleri konusunda tedavi sırasında ve tedavi sonrasında alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri tarafından bakım ve tedavilerinin yapılmasının, hasta ve ailesine gerekli bilgi ve destek verilmesinin, yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin bilinmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz. Verem savaşı dispanserlerinde tüberküloz nedeniyle takip edilen hastaların büyük çoğunluğunun kronik hasta olmalarına bağlı olarak, bu hastalarda depresyon ve anksiyete bozukluğunun gelişebileceğinin göz önünde bulundurulmasının gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, anksiyete, depresyon

P-033

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE SINAV DEVAMSIZLIĞI NEDENİYLE ALINAN İSTİRAHAT RAPORLARI

Mustafa Mümtaz Mazıcıoğlu, Elif Deniz Şafak, Hasan Basri Üstünbaş
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

AMAÇ: Özür lülük görsel, işitsel, bilişsel, eylemsel, gezip dolanma, kendine bakım ya da bağımsız yaşama durumundaki kayıp ya da zorluk olarak tanımlanmaktadır. Herhangi bir nedenle üstlenilemeyen sorumluluktan kurtulmak için talep edilen istirahat raporları doktorları özellikle aile hekimlerini zor durumda bırakmaktadır. Bu durumun irdelenmesi için yüksek öğrenim öğrencilerince bir sınav döneminde alınan istirahat raporları incelenmesi planlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma kapsamında 2012 öğretim dönemi ilk yarıyılı ara sınav döneminde bir üniversite'nin 14 fakültesi ve 10 meslek yüksek okulu öğrencilerinin aldığı istirahat raporları okudukları okullara ve okulların özelliklerine göre tabakalandırılarak incelenmiştir.

BULGULAR: Toplam 395 kadın (%36.5) ve 688 erkekten (%63.5) üçte biri son sınıf (54.3%) si ise ilk iki yılı öğrencileriydi. Alınan 1083 raporun 616'sı (%56.9) aile hekimi uzmanları, 167'si (%15.4) genel pratisyen aile hekimleri, 81'i (%7.5) KBB uzmanları, 59'u (%5.4) iç hastalıkları uzmanları ve 17'si (%1.6) diğ hekimleri tarafından düzenlenmişti. Önde gelen tanı seçeneği 640'ında (60.1%) üst solunum yolu enfeksiyonuydu.

Süreleri dikkate alındığında 1003'lü (%92.7) 1-3 gün istirahat önermekteydi. Tüm raporların 779'u (%71.9) fakülte, 304'ü (%28.1) meslek yüksek okulu öğrencileri tarafından alınmıştı. Tüm raporların 363'ü (46.6%) mühendislik, 202'si (25.9%) fen fakültesi, 148'i (48.7%) beden eğitimi, 60'ı (19.7) teknik eğitim veren meslek yüksek okulunda okuyan öğrencilerin aldığı raporlardı.

SONUÇ: Sınav döneminde yoğun istirahat raporu alınması ve bu dönem bittiğinde hemen hiç istirahat raporu getirilmemesi, alınan raporların hemen tamamının bir gün ile üç gün arasında olması bunların gerçek rahatsızlıklar sonucu verilmediği kanısını uyandırmaktadır. Bu nedenle çalışmamız öğrenciler, yakınları idareciler ve eğitimciler açısından zaman kaybına yol açan gerilimli bir sürecin detaylarını koymasından önemlidir. Önerimiz sınav yönetmeliklerinin her ne sebeple olursa olsun sınava girilmediğinde öğrencin başarısız sayılacağı şeklinde değiştirilebilirse bu gerilimli ve zaman kaybına yol açan sürecin ortadan kaldırılabilceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: İstirahat raporları, üniversite öğrencileri, sınav

P-034

GEBELİKTE SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİLütfullah Çakır¹, Hüseyin Can², Şahika Altaş Çakır³, Mete Önde⁴¹Yenimahalle Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, Ordu²11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, Batman³Akyazı Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, Ordu⁴1 No'lu Toplum Sağlığı Merkezi, Halk Sağlığı, Batman

AMAÇ: Aile Hekimliği ve Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran gebelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve bunların depresyon, anksiyete ile ilişkisini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma, Nisan-Temmuz 2011 tarihleri arasında 4 aylık sürede gerçekleştirilmiştir. Toplam 173 gebe, yaş gözetilmeksizin çalışmaya dahil edilmiştir. Gebelerin 92'sine Ordu Yenimahalle Aile Sağlığı Merkezine (ASM), 81'ine Ordu Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuruları sırasında anketler uygulanmıştır. Hastalarla yüz yüze görüşülerek öncelikle çalışma anlatılmış ve sözlü onamları alınmıştır, kabul eden gebelere, gebe değerlendirme anketi ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ) uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 173 gebenin yaş ortalaması 28.18±6.32 (17-45) olarak saptanmıştır. Gebelerin %52.6'sının evliliklerinin ilk 5 yılında olduğu, %48'inin normal spontan vajinal doğum istediği, %78'inin isteyerek ve planlayarak gebe kaldığı, %76.3'ünün ev hanımı olduğu, %87.3'ünün Aile Hekimine, %85'inin Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanına düzenli olarak kontrole gittiği saptanmıştır. Araştırmaya katılanların %34.1'inde anksiyete, %32.4'ünde depresyon saptanmıştır. Evlilik süresi 1-5 yıl arasında olan gebelerin %22.0'ında, 5 yıldan çok olan gebelerin %43.9'unda depresyon saptanmıştır (p=0.002). Anksiyete düzeylerine bakıldığında; evliliğinin 1-5. yılında olan gebelerin %38.5'inde, evlilik süresi 5 yıldan fazla olanların %29.3'ünde anksiyete saptanmıştır (p=0.203). İsteyerek ve planlayarak gebe kalanların %26.7'sinde depresyon, %34.1'inde anksiyete saptanmış olup gebeliği plansız ve istem dışı gelişen katılımcıların %52.6'sında depresyon, %34.2'sinde anksiyete saptanmıştır (sırası ile depresyon ve anksiyete için p=0.003; p=0.987).

SONUÇ: Gebelik; vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde değişiklik yapan bir durumdur. Bu durum gebelerin biyolojik durumunu etkilediği gibi psikolojik ve sosyal durumunu da etkilemektedir. Çalışmamızda saptanan anksiyete ve depresyon düzeyleri literatür ile uyumlu bulunmuştur. Gebelikleri boyunca gebelerin Aile Hekimlerine gerekli takipleri yapılmalı, takipleri sırasında psikolojik yönden sorgulanmalı ve destek olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, anksiyete, depresyon

P-035

KANSER HASTALARININ BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIMI İLE İLGİLİ YETERLİ DANIŞMANLIK HİZMETİ VEREBİLİYOR MUYUZ?

Fulya Yarar, Füsun Yarış

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Kanser tanısından sonra birçok hasta beslenme düzeni ve bitkisel ürün kullanımı hakkında bilgi almak istemektedir. Bu çalışmada son dönemlerde artan bitkisel ürün kullanımı ve kanser hastalarının beslenme özellikleri ile ilgili olarak aile hekimlerinin bilgi düzeyini, yaklaşımlarını ve deneyimlerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırma Eylül 2010 – Mart 2012 tarihleri arasında olan ulusal kongrelerde bulunan ve aile sağlığı merkezlerinde ulaşılabilen 152 pratisyen ve uzman aile hekimi katılmış olup kanser hastalarında beslenme ve bitkisel ürün kullanımı ile ilgili yaklaşımlarını değerlendiren bir anket uygulanmıştır. Veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 152 hekimden 58'i (% 38,2) kadın, 94'ü (% 61,8) erkek olup, yaş ortalaması $41,76 \pm 0,58$ bulunmuştur. Katılımcıların 89'u (% 58,9) aile hekimi, 49'u (% 32,5) aile hekimliği uzmanı, 8'i (% 5,3) aile hekimliği asistanı, 5'i (% 3,3) aile hekimi olarak çalışan sistem uzmanı idi. 101 hekimin (% 66,4) hastası bitkisel ürünlerle ilgili bilgi almak istemiştir. En sık danışılan bitki türlerinin ısırgan (% 53,0), sarımsak (% 6,1), zakkum (% 4,5) ve keten tohumu (% 4,5) olduğu görülmüştür. 'Hastalarınıza beslenme ile ilgili öneride bulunuyor musunuz?' sorusuna yanıt veren 109 (% 71,7) kişiden 74'ü (% 67,9) öneride bulunurken, 35'inin (% 32,1) önerileri olmadığı anlaşılmıştır. Katılımcılardan 46'sı (% 30,3) hastanın bitkisel ürün kullanımını sorgularken, 88'inin (% 57,9) bitkisel ürün kullandığını hasta sorunca öğrendiği belirlenmiştir. Hekimlere hastalarının bitkisel ürünleri nereden öğrendiği sorulmuş olup 75'i (% 49,3) diğer hastalardan, 30'u (% 19,7) televizyondan öğrendiklerini belirtmiştir. Hekimlerin 34'ü (% 22,4) bitkisel ürün kullanımına bağlı yan etkiye rastlamış olup en sık yan etki karaciğer enzim yüksekliği (% 30,0) olarak tespit edilmiştir. Hekimlerin 129'u (% 84,9) hastalarına bitkisel ürünlerle ilgili yeterli danışmanlık hizmeti veremezken, bu hekimlerin 114'ünün (% 75,0) eğitim vermek istediği saptanmıştır. Hekimlerin sadece 14'ü (% 9,2) danışmanlık konusunda yeterli olduğu cevabını vermiştir. Katılımcıların 135'i (% 88,8) bitkisel ürünler hakkında eğitimin gerekli olduğunu düşünmekteydi.

SONUÇ: Hastaların bitkisel ürün kullanımıyla ilgili bilgi almak istedikleri, ancak aile hekimlerinin danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadığı, hekimlerin çoğunluğunun hastalarında bitkisel ürün kullanımını sorgulamadığı anlaşılmıştır. Aile hekimleri sık kullanılan bitkisel ürünler konusunda kanıta dayalı tıp uygulayarak olası etkiler, yan etkiler, ilaç etkileşimleri konusunda hastalarını bilgilendirmelidir. Ön çalışma niteliğindeki çalışmamız sonucunda bu konuda eğitim planlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, herbal tıp, kanser

P-036

MEMEDE KİTLEYE YAKLAŞIM: BİR OLGU SUNUMU

Nur Gündoğan Güneş, Yılmaz Sezgin, Nilgün Özçakar
Dokuz Eylül Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

Dünya’da ve Türkiye’de kadınlarda en sık meme kanseri görülmekte ve erken yaşlardaki görülme sıklığı artmaktadır. Memede kitle ile gelen 40 yaş üzeri kadınlar aksi ispat edilinceye kadar meme kanseri olarak kabul edilmelidir. Bu nedenle risk faktörleri ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Memede kitle yakınmasıyla gelen 40 yaş üstü hastalar için üçlü test (fizik muayene, mamografi, İİAB) önerilmektedir. Söz konusu hastalara yaklaşımda izlenecek yolun hala net olmaması nedeniyle hastalığın erken tanı ve takibinde hekimlere büyük görev düşmektedir.

Amacımız birinci basamakta oldukça sık karşılaşılabilen “birinci basamakta memede kitleye yaklaşım” konusuna bir olguyla dikkat çekmektir.

34 yaşında bekar bayan hasta Nisan 2011’de polikliniğimize tetkik istemiyle başvurdu. Bir hafta önce adetinin üçüncü günü sol meme üst dış kadranda eline gelen dokunmakla ağrılı kitle nedeniyle başvurduğu merkezde; meme ultrasonunda 6x9mm çapında solid oluşum saptanması üzerine antibiyotik ve NSAİ başlanmış. Dış merkezde yapılan tek meme MMG’sinde benign bulgular saptanmış. Hastanın bilinen bir hastalık ve risk faktörü yok. Genel durumu iyi, kan basıncı 110/70 mmHg, VKİ:20 olan hastanın boyun, supraklaviküler ve aksiller bölgesinde LAP saptanmadı. Her iki meme simetrik, meme başları olağan, akıntı yok, sol meme üst dış kadranda yüzeysel, yaklaşık 1X1cm çapında, dokunmakla hassas, silgi kıvamında ve çevreye fikse olmayan kitle saptandı.

Hemogram, sedimentasyon, CRP, TFT, CEA normal sınırlardaydı. Hastada; genç, aile öyküsünün negatif, kitlenin mobil ve hassas olması gibi benign özellikler nedeniyle fibroadenom ve fibrokistik değişiklikler düşünüldü. Mayıs 2011’de yapılan meme ultrasonunda sol meme ÜDK’da aksilla meme bileşkesinde yaklaşık 12x13 mm boyutlarında sınırları net olarak seçilemeyen heterojen alan (BRADS-0) saptanması ve meme MRG bulgularının BRADS-1 ile uyumlu olması nedeniyle olgunun USG ile izleminin uygun olacağı raporlanmıştı. Hastaya USG eşliğinde İİAB önerildi. İİAB patoloji sonucu fibroadenom olarak raporlandı. Hastaya takip önerildi.

Takibinde kitlede büyüme fark eden hastaya; Kasım 2011’de yapılan USG ve meme MRG’sinde BRADS-4 lezyon saptanması üzerine Aralık 2012’de tru-cut biopsi yapıldı. Karsinom şüphesi saptanan hasta Ocak 2012’de MKC, sol aksiller lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Patoloji sonucu lobuler kanser olarak geldi. Evre-2A olarak evrelemesi yapılan hastaya KT ve RT planlandı.

Bu olgudan hareketle meme yakınmalı hastaların erken tanı ve takibinde birinci basamak hekimine büyük rol düştüğünü ve ilgili merkeze sevk halinde bile biyopsikososyal bir yaklaşımla hastayı sahiplenmek gerektiğinin önemli olduğunu görmekteyiz. Yaşı 40 yaş altında olsa bile kliniği ve patolojisi benign olan hastaları, her zaman malignite olasılığını akılda tutarak literatürde önerilen takip süresini beklemeden daha kısa süreli aralıklarla izlemek; meme kanseri gibi ciddi bir problemin erken tanısı ile ilgili mortalite ve morbiditenin azaltılmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: meme, kitle, izlem

P-037

TIP EĞİTİMİNDE YAŞLI NÜFUS İLE İLK TEMAS; PAÜ AİLE HEKİMLİĞİ ALAN ÇALIŞMALARI

Sultan Aslan, Ayten Taş, Eylem Önem, Kenan Topal, Aysun Özşahin, Tamer Edirne
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Denizli

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı tıp öğrencilerinin Türkiye'nin yaşlı sağlığı sorunlarını bilen ve birinci basamakta bu sorunların üstesinden gelebilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış olmalarına katkı sağlamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

PAÜ tıp eğitimi programı içinde yer alan "Alan Çalışmaları" uygulamaları 2012 yılında Aile Hekimliği AD tarafından yürütülmektedir. Dönem 2 öğrencileri ile huzurevi ziyareti olarak uygulanan programda değişikliğe gidilerek öğrencilerin huzurevi sakinlerine modifiye bir Mini Mental Test (MMT) uygulamaları planlanmıştır.

BULGULAR

İki yarım günlük uygulamaya 42 (146/42, %28,8) öğrenci katıldı. Öğrencilere önce 20 dakikalık bir sunum verildi. Ardından her öğrenciye bir huzurevi sakini ile görüşme ayarlandı. Görüşmeler yaşlıların özel odalarında, yalnız ve yüz yüze yapıldı. Yaş ortalaması 76,6 ±8,3 yıl, huzurevinde yaşama süre ortalaması 4,5 ±3,9 yıl, hastalık ortalama sayısı 2,2 ±1,5, günde kullandıkları ortalama ilaç sayısı 4,2 ±3,7 olarak saptandı. Modifiye mini mental testte yaşlıların %16,7'si orta ve % 33,3'ü hafif derecede demans bulguları gösterirken, %50,0'si normal olarak değerlendirildi.

Görüşme sonunda öğrencilerden geri bildirim alındı ve şu konular saptandı: Yaşlılarda 1. psikolojik sorunlar ön planda, 2. hasta-hekim görüşmesi çok farklı, 3. yaşlılar ile hasta görüşmesi ile ilgili ders/uygulama olmalı.

TARTIŞMA

Yaşlılıkta demans ve depresyon sık olarak birlikte görülmektedir (1) ve özellikle huzurevlerinde kalanlarda depresyon riski yüksektir. Tıp öğrencileri bu gerçeği şu şekilde tecrübe etmişlerdir: "Benim görüştüğüm teyzenin morali bozdu. O yüzden bildiği halde ya sustu, ya da yanlış cevaplar verdi. Hasta psikolojisinin bu kadar önemli olduğunu bilmiyordum." Bu ifadede biyopsikososyal yaklaşımın hasta değerlendirmesinde ne kadar önemli olduğu ve tıp eğitiminde bu konuya yer verilmesi gerektiği görülmektedir. Tıp öğrencilerine bu konuda yeterli sayıda uygulama yapma imkanı verilmeli, buna ek olarak ta teorik derslerle destek verilmelidir.

Tıp öğrencileri hastanelerde seçilmiş bir grup hasta ile eğitim almakta ve birinci basamakta sık görülen ve çok farklı olan hasta tipleri ve sağlık davranışları ile karşılaşmamaktadır: "Cebinden bir sürü hap çıkardı, adlarını ve ne işe yaradıklarını bilmiyordu. Doktor yazmış, o da kullanıyormuş. Çok şaşırdım." Hastane dışında yapılan görüşmeler ile tıp öğrencisinin kendine özgü önemi olan ve hastane ortamında görülmeyen problemleri çözme yeteneği geliştirilebilir.

Mezuniyet öncesi tıp eğitimine aile hekimliği akademisinin katkıları yadsınamaz. Tıp öğrencileri birinci basamakta hastaların çoğunun ve çoğunlukla nasıl sağlık hizmeti aldıklarını görmeleri gerekir. Üçüncü basamak hastaları ile sınırlı bir tıp eğitiminden elde edilen tecrübeler haliyle sınırlı kalacak ve birinci basamakta görülen geniş sağlık hizmetleri

yelpazesini yansıtmayacaktır.

Kaynaklar

1. Daly MP, Taler GA: Care of the elderly. In: Rakel ER (Ed): Textbook of Family Practice 5th Edition. W.B.Saunders 1995, PP: 78-129.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı sağlığı, aile hekimliği, eğitim

P-039

KAN BASINCI TAKİBİNDE EVDE KAN BASINCI İZLEM ÇİZELGELERİNİN KULLANIMI

Ferhat Ekinci, Bilge Tuncel, Seda Arslan, Saliha Serap Çifçili, Arzu Uzuner
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Evde kan basıncı ölçümlerinin takip kartı ile izlemi maliyet etkin, hastane-hekim etkisinden uzak bir yöntem olduğundan pratikte sık başvurulan bir izlem yöntemidir. Ülkemizde takip çizelgelerinin kullanımı ile ilgili yapılmış fazla çalışma bulunmamaktadır.

AMAÇ: Hipertansiyon hastalarının takibinde evde kan basıncı takip çizelgelerinin klinik pratikte kullanımının değerlendirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM: Haziran-Eylül 2011 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 262 hipertansiyon hastası çalışmaya alındı. Hastaların kişisel özellikleri, hipertansiyon ve kan basıncı ölçümleri ile ilişkili soruların yer aldığı bir anket formu dolduruldu; hastaların kan basınçları(KB) her iki koldan Avrupa Kardiyoloji Birliği (ESC) hipertansiyon kılavuzuna göre ölçüldü. Her hastaya KB ölçüm tekniği anlatılarak takip çizelgesi verildi; yedi gün boyunca her gün bir kez ölçüm yapmaları istendi; hastalar 7-10 gün sonra kontrole çağrıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen hastaların 55' i erkek 207' si kadındı. Hastaların ortalama yaşı 56±11 yıl olup, %55'i 40-59 yaş aralığındaydı. Ortalama Vücut kitle indeksleri(VKİ) değeri 32±6 idi. Hipertansiyon tanısı alma yaşı 48±12 yıl, ortalama 8±6 yıldır hipertansiyon hastalığı mevcuttu. Toplam 165(%63,7) kişide evde kan basıncı ölçüm cihazı vardı. Hastaların günlük alması gereken antihipertansif ilaçlar dahil toplam ilaç sayısı ortalama 4±3 tabletti. Hastaların ilk muayenede ölçülen kan basıncı değerleri ortalama sağ kol için 145±23/86±13mmHg, sol kol için 144±24/86±13mmHg idi. İlk muayene sonucu 194(%75)'ünün kan basıncı regüle değildi. Takip kartı ile kontrole gelen hasta sayısı 160(%61) idi. Hastalardan 8(%0,03) tanesi formu istenildiği şekilde doldurmamıştı. Ev takibinde ortalama 9±5 (min:5-max:24) kez ölçüm yapılmıştı; kan basıncı değerleri ortalama 130±20/77±10mmHg idi. Ev takibi sonuçlarına göre 90(%58) hastanın kan basıncı regüle değildi. Takip kartını getiren hastaların muayene KB ortalamasının, evde ölçülen KB ortalamasına göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı(p<0,001). Evde KB takibi ile kontrole gelen ve gelmeyen hasta grupları arasında yaş(p=0.383), cinsiyet(p=0.829), VKİ(p=0.786), hipertansiyon süresi (p=0.89), ilk muayenede ölçülen KB ortalamaları(p=0.395), evde ölçüm cihazı bulunması (p=0.489), günlük kullandıkları toplam tablet sayısı(p=0.341), kullandıkları antihipertansif ilacın türü(p=0.717), ilaçlarını düzenli kullanması(p=0.253), eğitim düzeyi(p=0,785) bakımından anlamlı fark saptanmadı. Ev dışında KB ölçtürmek için başvuruları açısından karşılaştırıldığında ev dışında tansiyon ölçümünün kontrole gelen grupta anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı(p=0.045).

SONUÇ: Muayene sırasında KB ölçümleri, evde ölçülenlere göre daha yüksek bulunması genel bilgiyle uyumludur. Takip kartını getiren hastalarda KB regüle olanların oranının (%42) ülke ortalamasına(%20) göre yüksek olması, bu hasta grubunun sağlık hizmeti alan, takiplerine uyan kişilerden oluşması ile açıklanabilir. Takip kartı verilen hastaların yüzde otuz dokuzu kontrole gelmemiştir. Hastanın çağrıldığı halde kontrole gelmemesi hipertansiyon kontrolü açısından engel oluşturacağından hastaların takibe uyumunu artıracak yöntemlerin

planlanmasına gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: hipertansiyon, evde kan basıncı ölçümü

P-040

İNTRAMÜSKÜLER VİTAMİN B12 TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA SERUM ALFA-1-ANTİTRİPSİN SEVİYELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yılmaz Sezgin, Mehtap Kartal, Azize Dilek Güldal
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

AMAÇ: Alfa-1-antitripsin eksikliğinde; kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH), kronik karaciğer hastalıkları, nekrotizan pannükilit, multisistemik vaskülit riski artar. Metiyonin içeriğinden dolayı alfa-1-antitripsin bir antioksidan gibi davranabilir. Alfa-1-antitripsin yapısında bulunan metiyoninlerden bazıları, serbest radikaller tarafından oksidasyona uğratılır. Böylece alfa-1-antitripsinin antiproteaz aktivitesi kaybolur. Vitamin B12, kofaktör olarak metiyonin sentezinde etkin bir rol alır. Vitamin B12 verilmesi ile kararlı bir metiyonin seviyesi sağlanarak alfa-1-antitripsin sentezi artırılabilir. Bu çalışmanın amacı; vitamin B12 eksikliği nedeniyle intramüsküler vitamin B12 tedavisi alan hastalarda serum alfa-1-antitripsin seviyelerinin etkilenip etkilenmediğinin araştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırma bir gözlemsel çalışma olarak planlandı. Serum vitamin B12 seviyesi 300 pg/ml olan ve dışlama kriterlerine uyan 169 hasta çalışmaya alındı. Önerilmiş olan vitamin B12 tedavisini hiç kullanmadıkları için 46 katılımcı kontrole çağrılmadı. Kontrole gelmekten vazgeçen 67 katılımcı ve telefonla tekrar ulaşılamayan yedi katılımcı vitamin B12 tedavisi sonrasındaki kontrol analizlerinde dikkate alınmadı. Katılımcılardan 19'u; kronik hastalıkları sebebiyle kullanmakta oldukları ilaçlarda değişiklik yapıldığı veya yeni ilaç tedavileri başladığı için vitamin B12 tedavisi sonrasındaki kontrol analizlerinden çıkarıldı. Kontrole gelenler arasından üç katılımcı, tedavi sonrası serum vitamin B12 seviyesi 300 pg/ml altında olduğu için çalışmadan çıkarıldı. Tedavi sonrası kontrol analizlerinde elde kalan 27 katılımcıya ait veriler dikkate alındı. İstatistiksel analizde bağımlı değişkenlerde Wilcoxon testi kullanıldı.

BULGULAR: Tedavi sonrası 16(%59,3) kadın, 11(%40,7) erkek olmak üzere toplam 27 katılımcı kontrol analizlerine alındı. Katılımcıların obez olanları 21(%77,8), olmayanları 6(%22,2) kişiydi. Sigara kullananlar 9(%33,3), kullanmayanlar 18 (%66,7) kişiydi. Alkol kullananlar 5(%18,5), kullanmayanlar 22(%81,5) kişiydi. Kronik hastalığı olanlar 16(%59,3), olmayanlar 11(%40,7) ve kronik hastalığı sebebiyle ilaç kullanımı olanlar 14(%51,9) olmayanlar 13(%48,1) kişiydi. Serum alfa-1-antitripsin değerleri dikkate alınarak yapılan analizlerde tedavi öncesi ortalama $121,67 \pm 13,884$ mg/dl tedavi sonrası ortalama $138,04 \pm 16,922$ mg/dl ($P=0,001$) bulundu. Serum vitamin B12 değerlerinin ortalaması tedavi öncesi $208,78 \pm 43,292$ pg/ml tedavi sonrası $489,00 \pm 127,599$ pg/ml ($P=0,001$) bulundu. Vitamin B12 tedavisi sonrasında serum alfa-1-antitripsin değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Çalışmamızda, tedavi protokolüne uyan ve kontrole gelen 27 katılımcının serum alfa-1-antitripsin değerlerinde artış bulunmuştur. Bu bulgu bize; vitamin B12 tedavisiyle sağlanan kararlı bir plazma metiyonin düzeyi sayesinde alfa-1-antitripsin sentezinin arttığını göstermektedir. İşte bu yüzden sigara içiciliği gibi çevresel etmenlere maruz kalanların tümünde KOAH gelişmemesinin ya da genetik olarak alfa-1-antitripsin yetersizliği olanların çok büyük bir kısmında amfizem gelişmemesinin nedenlerinden birinin de serum vitamin B12 değerlerinin yeterli seviyelerde olması düşünülebilir. Sonuç olarak başta KOAH olmak üzere alfa-1-antitripsin yetersizliğinde görülen birçok hastalığın etiyopatogenezinde vitamin B12 eksikliğinin önemli bir rol oynadığını söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Vitamin B12, Alfa-1-antitripsin, Metiyonin

P-041

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNE ATIK YÖNETİMİ EĞİTİMİ

Aclan Özder¹, Hasan Hüseyin Eker², Merve Kocaakman³, Oğuz Karabay⁴

¹İETT İşletmeleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Müdürlüğü, İstanbul

²Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Gümüşhane

³İstanbul İl Özel İdaresi, İstanbul

⁴Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, Sakarya

AMAÇ: Sağlık kuruluşlarında açığa çıkan atıklar hastane atıkları olarak adlandırılır ve önemli düzeyde çevre kirliliğine neden olurlar. Bu tip atıklar hastane çalışanları, hastalar ve toplum sağlığı açısından önemli riskler oluştururlar. Hastane atıkları evsel nitelikli atıklar, tıbbi atıklar, enfektif atıklar, kimyasal atıklar ve radyoaktif atıklar olarak sınıflandırılırlar. Hastanelerden çıkan atıkların tamamının enfekte atık olarak değerlendirilmesi hem maliyeti, hem de iş gücü kaybını arttıracığından atıkların üretildiği yerde ayrıştırılması çok önemlidir.

Bu atıklar uygun yöntemlerle yönetilip bertaraf edilmediği takdirde insan sağlığına ve çevreye ciddi tehditler oluşturmakta ve halk sağlığı açısından büyük sorunlara yol açmaktadır. Bu çalışma, hastanelerde atıkların güvenli bertarafından sorumlu olan başhemşireler, başhemşire yardımcılarını, hastane müdür ve müdür yardımcılarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeyleri ve bunlara etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamız Haziran 2010-Ağustos 2010 tarihleri arasında yapılmış tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırmaya İstanbul'dan 240 sağlık çalışanı katılmıştır. Tıbbi atıkların kaynağında ayrıştırılması, taşınması ve bertarafı süreçleri konularında 40 saat internet üzerinden teorik eğitim ve 16 saat de pratik eğitim verilmiştir. Araştırma öncesinde ve sonrasında katılımcılara atık yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerini tespit amacıyla 42 soruluk anket formu internet üzerinden uygulanmıştır. Bu proje AB ve Granada Ticaret Odası fonlarıyla desteklenmiştir. Çalışma öncesi ve sonrası elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.5 paket programıyla değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz için ki-kare ve bağımlı gruplarda t testi kullanılmış ve istatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılanların 162'si (%67,5) erkek, ve 78'i (% 32.5) kadındı. 102 katılımcı (% 42.5) özel hastanelerde çalışmakta ve 121'i (%50,4) Başhemşire idi. Cinsiyete göre tıbbi atıklarla ilgili eğitim alma durumu kadın yöneticilerde istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Tıbbi atıklarla ilgili yılda en az üç kez eğitim alma durumu bayanlarda ve özel hastanelerde çalışanlarda istatistiksel olarak anlamlılığı daha yüksek iken ($p < 0.05$), 45 yaş ve üzerindekilerde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Eğitim alma durumu ile ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,01$). Araştırmaya katılan yönetici sağlık personelinin tamamının cinsiyet, yaş grubu, çalışma süreleri, çalıştıkları kurumlar ve görevlerine göre ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

SONUÇ: Bu çalışma sonucunda, düzenlenen eğitimler öncesinde yönetici sağlık personelinin sağlık sektörü atık yönetimi konusunda bilgi eksikliğinin olduğu ve eğitimler sonunda bilgi düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. Bu durum hastanelerde etkin bir atık yönetimi planının hazırlanmasını ve bu eğitim programının periyodik olarak devam ettirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Atık, Sağlık Kurumları, Tıbbi Atık

P-042

TANI ÇOK HASTALIK TEK

Bilge Tuncel, Ferhat Ekinci, Çağatay Turgut, Halis Yılmaz
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Tüm dünyada toplumda sık görülen hastalıkların tanısını koymak; yeterli kaynak bulunması ve hekimlerin sık karşılaşılan bu hastalıklarla ilgili deneyimli olması nedeniyle kolay olmaktadır. Az görülen hastalıklar ise daha çok hastalıklarla ilgili birden fazla komplikasyon ortaya çıktığında tanı alabilmektedir; bu durum morbidite, mortalite ve maliyet açısından ciddi sorunlara neden olmaktadır. Biz de toplumda az görülen bir olguyu paylaşıyoruz.

OLGU: Kontrolsüz hipertansiyon nedeniyle polikliniğimize başvuran 35 yaş kadın hasta sorgulamasında 10 yıldır olan baş ağrısı, sağ kulağa vuran basınç hissi, halsizlik, amenore, kilo verememe şikayeti mevcuttu. Baş ağrısı tüm gün ara ara olan, zonklayıcı tarzda, özellikle sağ kulağa yansıyan tarzda idi. Baş ağrısı nedeniyle başvurduğu Nöroloji polikliniğinde migren tanısı ile tedavi almıştı. Tedaviye rağmen geçmeyen baş ağrıları nedeniyle başvurduğu dahiliye polikliniğinde yüksek tansiyonu saptanan hastaya antihipertansif tedavi başlanmıştı. Baş ağrısının azalmasına rağmen sağ kulakta ağrının azalmaması nedeniyle başvurduğu kulak burun boğaz polikliniğinde tinnitus tanısı almıştı. Sekonder amenore nedeniyle başvurduğu kadın doğum polikliniğinde PCOS tanısı ile 2 yıl hormonoterapi almış, daha sonra adetleri düzene girdiği için tedaviyi bırakmıştı. Ancak son 1 yıldır tekrar adet düzensizliği başlamış. Kilo verememe şikayetleriyle başvurduğu dahiliye polikliniğinde insülin direnci tespit edilmiş ve metformin tedavisi başlanmıştı. Sadece HT için 3 çeşit antihipertansif kullanan hasta ayrıca son 6 aydır diş yapısındaki bozukluk nedeniyle ortodontik tedavi almaktaydı. Hastanın FM'de tansiyon yüksekliği vardı. Hastanın dış görünüşünde yüz hatlarında kabalaşma, üst ve alt çenede diş teli, ekstremitelerde irileşme mevcuttu.(resim1) İrdelediğimizde yaklaşık 10 yıldır ayak numarasının arttığını öğrendik. Ayaklarının büyüdüğünü ilk fark ettiğinde ortopedi polikliniğine başvurmuş ancak kendisiyle ilgilenilmemiş. Bu sebeple bir daha bu durumu hiçbir hekime söyleyememiş. Akromegaliden şüphelendiğimiz hastada serum IGF 1 düzeyini yüksek saptadık. Akromegali tanısında standart yöntem kabul edilen OGTT sırasında GH hormonun baskılanması testini yaptığımız hastada GH baskılanmaması üzerine hipofiz MR istedik. Hipofiz MR değerlendirmesinde hipofizde 13mm makroadenom tespit edildi(resim 2), hastayı Beyin cerrahisi bölümüne yönlendirdik. Beyin cerrahisi tarafından hastaya öncelikle cerrahi operasyon planlandı. Operasyon sonrası rezidüel doku kalırsa Gamma-knife yöntemi ile rezidüel dokunun uzaklaştırılması düşünüldü. Operasyon sonunda kontrol hipofiz MR'ında rezidüel doku saptanmayan hasta takiplerine devam etmektedir.

SONUÇ: Bu olguda hastayı her branş ayrı ayrı sadece kendi penceresinden değerlendirilmiş ve tedavisini düzenlemeye çalışmıştı. Aile hekimliği uygulamasının; aile hekimliği prensiplerinden olan bütüncül yaklaşım ile akromegali gibi her semptomu için ayrı bir hekime başvurulabilen ve bu sebeple tanısı geciken hastalıklarda erken tanı sağlayacağını ve morbidite, mortalitenin ve maliyette azalmasına katkısı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Toplumda az görülen hastalıklar, Akromegali

P-043

HIZLI DEPRESİF BELİRTİ ENVANTERİ ÖZBİLDİRİM FORMU(HDBE16 –ÖF) İLE KİŞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nazmiye Kaçmaz, Tanju Yılmaz, Kurtuluş Öngel
Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Depresif belirtileri tanımaya yönelik birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu çalışma ile, Hızlı Depresif Belirti Envanteri Ölçeği (HDBE16-ÖF) (1) ile bir kişinin depresif belirti açısından günlük takibinin yapılması amaçlanmıştır.

OLGU: 18.Şubat.2012 ve 25.Şubat.2012 tarihlerinde 29 yaşındaki bekar doktor bayan gönüllümüze ölçeğimiz uygulandı. Olgumuza ilk kez ölçek uygulandığında; cevaplarına göre sabah saatlerinde kendisini kederli hissettiği iştahının da paralel olarak az olduğu, konsantrasyonunun sabah saatlerinde düşük seyrettiği, enerjisinin az olduğu öğleden sonra bu depresif belirtilerinin düzeldiği saptandı. Kaliteli bir uyku uyumadığı, gece uykudan uyandığı gözlemlendi. Ölüm, intihar düşüncelerinin olmaması, iç görüsünün ve aktivitelere olan ilgisinin normal olması bizi major depresyon tanısından uzaklaştırdı. Olgumuz sabah saatlerinde trafik kazası geçirmiş; ifadesinde bu durumdan çok etkilendiğini, üzülüğünü belirtmişti. Ölçeğin değerlendirilmesinde, sonucun kesme puanına (11 puan) eşit (11 puan) olduğu saptandı. Trafik kazası geçirdiği için mi depresif belirtiler gösterdiği, depresif belirtilere bağlı olarak mı trafik kazası geçirdiğine karar verilemediği için 1 hafta sonra ölçek tekrarlandı. İkinci kez ölçek uygulandığında depresif belirtilerin gözlenmediği, ölçeğin değerlendirilmesinde sonucun kesme puanının(11) altında (2) olduğu saptandı.

TARTIŞMA: Olgumuzun ilk değerlendirilmesinde gözlenen depresif belirtilerinin ikinci değerlendirilmesinde gözlenmemesi ilkinde trafik kazası geçirmiş olmasına bağlandı. İlk kez başvuran hastada depresyon tanısı koymanın kolay olmadığı, hasta tarafından depresif belirtiler tariflendiğinde hemen depresyon tedavisine başlamanın yanlış olacağı, depresyon tanısı koymadan önce, bir süre daha kişilerin günlük duygudurumlarının gözlemlenmesinin gerektiği sonucuna varıldı.

Kaynaklar:

1.Mergen H, Bernstein IH, Tavlı V, Ongel K, Tavlı T, Tan S. Comparative Validity and Reliability study of the QIDS-SR16 in Turkish and American College Student Samples. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2011;21(4):289-301.

Anahtar Kelimeler: HDBE16-ÖF

P-044

HİPERTANSİYON TEDAVİ BAŞARISI

Aslı Ebiğöçlü¹, Ümit Aydoğan¹, Deniz Engin Gök², Necibe Üsterme¹, Ebru Çırpan¹, Kenan Sağlam²

¹Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Hipertansiyon (HT), toplum sağlığı açısından çok önemli bir sağlık sorunudur. Birçok hastada hedef kan basıncı değerlerine ulaşmak için birden fazla ilaç kullanılması gerekir. Bu çalışmada, HT tanısı ile tedavi alan hastaların tanı konulurken ölçülen kan basıncı değerleri, aldıkları ilaç tedavileri ve tedavi sonrası kontrol kan basınçları retrospektif olarak incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışmada, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran, HT tanısı ile ilaç tedavisi alan 101 hastanın takip dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, geliş arteriyel sistolik ve diyastolik kan basınçları, reçete edilen ilaçları ve tedavi sonrası kontrol kan basınçları SPSS 15.00 programına kayıt edilerek, istatistiksel analiz yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 25' i erkek, 76' sı kadın olmak üzere toplam 101 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması $61,85 \pm 11,65$ (28-87) idi. Hastaların polikliniğe başvuru esnasında ölçülüp kayıt altına alınan arteriyel kan basıncı değerleri JNC 7 kılavuzuna göre; %1'i (n=1) pre-hipertansiyon, %34,7'si (n=35) evre 1 hipertansiyon, %64,4'ü (n=65) evre 2 hipertansiyon olarak sınıflandırılmıştır. Hastaların %39,6'sının (n=40) tek ilaç, %43,6'sının (n=44) iki ilaç, %13,9'unun (n=14) üç ilaç, %3'ünün (n=3) dört ilaç tedavisi almış olduğu tespit edilmiştir. Tedavi sonrası kontrol muayenesi esnasında ölçülen arteriyel kan basıncı değerleri JNC 7 klavuzuna göre değerlendirildiğinde; %68,3'ünün (n=69) kan basınçlarının kontrol altında olduğu, %31,7'sinin (n=32) kan basınçlarının hala yüksek olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Güncel kılavuzlar doğrultusunda, HT saptanan hastalar ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Hastaların yeterli doz ve sayıda anti-hipertansif ilaç ile tedavi edilmesi ve takiplerinin yapılması, mortalite ve morbiditenin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anti-hipertansif Tedavi, Başarı, Takip

P-045

0-12 AY ÇOCUK BAKIMINDA EBEVEYNLERİN SAĞLIK BİLGİLERİ İLE İLGİLİ YETERLİLİK ALGILARI

Ayşenur Alper Gürz, Füsun Ayşin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici, Füsun Yarış
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Tüm dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde doğum sonrası bakım ile ilgili sorunlardan dolayı birçok bebek sağlığından olmakta hatta yaşamını yitirebilmektedir. Bunun önlenmesinde uygulanabilecek en kolay yöntem bebek bakımı ile ilgilenen kişilere ehil ellerce eğitim vermektir.

Bu çalışma, 0-12 ay bebek bakımında gerek anne-baba gerekse diğer bakan büyüklerinin sağlık konusundaki bilgi, beceri düzeyleri hakkında kendilerini ne derece yeterli hissettiklerinin saptanmak ve bu konuya kişilerin dikkatini çekmek amaçlanarak yapılmıştır.

MATERYAL-METOD: 01.01.2011-31.05.2011 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine ayaktan başvuran hastaların ebeveynlerine gönüllülük dahilinde uygulanan beşli likert skalasına göre hazırlanmış 26 soruluk anketle sağlık ile ilgili bilgi, becerileri düzeyleri konusunda algılamaları tarandı. Ayrıca ebeveynlerin hangi konular hakkında kendilerini eksik hissedip daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri sorgulandı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 111 katılımcı dahil olup, yaşları 19-49 arasında değişmekte ve ortalama yaş değeri 29,11 idi. Katılımcıların % 57,7'si (n=64) 20-29, %35,1'i (n=39) ise 30-39 yaş aralığında, %5,4'ü (n=6) 40 yaş üstü olarak tespit edildi. Ebeveynlerin %38,7'si (n=43) ilkokul, %61,3'ü (n=68) ortaokul mezunu idi. Anketler; %72,3 (n=81) anne, %25 (n=28) baba, %2,7 (n=3) diğer şahıslar tarafından doldurulmuştu. Katılımcılara sahip olunan çocuk sayısı sorulduğunda %49,5'i (n=50) bir çocuk, %35,6'sı (n=36) iki, 7,9'u (n=8) üç, %7'si (n=7) ise dört ve üzeri sayıda çocuğa sahipti. Ebeveynlerin sağlık bilgileri ile yeterlilik algıları istatistiksel olarak anlamlı fark ifade etmemektedir. Öğrenim durumuna göre bakıldığında ise aşı takvimini bilme ($\chi^2=15$ p=0,004), muayene takvimini bilme ($\chi^2=14,41$ p=0,006), kulak enfeksiyonunu tanıma ($\chi^2=18,48$ p=0,0001), diş çıkarma belirtilerin tanıma ($\chi^2= 9,93$ p= 0,04), bebeğin beklenen kilo alım sürecini bilme ($\chi^2= 13,88$ p= 0,008), gaz sancısını bilme ($\chi^2=10,67$ p= 0,03) parametrelerinde anlamlı fark tespit edilirken, çocuk bezine bağlı pişiği tanıma, doktora ne zaman başvuracağını bilme, alerjik durumu, ishali, kabızlığı tanıma konularında anlamlı fark bulunmamıştır.

SONUÇ: Gelişmiş olan ülkelerde bebek bakımı ile ilgili konularda eksiklikler kabul edilmiş olup bu açığı kapatmak amacıyla eğitimler düzenlenmiştir. Ülkemizde de bu konuda aile hekimlerince düzenlenen kurslar ile bebek bakımı ile ilgilenenlerin eğitimi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, ebeveyn, sağlık

P-046

0-12 AY ÇOCUK BAKIMINDA EBEVEYNLERİN GÜVENLİK BİLGİLERİ İLE İLGİLİ YETERLİLİK ALGILARI

Ayşenur Alper Gürz, Füsun Ayşin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici, Füsun Yarış
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: 0-12 ay arası bebeklerin başına gelen kazalar çeşitli faktörlere bağlı olarak ortaya çıkar. Bunlar arasında ebeveynler veya bebek bakımı ile ilgilenen diğer kişiler başta olmak üzere çevresel faktörler önemli yer tutmaktadır. Yorgunluk, dalgınlık, üzüntü, görme bozukluğu, ev aletlerinin ve tehlikeli yerlerin yeterince korumalı olamaması gibi sebepler kazalara neden olmaktadır. Fakat en önemli nokta bebeğin bakımı ile ilgilenen kişileri kazalar konusunda yeterli bilgiye sahip olmamalarından kaynaklanmaktadır.

MATERYAL-METOD: 01.01.2011-31.05.2011 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine ayaktan başvuran hastaların ebeveynlerine gönüllülük dahilinde uygulanan beşli likert skalasına göre hazırlanmış 12 soruluk anketle güvenlik ile ilgili bilgi, becerileri düzeyleri konusunda algılamaları tarandı. Ayrıca ebeveynlerin hangi konular hakkında kendilerini eksik hissedip daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri sorgulandı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 111 katılımcı dahil olup, yaşları 19-49 arasında değişmekte ve ortalama yaş değeri 29,11 idi. Katılımcıların % 57,7'si (n=64) 20-29, %35,1'i (n=39) ise 30-39 yaş aralığında, %5,4'ü (n=6) 40 yaş üstü olarak tespit edildi. Ebeveynlerin %38,7'si (n=43) ilköğretim, %61,3'ü (n=68) ortaokul mezunu idi. Anketler; %72,3 (n=81) anne, %25 (n:28) baba, %2,7 (n=3) diğer şahıslar tarafından doldurulmuştu. Katılımcılara sahip olunan çocuk sayısı sorulduğunda %49,5'i (n=50) bir çocuk, %35,6'sı (n=36) iki, 7,9'u (n=8) üç, %7'si (n=7) ise dört ve üzeri sayıda çocuğa sahipti. Evde olası güvenlik kazalarını bilme, güvenli bebek mobilyası seçme, hangi ilaçların tehlikeli olduğunu bilme, bebeğin yanına güvenli olarak bırakılacak eşyaları bilme konularında öğrenim durumlarına göre ebeveynler arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmemiştir.

SONUÇ: Gelişmiş ülkelerde bebek bakımı ile ilgili bilgi ve eğitim eksikliğine yönelik olarak programlar uzun bir süredir uygulanmaktadır. Ülkemizde de bu konuda bir ihtiyaç olduğu açıktır. Aile hekimleri neredeyse tüm gebelikleri tespit edip, takip eden ve 0-12 ay bebekleri izleyen hekimler olarak bu ihtiyaca en iyi cevap verebilecek hekim grubu olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, ebeveyn, güvenlik

P-048

0-12 AY ÇOCUK BAKIMINDA EBEVEYNLERİN BESLENME BİLGİLERİ İLE İLGİLİ YETERLİLİK ALGILARI

Ayşenur Alper Gürz, Füsün Ayşin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici, Füsün Yarış
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Erken çocukluk döneminde özellikle 1 yaşına kadar olan bebeklerin gerek fiziksel gerekse zihinsel gelişimine beslenme en önemli faktörlerdendir. 0-12 ay arası dönemlerde bebek beslenmesinin en önemli ayağını anne sütü oluşturmakla birlikte çoğunlukla altıncı aydan sonra kimi zaman da daha erken dönemde ek gıdalara geçilmektedir. Ebeveynlerin bu konuda doğru kaynaklarca bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma, 0-12 ay bebek bakımından sorumlu anne-baba veya diğer şahısların beslenme konusundaki bilgi, beceri düzeyleri konusunda kendilerini ne derece yeterli hissettiklerini saptamak ve durumla ilgili ihtiyacı ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

MATERYAL-METOD: 01.01.2011-31.05.2011 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine ayaktan başvuran hastaların ebeveynlerine gönüllülük dahilinde uygulanan beşli likert skalasına göre hazırlanmış 10 soruluk anketle beslenme ile ilgili bilgi, becerileri düzeyleri konusunda algılamaları tarandı. Ayrıca ebeveynlerin hangi konular hakkında kendilerini eksik hissedip daha fazla bilgi sahibi olmak istedikleri sorgulandı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 111 katılımcı dahil olup, yaşları 19-49 arasında değişmekte ve ortalama yaş değeri 29,11 idi. Katılımcıların % 57,7'si (n=64) 20-29, %35,1'i (n=39) ise 30-39 yaş aralığında, %5,4'ü (n=6) 40 yaş üstü olarak tespit edildi. Ebeveynlerin %38,7'si (n=43) ilkokul, %61,3'ü (n=68) ortaokul mezunu idi. Anketler; %72,3 (n=81) anne, %25 (n:28) baba, %2,7 (n=3) diğer şahıslar tarafından doldurulmuştu. Katılımcılara sahip olunan çocuk sayısı sorulduğunda %49,5'i (n=50) bir çocuk, %35,6'sı (n=36) iki, 7,9'u (n=8) sekiz, %7'si (n=7) ise 4 ve üzeri sayıda çocuğa sahipti. Bebeğin biberon ile nasıl besleneceğini bilme, dengeli bir beslenme planı oluşturma, bebeğin yiyeceklerini seçme, bebeğin ne kadar beslenmesi gerektiğini bilme, ishali ve kabızlığı tanıma gibi konularda eğitim düzeylerine bakılarak karşılaştırma yapıldığında ilkokul ve ortaokul mezunu ebeveynler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, bir bebeğin beklenen kilo alım sürecini bilme ($p=0,02$, $\chi^2=18,8$), normal büyüme ve gelişme değerlerini bilme ($p=0,003$, $\chi^2=40,6$), en iyi formül mamayı seçme ($p=0,04$, $\chi^2=9,57$) konularında anlamlı fark tespit edildi.

SONUÇ: Gelişmiş ülkelerde bebek bakımı ile ilgili bilgi ve eğitim eksikliğine yönelik olarak programlar uzun bir süredir uygulanmaktadır. Ülkemizde de bu konuda bir ihtiyaç olduğu açıktır. Aile hekimleri neredeyse tüm gebelikleri tespit edip, takip eden ve 0-12 ay bebekleri izleyen hekimler olarak bu ihtiyaca en iyi cevap verebilecek hekim grubu olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: beslenme, çocuk, ebeveyn

P-049

KANSER HASTALARININ GÖZÜNDEN BİTKİSEL ÜRÜNLERÖznur Altuntaş, Fulya Yazar

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Kanser hastalarının bir kısmı, tanı konulduktan sonra tıbbi tedaviye ek olarak çeşitli nedenlerle bitkisel ürün kullanımına yönelmektedir. Bu çalışmada bitkisel ürün kullanımını, kanser hastalarının bakış açısıyla değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırmaya Ocak 2011-Şubat 2012 tarihleri arasında Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran kanser hastaları ve hasta yakınları katılmış olup, katılımcılara kanser hastalarının bitkisel ürün kullanımını değerlendiren bir anket uygulanmıştır. Veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 82 kişinin 33'ü (% 40,2) hasta, 49'u (% 59,8) hasta yakınıdır. Hakkında bilgi alınan hastaların 38'i (% 46,3) kadın, 44'ü (% 53,7) erkek olup yaş ortalaması $54 \pm 1,86$ bulunmuştur. Hastaların 50'si (% 61,0) ilkokul mezunu iken 3'ü (% 3,7) ortaokul, 16'sı (% 19,5) lise, 13'ü (% 15,9) üniversite mezunu olarak belirlenmiştir. Katılımcıların 48'i (% 58,5) hastaların hastalığı süresince bitkisel ürün kullandığını ifade etmiş olup, 24'ü (% 50) kadın, 24'ü (% 50) erkek olarak tespit edilmiştir. Bitkisel ürünlerin sorgulandığında hastaların (n=48) 17'sinin (% 35,4) ısırgan, 12'sinin (% 25) bal, 9'unun da (% 18,7) pekmez kullandığı saptanmıştır. Hastalara bitkisel bir ürün kullanmayı neden seçtikleri sorulduğunda kullananların (n= 48) 15'i (% 31,2) beslenmeye destek amacıyla, 10'u (% 20,8) tıbbi tedaviye katkı sağlamak için, 5'i (% 10,4) son çare olarak, 5'i de (% 10,4) doktor tavsiyesi ile kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu hastaların 18'inin (% 37,5) bitkisel ürünleri başkalarına da tavsiye ettikleri saptanmış olup, 27'sinin (%56,3) bitkisel ürün kullandığını doktoruna söylemediği anlaşılmıştır. Hastalara neden doktoruna bildirmediği sorulduğunda 13'ü (% 27,0) aklına gelmediği, 6'sı (% 12,5) doktoru kendisine sormadığı, 5'i ise (% 10,4) önemsemediği için söylemediğini ifade etmiştir. Katılımcıların 62'si (% 75,6) doktorunun bitkisel ürün kullanıp kullanmadığını sorgulamadığını belirtmiştir. Hasta ve yakınlarının 20'si (% 24,3) doktorunun bitkisel ürünlerle ilgili bilgi vermesi ve tavsiye etmesi durumunda kullanabileceğini ifade etmiştir.

SONUÇ: Kanser hastalarının çoğu bitkisel ürün kullanmayı tercih etmektedir. Hastaların kendileri kullandıktan sonra diğer hastalara da ürün kullanımını tavsiye ettiği anlaşılmıştır. Doktorların büyük bir kısmının, hastalarına bitkisel ürün kullanıp kullanmadıklarını sormadıkları ve hastaların da doktoruna bu konuda bilgi vermediği gözlenmiştir. Birinci basamak hekimleri izledikleri kanser hastalarını bitkisel ürün kullanımı hakkında sorgulamalı ve hastalarına yeterli danışmanlık hizmeti verebilmelidir.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, bitkisel ürün, kanser

P-050

SAĞLIKLI YAŞAM MÜMKÜN MÜ?: AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ VERİLERİ

Fulya Yazar, Ayşenur Alper Gürz

Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Çalışmada Ondokuzmayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hasta ve yakınlarının sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerini belirlemek ve polikliniğimizin hizmet kalitesini arttırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırmaya Şubat - Mart 2012 tarihlerinde Ondokuzmayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran hasta ve hasta yakınları katılmıştır. Katılımcılara Türkçeye çevrilerek geçerlik güvenilirliği yapılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2 uygulanmıştır. Alt ölçekler sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Yapılan ankette ' hiçbir zaman=1, bazen=2, sık sık=3, daima=4 ' puan verilerek toplam puan hesaplanmıştır. Toplam puanlar; 70-105: Kötü, 106-121: Orta, 122-137: İyi, 138-192: Çok iyi sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak değerlendirilmiştir. Veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya 161 hasta ve yakını katılmıştır. Katılımcıların 118'i (% 73,3) kadın, 43'ü (% 26,7) erkek olup yaş ortalaması $31,9 \pm 1,0$ olarak saptanmıştır. Kişilerin 106'sı (% 65,8) üniversite mezunu, 24'ü (% 14,9) lise mezunu olarak belirlenmiştir. Anket sorusuna cevap veren 119 kişiden 113'ünün (% 95,0) sigara kullanmadığı, 2'sinin (% 1,7) ise sigarayı bıraktığı görülmüştür. Ölçekte en düşük toplam puan 70, en yüksek toplam puan 205 olarak saptanmıştır. Katılımcıların toplam puanlarına bakıldığında 17'si (% 10,4) kötü, 42'si (% 26,0) orta, 40'ı (% 24,8) iyi, 62'si (% 38,5) çok iyi sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların ölçek toplam puan ortalaması $131,8 \pm 2,1$ saptanırken erkeklerin ortalaması ise $133,0 \pm 2,9$ olarak bulunmuştur. İki cinsiyet arası toplam puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,92$). Erkek ve kadın katılımcıların alt ölçek puanlarına bakıldığında kişilerarası ilişki ve manevi gelişim alt grupları en yüksek puanı alırken fiziksel aktivitenin en düşük puanı aldığı saptanmıştır.

SONUÇ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt boyut puanlarının yüksek olması bireylerin sağlıklı yaşam biçimine ilişkin daha fazla olumlu sağlık davranışına sahip olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmada alt gruplardan kişilerarası ilişki ve manevi gelişimin en yüksek puanda olması kültürel yapıdan kaynaklanabilir. Aile Hekimliği polikliniğimize başvuran bireylerin sağlık personeli veya öğrenci olması araştırma sonucunda ortaya çıkan yüksek sağlıklı yaşam davranış düzeyinin nedeni olduğunu düşünmekteyiz. Polikliniğimizin hizmet verdiği bireylerin genellikle beslenme ve egzersiz daha düşük puan vermiş olması, koruyucu sağlık hizmetlerimize bu alanda yoğunlaşmamız gerektiğinin göstergesi olabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, sağlık, sağlıklı yaşam

P-051

KADIN DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ SEÇİMLERİNİN SOSYO EKONOMİK DURUMLARIYLA İLİŞKİSİ

Arzu Ayraler¹, Mehmet Erhan Sayal¹, Banu Aslan², Ayşe Ender Yumru², Zeynep Pehlivan¹, Serkan Toker¹, Mehmet Uçar¹

¹Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

²Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:

Ülkemizde kontraseptif yöntemlere devlet kurumlarından ulaşılabildiği gibi özel kurum ve hekimlerden de bu hizmeti almak mümkündür. TNSA 2008 raporunda hane halkı refah düzeyinin yüksek ve düşük olmasına göre yöntem tercihleri arasında farklılıklar olduğu bildirilmektedir.

AMAÇ:

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran 15- 49 Yaş kadınlarından oluşan hastalarımızın sosyo ekonomik duruma göre doğum kontrol yöntem tercihini, varsa farkın anlamlılığını araştırmaktır.

YÖNTEM:

Tanımlayıcı bir araştırma olan bu çalışmaya, Kasım-Aralık 2011 tarihleri arasında Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran, 15- 49 yaş üreme çağındaki olup çalışmamıza katılmayı kabul eden tüm kadınlar dahil edildi. Sosyodemografik, jinekolojik ve obstetrik özellikleri ve kullanılan doğum kontrol yöntemini sorgulayan bir anket formu yüzyüze uygulandı.

BULGULAR:

Araştırmaya sözlü onamı alınarak katılan 146 kadının %74.6'sı 25-39 yaş grubundaydı. Kadınların %13'ü okur yazar değildi, %55'i ilk ve ortaokul mezunu, %16.4'ü lise, %16'sı üniversite mezunuydu. Kontrasepsiyon yöntemi olarak kadınların %34.9'u (n=51) geri çekme, %4.8'i (n=7) doğum kontrol hapi, %7.5'i (n=11) kondom, %19.9'u (n=29) rahim içi araç kullanıyordu; %32.9'u (n=48) da herhangi bir yöntem kullanmadığını ve çocuk istediğini belirtti. Kadınların çalışma durumlarına göre %78.0'i (n=115) herhangi bir işte çalışmıyor, %13.7 si (n=20) memur, %5.5 i (n=8) bağ-kurlu, %2.1i (n=3) SSK'lı çalışan idi. İstatistiksel analiz SPSS 16.0 programında, sıklık Ki-kare testi kullanılarak yapıldı, p<0.05 istatistiksel anlamlı kabul edildi. Kadınlar gelirlerine ve eğitim durumlarına göre düşük-orta-yüksek üç sosyoekonomik grupta toplandı. Kadınların sosyoekonomik durumlarına göre kontraseptif yöntem seçimlerinde anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

SONUÇ:

Araştırmaya katılan kadınlar arasında geri çekme yöntemi en çok tercih edilen kontraseptif yöntemdir. Kontraseptif tercihler TNSA 2008 İstanbul sonuçlarına yakın bulunmuş, modern yöntem kullanımı daha düşük orandayken, geri çekme daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda yöntem seçiminde sosyoekonomik duruma göre farklılık saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: 15-49 yaş kadın, doğum kontrol yöntemi

P-052

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİNDEN MEZUN OLAN ÖĞRENCİLERİN ULUSAL ÇEKİRDEK EĞİTİM PROGRAMINDA TANIMLANAN TEMEL BECERİLERİ EDİNME ALGILARI

Kenan Topal¹, Şeniz Ergin², Akile Büke³, Ramazan Baştürk⁴

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Denizli.

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD, Denizli.

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD, Denizli.

⁴Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü, Denizli.

AMAÇ:

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde mezuniyet öncesi tıp eğitiminde öğrenci merkezli aktif eğitim sistemi ve Probleme Dayalı Öğrenim (PDÖ) müfredatı uygulanmakta ve bu kapsamda yapılan beceri eğitimlerinin standart ve sistematik olması hedeflenmektedir. Bu çalışmanın amacı Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin uygulanan PDÖ sistemi ile ilgili memnuniyetlerini belirlemek ve mezun olan öğrencilerin Ulusal Çekirdek Eğitim Programında (UÇEP) yer alan kazanılması gerekli asgari bilgi, tutum ve becerileri yeterli düzeyde edinip edinmediklerine dair algılarını saptamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Bu çalışma Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2008-2009 eğitim ve öğretim yılının sonunda klinik dönemler olan 4, 5 ve 6 sınıf öğrencileri üzerinde yapıldı. Hazırlanan anketlerde öğrencilerin Probleme Dayalı Öğrenim sistemi ve Task sistemi ile ilgili görüşleri araştırıldı. Buna ek olarak Dönem 6 öğrencilerinin edindikleri mesleki beceriler temel bilgi kaynağı olarak ulusal çekirdek müfredatta yer alan beceri Listesinin tamamı kullanılarak sorgulandı. Öğrencilerin verdikleri yanıtların ortalama skorlarının istatistiksel olarak kritik değer olarak belirlenen 2.36 değerinden farklı olup olmadığını belirlemek amacıyla bir örneklemli t testi kullanılmıştır. Ankete katılım oranı (%94.4) ve anketteki maddelerin iç tutarlık katsayılarının yüksek olduğu bulunmuştur. (Cronbach Alfa: 0.82).

BULGULAR:

PAÜ Tıp Fakültesinde 2008-2009 yılında Dönem 4, 5 ve 6'da eğitim gören toplam 126 öğrencinin 119'u (%94.4) anketi yanıtlamıştır. Katılanların 68'i erkek (%57.1), 51'i ise kız (%42.9) öğrencilerden oluşmaktaydı. Dönem 4, 5 ve 6 öğrencilerinin ilk üç yılda uygulanan PDÖ oturumları ile ilgili değerlendirmelerinin ortalama skorları yüksek bulunmuştur. Ortalama skor±SD sırasıyla Dönem 4 için: 2.00 ± 0.7, Dönem 5 için: 1.95 ± 0.6 ve Dönem 6 için 2,12±0,8 (p<0.001) şeklindedir. Mezuniyet dönemindeki intörnlerin UÇEP Beceri Listesinde 10 ana başlık altında 161 ayrı maddede bulunan girişimler ve beceriler için kritik değer olan 2.36'dan istatistiksel olarak farklı ve yüksek ortalamaya sahip oldukları belirlenmiştir (p<0.01).

SONUÇLAR:

Elde edilen sonuçlar eğitimdeki ilk üç yılı tamamlayarak klinik döneme başlayan öğrencilerin genel olarak uygulanan eğitim sisteminden memnun olduklarını ve mezuniyet dönemindeki intörnlerin ise UÇEP'te yer alan becerileri büyük oranda edindiklerini belirttiklerini göstermiştir. Günümüzde Tıp eğitimi farklı yöntem ve sistemler uygulanarak yapılmaktadır. Ancak hangi eğitim sistemi uygulanırsa uygulansın önemli olan eğitimin başarılı bir şekilde yapılması ve halkımızın değişen gereksinimlerine cevap verebilecek yeterli bilgi ve beceriler ile donanmış iyi hekimler yetiştirilmesidir.

Anahtar Kelimeler: probleme dayalı öğrenim, beceri eğitimi, UÇEP

P-053

SEKUNDUM ASD VE PULMONER HİPERTANSİYON BİRLİKTELİĞİNDE GEBELİK VAKASI

Ahmet Yılmaz, Serkan Akdağ, Hatice Yılmaz
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

ATRİYAL SEPTAL DEFEKT VE GEBELİK

Erişkinlerde en sık görülen konjenital anomali sekundum tipi ASD'dir. ASD'li hastalarda NYHA (New York Kalp Cemiyeti) ya göre fonksiyonel kapasite 1 ise, gebelik genellikle oldukça iyi tolere edilir. Siyanotik, pulmoner hipertansiyon gelişmiş ve aritmik olan kadınlarda gebeliğin önlenmesi en iyi tedavidir.

OLGU

29 yaşında kadın hasta nefes darlığı, çarpıntı ve erken yorulma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 15 haftalık gebeliği bulunan hastanın 3 aydır başlayan, günlük aktivitelerini hafif kısıtlayan (Newyork kalp cemiyeti sınıf 2) nefes darlığı şikâyeti varmış. Son 1 haftadır günlük aktivitelerde belirgin kısıtlama, gün içerisinde gelişen çarpıntı atakları ve son 2 gündür ise istirahatte nefes darlığı şikâyeti olmuş (Newyork kalp cemiyeti sınıf 4).

FİZİK MUAYENE ve SONUÇ

Kan Basıncı:125/85 mmHg, Kalp Tepe Atımı:112 atım/dk, ritmik idi.

Mezokardiyak odakta 2/6, triküspit odakta 3/6 sistolik üfürüm vardı.

EKG sinüzal taşıkardi dışında ek bir özellik yoktu.

Transtorasik ekokardiyografide EF%60, sekundum tip ASD (3 cm).

Sağ kalp boşluklarında ileri derecede genişleme, orta derecede Triküspit Yetersizliği TPASB:60 mmHG ölçüldü.

Hastaya terminasyon önerildi ve elektif şartlarda ASD kapatma işlemi için randevu verildi.

Anahtar Kelimeler: Sekundum ASD, Gebelik

P-055

AMLODİPİNE BAĞLI DİŞETİ HİPERPLAZİSİ: OLGU SUNUMU

Yusuf Haydar Ertekin

İçeriçumra Devlet Hastanesi, Konya

Dişeti hiperplazisi kalsiyum kanal blokleri kullanan hipertansiyon hastalarında, hekimler tarafından gözden kaçmaktadır. Kalsiyum kanal blokerlerine ilaveten siklosporin ve antikonvülzanların da dişeti hiperplazisine sebep olduğu bilinmektedir. Bu ilaçlardan biri olan amlodipinin indüklediği dişeti hiperplazisi için ise literatürde az sayıda olgu bildirilmiştir.

OLGU: 58 yaşında erkek hasta ağrısız dişeti büyümesi şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastamız bir dişhekimisi tarafından ilaç yan etkisi olabileceği üzere tarafımıza yönlendirildi. Hastanın tıbbi geçmişinden yeni tanı konmuş primer hipertansiyon sebebiyle yaklaşık 3 aydır düzenli olarak günde 10 mg amlodipin aldığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede diş eti büyümesi haricinde sistem muayeneleri normaldi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde ise sadece hiperlipidemi tespit edildi.

TARTIŞMA: Amlodipinin antihipertansif tedavide sadece 2 ay süreyle 10 mg/gün dozunda kullanımı ile dişeti hiperplazisi geliştiği bildirilmesine karşın 150 hastanın en az 6 ay 5 mg/gün kullanımını takiben bu yan etki hiç görülmemiştir.(1)

Bu durumun doz bağımlı bir yan etki olduğunu destekler nitelikte çalışmalar mevcuttur.(1,2,3) Dişeti hiperplazisinin oluşum mekanizması üzerine ise birçok teori ileri sürülmekle beraber genel olarak inflamatuvar ve noninflamatuvar olaylar olarak ikiye ayrılmıştır.(4,5,6,7,8) Sadece amlodipin için bu yan etkinin prevalansı bir diş kliniğinde yapılan araştırmada % 3,3 olarak saptanmıştır.(3) Tedavi seçeneği olarak ilacın değiştirilmesi yöntemiyle 1-2 ayda düzelme görülmüşse de yine bir diş hekiminin yaptığı bir çalışmada 2/3 oranında ilaç değişimine ek olarak cerrahi müdahale ile fazla dokunun ekzizyonuna gerek duyulduğu bildirilmiştir.(9,10)

SONUÇ: Literatürde kalsiyum kanal blokerlerine ve özellikle de dihidropiridin grubu ilaçlara bağlı dişeti hiperplazisi nadir de olsa bildirilmiştir. Ancak ne mekanizması ne de prevalansı tam olarak ortaya konmamıştır. Buna benzer –telenjektazi gibi- amlodipinin sebep gösterildiği olguların bildirilmesi de bundan böyle yan etkilerin üzerinde durulacağını gösteriyor. Çok uzak görünse de, bu kadar sıklıkta kullanılan ilaçların nadir olan bu yan etkilerinin ilacın etkisi kadar bilinmesi gerektiği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: amlodipin, dişeti hiperplazisi, ilaç yan etkisi

P-056

BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇALIŞANLARININ İNFLUENZA AŞISI İLE İLGİLİ TUTUMLARIFunda Gökgöz Durmaz, Fatma Gökşin Cihan

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, Konya

AMAÇ: T.C. Sağlık Bakanlığı, özellikle sağlık çalışanlarının influenzaya karşı aşılmasını ve sağlık hizmeti verenlerin korunmasını sağlamaya çalışmaktadır. Bu çalışmanın amacı bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve yardımcı sağlık personelinin 2011-2012 yılı influenza aşılması konusundaki tutumlarını ve davranışlarını etkileyen faktörleri saptamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma, Kasım 2011'de gerçekleştirilmiş, kesitsel bir araştırmadır. Bir aylık süre içinde bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 192'si hekim ve 411'i yardımcı sağlık personeli olmak üzere toplam 603 hastane çalışanına anket uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS 18.0 ile değerlendirilmiş, ki kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamıza katılan 603 kişiden 387'si kadın, 216'sı erkekti. %63(n=380)'ü beş yıldan uzun süredir çalışmaktaydı. Araştırmaya katılanların %16.7(n=101)si 2011-2012 sezonu influenza aşısı yaptırmıştır. %9.5(n=57)'unun kronik bir hastalığı vardı. Kronik hastalığı olanların %71.9 (n=41) 'u influenza aşısı yaptırmamıştır(p<0.05). %40.8 (n=240)'i yılda birden fazla grip atağı geçirdiğini, %12,9(n=78)'u grip nedeniyle rapor alması gerektiğini ifade etti. Birden fazla grip atağı geçirenlerin %82.9(n=204)'u influenza aşısı yaptırmamıştır. Yaşamı boyunca hiç aşı olmayanların oranı %44.9(n=271), geçen sene aşılanmış olanlar %27(n=163), gelecek yıl aşılanmayı planlayanlar %21.2(n=128)dir. Aşı olmama nedenlerine baktığımızda "aşının koruyuculuğu konusunda emin olmama" %47.8(n=240) oranla en çok öne sürülen sebepti. Aşı yaptıranların %56.4(n=57)'ünde herhangi bir yan etki görülmemiştir. En sık görülen yan etkiler sırasıyla lokal yan etkiler(şişlik, kızarıklık vs) [%29.7(n=30)] ve grip benzeri belirtiler [%22.8(n=23)] şeklindedir.

TARTIŞMA: Sağlık çalışanlarında influenza için bağışıklama başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere birçok uluslararası kurum tarafından önerilmesine karşı aşılama oranları daha önce yapılan birçok çalışmada olduğu gibi bizim çalışmamızda da düşük saptanmıştır. H1N1'e bağlı grip salgınının olduğu 2009 yılı aşılama oranlarının daha yüksek olması dikkat çekicidir. Sağlık çalışanlarının aşı konusundaki çekimser tutumunun altında yatan sebepleri tespit etmek bu grubun hizmet verdiği hastaların da bağışıklanması açısından önemlidir. İlk tıbbi temas noktasını oluşturan ve özellikle risk gruplarını en yakından takip eden Aile Hekimlerinin influenza aşısına karşı tutumu ve hastalarına önerme oranları hakkında yapılacak çalışmalarla aşılama oranlarını arttırabilmek için yapılması gerekenler daha net ortaya konabilir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza aşısı, Sağlık çalışanları, Yan etki

P-058

HIZLI AMPİRİK VE DESTEKLEYİCİ TEDAVİ İLE BAŞARILI SONUÇ ELDE EDİLEN SEPTİK ŞOK VE YAYGIN DAMAR İÇİ PIHTILAŞMASI SENDROMU GELİŞEN PEDIATRİK HASTA

Nurşah Özkan¹, Alper Kaçar², Gülcihan Gülcan², Yeşim Fehime Acar², Emine Türkkan², Erdal Servet Adal²

¹Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastahanesi,Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

²Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastahanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,İstanbul

GİRİŞ:

Çocukluk çağında ateş ve döküntü ile seyreden hastalıklar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Tanı döküntünün morfolojisine göre konulmakla beraber; iyi bir anamnez ve fizik bakı şarttır. Laboratuvar bulguları tanıda yardımcıdır ancak zaman almaktadır. Çoğu zaman klinik tanıya göre ampirik tedavi uygulanması gerekmektedir.

OLGU:

Döküntü nedeniyle başvuran, 3–4 gündür hafif ateş ve öksürük nedeniyle antibiyotik kullanıldığı öğrenilen 8 aylık erkek hastanın, fizik bakısında saptanan patolojik **BULGULAR:** ateş,hipotansiyon, kapiller dolum zamanı uzunluğu, ciltte yaygın peteşial ve purpurik döküntüler, taşikardi, taşipne, ve hepatomegali idi. Hemogramında sitopeni ve lokositoz yoktu, crp pozitifliği saptandı. Meningokoksemiye bağlı septik şok öntanısı konulan hastaya hemen serum fizyolojik infüzyonu yapıldı ve intravenöz (IV) seftriakson başlandı. Monitörize edilen hastanın idrar çıkışı olmaması nedeniyle serum fizyolojik tekrar yüklendi, dopamin infüzyonu başlandı. PT, PTT, İNR uzunluğu, fibrinojen düşük, d-dimer yüksek bulunması, anemi ve trombositopeni gelişmesi nedeniyle hastada yaygın damar içi pıhtılaşması (YDP) düşünülerek taze donmuş plazma, trombosit ve eritrosit süspansiyonu verildi. Döküntüler bir saat içerisinde tüm vücuda yayıldı, nekrotik hal aldı. Vital bulguların stabil olmaması nedeniyle lomber ponksiyon yapılmadı, antibiyotik tedavisine menenjit dozu ile devam edildi. İzlemin 2. gününde lökositoz gelişen, ateşi yüksek seyreden, ön fontaneli pulsatil hale gelen hastanın kranial bilgisayarlı tomografisinde bifrontal subaraknoid mesafede genişleme ve sağ frontal bölgede subdural efüzyon gözlemlendi. Akciğer grafisinde (AG) pnömoseli andıran görüntü olması, ekspriyum uzunluğu, subkostal çekilme ve taşipne olması nedeniyle stafilokok pnömonisi ekarte edilemediği için tedaviye vankomisin IV eklendi. Purpura fulminans açısından bakılan protein C, protein S, antitrombin 3, faktör V leiden değerleri normaldi. Kandan ve cilt lezyonlarından alınan kültürlerde üreme olmadı. Tedaviye iyi cevap alınan hastanın klinik ve laboratuvar bulguları düzeldi, 4 gün sonra çekilen kontrol AG'de lezyonun kaybolduğu görüldü. Antibiyotik tedavisi iki haftaya tamamlanarak kesildi. Nekrotik cilt lezyonlarının lokal tedavi ile bakımına iki hafta daha devam edildi.

Yatışının 27. gününde nekrotik dokularının çoğu iyileşen hasta taburcu edildi.

SONUÇ:

Döküntü ve ateşli hastalarda tanıda laboratuvar çalışmaları yararlı olmasına rağmen, her zaman spesifik etkeni saptayamaz ve sonuçların çıkması zaman alır. Yaşamı tehdit eden durumlarda hekim tedaviyle ilgili kararları hızla almalıdır. Tüm hastalarda spesifik bir etken belirlenmesinin mümkün olmadığı düşünülürse, ağır bakteriyel enfeksiyona bağlı septik şok ve YDP gelişen olgumuzda uygulandığı gibi, hızlı karar verilerek erken başlanan uygun ampirik antibiyotik tedavisine eşlik eden destekleyici tedavi hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: ampirik tedavi,ateş,döküntü,nekrotik lezyon

P-059

SAMSUN VE TRABZON İLLERİNDE ERİŞKİNLERDE TETANOZ AŞISI ORANLARI

Ercüment Kadioğlu¹, Füsun Yarış¹, Mustafa Dikici¹, Füsun İğde¹, Halil Aktaş²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği AD.

²Trabzon Akçaabat 3 No'lu ASM

Giriş-AMAÇ:

Tetanoz, dünya genelinde görülen bir hastalıktır. Hastalık gelişmekte olan ülkelerde endemiktir ve halen gelişmiş ülkelerde özellikle 50 yaş ve üzerinde ölümlere sebep olabilmektedir. Tetanoz bağışıklaması etkilidir ve tüm yaş gruplarına önerilmektedir. Tetanoz bağışıklaması ülkemizde 1962 yılında çocukluk çağı aşı programına alınmıştır ve tüm yaş gruplarına ücretsiz uygulanmaktadır. Çalışmamızda iki ilimizdeki tetanoz aşılama oranlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM:

Mayıs 2009- Ocak 2011 tarihleri arasında Samsun ilinde üç farklı aile sağlığı merkezi ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine ve Trabzon ilinde bir aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerle yüz yüze görüşme yapılarak anket uygulandı. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirildi.

BULGULAR:

Çalışmaya katılan bireylerin 241'i (36.1%) erkek ve 426'sı (63.9%) kadındı. Yaş ortalaması 43.97 ± 15.14 (18-87) idi. 667 katılımcıdan 284'ü (42.6%) son 10 yıl içinde en az bir kez tetanoz aşısı ile aşılanmıştı. 65 yaş ve üzerindeki 66 bireyden 10'u (15.2%) son 10 yıl içinde en az bir kez tetanoz aşısı ile aşılanmıştı. Tüm yaş gruplarındaki bireylerin 170'i (25.5%) influenza, 110'u (16.5%) ise Hepatit B aşılı ile en az bir kez aşılanmıştı.

SONUÇ:

Tüm yaş gruplarında tetanoz bağışıklaması oranı influenza ve hepatit b aşılama oranlarından yüksek bulunmuştur. Tüm yaş gruplarındaki tetanoz Bağışıklanma oranı 65 yaş ve üzerindeki bireylerin tetanoz bağışıklanma oranının yaklaşık üç katıdır. Tetanoz aşılmasının tüm yaş gruplarında ücretsiz olması ve okul, askerlik ve gebelik dönemlerine yönelik aşı uygulamalarının olması bu durumu açıklayabilir. Diğer aşılara göre tetanoz aşılama oranları yüksek olmasına rağmen Amerika (2008'de tüm yaş gruplarında %61,6) gibi gelişmiş ülkelere göre düşük bulunmuştur. Tetanoz bağışıklama programı çocukla ve gebelerin yanı sıra tüm yaş gruplarını kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Aile hekimleri erişkinlerin ve özellikle 65 yaş ve üzerindeki popülasyonun tetanoz bağışıklamasına daha fazla özen göstermelidir.

Anahtar Kelimeler: Tetanoz, aşılama, erişkin

P-060

BİR İKİNCİ BASAMAK HASTANEYE BAŞVURAN İSHALLİ HASTALARIN AİLE HEKİMLİĞİ GÖZÜYLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Korkmaz¹, İlhami Ünlüoğlu², Murat Ünalacak², Pınar Korkmaz³

¹Alpu İlçe Hastanesi

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi

İshalli hastalıklar nedeniyle dünyada ortalama yıl da iki milyon ölüm olmaktadır. Bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda 01.09.2009 ve 01.09.2010 tarihleri arasında yapılmıştır. **GEREÇ-YÖNTEM:** Yunusemre devlet hastanesine ishal şikayeti nedeniyle başvuran 235 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve onamları alınmıştır. Çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşuna ishalle başvuran hastaların tedavilerinin ve sevk kriterlerinin aile hekimliği bakış açısı ile değerlendirilmesi planlanmıştır. **BULGULAR:** Çalışmaya 235 hasta dahil edildi. Hastaların 137'si (%58.3) erkek, 98'i (%41,7) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 41.08±17.7, yatan hastaların yaş ortalaması ise ise 44.3±19.2 idi. En sık gözlenen yakınmalar arasında karın ağrısı %97.4, halsizlik % 91.1, iştah kaybı %88.1, bulantı %88.1, kusma %67.7 idi. Hastaların fizik muayenesinde % 46 hastada barsak seslerinde artma, %33.6 hastada batında hassasiyet, %14 hastada idrar miktarının azalması izlenmiştir. Hastaların çoğu sadece ishal diyetiyle tedavi edilmiştir, %17 hastada ishal diyetine antibiyotik eklenmiştir. Hastaların % 25.9'u yatırılarak tedavi edildi. Hastaneye yatış oranları; 65 yaş üzeri, kusma sebebiyle oral alamayan, orta ve ileri derecede dehidrate olan hastalarda artmıştır. Birinci basamakta çalışan hekimler ileri yaş hastalar, 39.5 derecenin üzeri ateşi olan, genel durum bozukluğu olan, oral alamayan, eşlik eden hastalığı olan ve ileri derecede dehidrasyonu olan hastaları sevk etmelidirler

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, ishal, tedavi

P-061

OLGU SUNUMU: İN SPEKSİYONUN ÖNEMİ

Ali Demirci, Yasemin Çeken, Mehmet Emin Layık, Çiğdem Dağdeviren, Ramazan Ateş
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

GİRİŞ: Anamnez ve fizik muayene en önemli tanı yöntemleridir. Hasta muayenesinin ilk basamağını oluştururlar. Doğru bir tanıya varabilmek için mutlaka iyi bir anamnez almak gerekir. İyi bir anamnez olguların %60'tan fazlasını doğru tanıya götürür. Tam bir fizik muayene ile bu oran %80-90'a kadar yükselir. Hastanın fizik muayenesinin ilk etabında inspeksiyon vardır. İnspeksiyon kapıdan giriş anı ile başlar. Hastanın vücut duruşu, yürüyüşü, hareketleri, tavırları konuşması daha başlangıçta önemli mesajlar verir.

OLGU: Olgumuz 2 aydır geçmeyen bel ağrısı şikayeti ile başvuran 32 yaşında erkek hasta. Daha önce başvurduğu doktorların hertürlü görüntüleme yöntemlerini istediklerini, egzersiz programlarına dahil edildiğini, birçok analjezik-antienflamatuar, myorelaksan kullanmasına rağmen şikayetlerinin geçmediğini belirtti. Fizik muayenenin inspeksiyon basamağında sacrococsigal bölgede 2x2 cm enflame pilonidal sinüs tespit edildi. Antibiyoterapi reçete edilip cerrahi polikliniğine konsulte edildi.

SONUÇ: hasta sayısının ve hekim açığının giderek arttığı ülkemizde hasta başına düşen muayene süresi azaldıkça hekimler teknolojik gelişmelere bağımlı hale gelip tıbbın olmazsa olmazı fizik muayene basamağını ihmal etmektedirler. Bu da sağlıkla ilgili kaynakların gereksiz kullanımına, tanıda gecikmelere ve hasta memnuniyetinde azalmaya yol açmaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnspeksiyon, fizik muayene, pilonidal sinüs

P-062

DİYABETİK HASTALARDA ANKSİYETE, DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bilge Sönmez, İsmail Kasım, Rabia Kahveci, Adem Özkara

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Diyabetes Mellitus prevalansı tüm dünyada hızla artmaktadır. Diyabete eşlik eden anksiyete ve depresyon, hastanın uyumunu, yaşam kalitesini, tedaviye göstereceği yanıtı, morbidite ve mortalitesini, prognozunu olumsuz yönde etkileyebilir.

Bu çalışmanın amacı, diyabetik hastaların anksiyete ve depresyon durumlarını göstermek ve buna bağlı yaşam kalitesini değerlendirmektir. Çalışma şu anda devam eden araştırmanın ön sonuçlarını paylaşmak için hazırlanmıştır.

YÖNTEM: 18 yaşından büyük diyabetik hastalar çalışmaya alındı. Hastalara, sosyo-demografik özellikleri ve hastalıklarıyla ilgili genel durumu değerlendirmek için genel bir anket, yaşam kalitesini değerlendirmek için EQ5D ölçeği, depresyon ve anksiyete durumlarını değerlendirmek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Elde edilen veriler SPSS 15,0 ile analiz edildi.

BULGULAR: 120 diyabetik hasta çalışmaya alındı. Bunlardan 78'i (% 65) kadın, 42'si (% 35) erkekti. Tüm hastalar sigara, beden kitle indeksi, diyabet tipi, komplikasyonlar, eşlik eden hastalıklar açısından araştırıldı. Her parametrenin anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ile ilgisi değerlendirildi. HAD anksiyete skoru 37 (% 31) hastada, depresyon skoru 51 (% 43) hastada yüksekti. Kadınlarda HAD A puanı ortalaması 8,71, HAD B puanı ortalaması 8,52 idi. Erkeklerde puan ortalamaları sırasıyla 4,78 ve 4,61 idi. EQ5D ile değerlendirilen hastaların % 23,7'sinde mobilite, % 11'inde öz-bakım, % 17'sinde olağan faaliyet, % 51,7'sinde ağrı / rahatsızlık ve % 44,9'unda anksiyete / depresyon problemleri bildirildi.

Sınırlı sayıda hastadan elde edilen ön sonuçlarda depresyon ve anksiyetenin diyabetik hastalar için önemli sağlık sorunları arasında olduğu görülmektedir. Bu çalışmada diyabetik hastalarda ağrı / rahatsızlık problemlerinin en sık görülen sorun olduğu belirlendi.

SONUÇ: Diyabetes Mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi durumlarının değerlendirilmesi aile hekimleri için önemlidir. Bu konuda yapılan yerel araştırmalar sınırlı sayıdadır. Konuyu tedavi boyutuyla da değerlendirecek daha kapsamlı çalışmaların yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Anksiyete, Depresyon, Yaşam kalitesi

P-063

VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ VE FİZİKSEL AKTİVİTENİN, MENOPOZAL SEMPTOMLAR ÜZERİNE ETKİSİMakbule Neslişah Tan, Mehtap Kartal, Dilek Güldal

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

AMAÇ: Menopozal semptomlar kadın sağlığını olumsuz etkilemektedir. Pek çok kadın elde edilen son kanıtlara bağlı olarak hormon replasman tedavisi (HRT) almayı tercih etmediğinden, menopozal semptomları hafifletmek için alternatif yaklaşımlar geliştirmenin önemi ortaya çıkmaktadır. Etkinlikleri konusunda çelişkili bilgiler olmasına rağmen; düzenli fiziksel aktivite ve kilo kontrolü yakınmaları hafifletmede faydalı olabilir. Bu çalışmanın amacı; perimenopozal ve postmenopozal kadınlarda, fiziksel aktivite ve vücut kütle indeksinin menopozal semptomlar üzerine olan etkisini incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu kesitsel çalışmada, aynı bölgede çalışan beş aile hekiminin kayıtlı nüfusundan 45-60 yaş arası rasgele 305 kadın seçildi. Katılımcılara Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi uygulandı. Seçilen kadınlar; sosyodemografik özellikler, genel sağlık, HRT, sigara kullanımı, kanama şekilleri, fiziksel aktivite durumu, kilo ve boyu içeren bilgi anketini tamamladı.

BULGULAR: Fiziksel olarak aktif kadınlarda, olmayanlara göre daha düşük toplam menopozal, somato-vejetatif, psikolojik ve ürogenital puanlar saptandı ($p<0,05$). Fiziksel aktivite durumuna göre vazomotor semptomlarda fark kaydedilmedi. Ancak uyku, cinsel sorunlar, eklem ve kas rahatsızlıkları, idrar sorunları ve vajinal kuruluk yaşayan kadınların çoğu fiziksel olarak inaktifti ($p<0,05$). VKİ ile depresif ruh hali arasında doğru orantılı bir ilişki saptanırken ($p=0,009$) diğer parametrelerle arasında bir ilişki saptanamadı. En sık görülen semptomlar; fiziksel ve ruhsal yorgunluk (%76,1), cinsel sorunlar (%71,8) ve sıcak basması (%70,5) idi. Eğitimli, çalışan, kronik hastalığı ve kronik ilaç kullanımı olmayanlarda toplam menopoz semptom puan ortalamaları daha düşüktü ($p<0,05$). Somato-vejetatif şikayetler sigara içenlerde daha fazlaydı ($p=0,037$).

SONUÇ: Fiziksel aktivite, menopozal semptomların iyileştirilmesinde önemli bir rol oynayabilir. Birinci basamak hekimleri için yaşam tarzı değişiklikleri, koruyucu hekimliğin yanısıra menopozal semptomların iyileştirilmesi bakımından da kaçırılmaması gereken bir fırsattır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, menopozal semptom, vücut kütle indeksi

P-064

ÇOCUKLARDA FEBRİL VE AFEBRİL KONVULZİYON ORANLARININ İNCELENMESİ

Muzaffer Tanrıöver¹, Oktay Sarı¹, Ümit Aydoğan¹, Mutluay Aslan², Bayram Koç¹, Sebahattin Vurucu², Rıdvan Akın²

¹GATA Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

²GATA Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Febril konvülsiyonlar, çocukluk çağı konvülsiyonlarının en sık rastlanan türüdür. Her yaşta karşımıza çıkabilmesine rağmen okul çağıyla sıklığı azalmaktadır.

Çalışmamızda nöbet geçirme öyküsü olan çocukların febril ve afebril konvulziyon sıklığını araştırdık.

Gereç YÖNTEM: Çalışmaya, Eylül -Aralık 2011 tarihleri arasında GATA Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran ve çocuklarında nöbet geçirme öyküsü olan ebeveynler dahil edildi. Ebeveynlere çocuklarının nöbet geçirme yaşı, nöbet tipi, geçirdiği nöbet sayısı ve süresi hazırlanan soru formu ile sorgulandı.

BULGULAR: Çocukların yaş ortalaması:7,5±5,2'ydi. Çalışmamıza dahil edilen çocukların %74,6' sının nöbet tipi afebril olarak saptandı. Nöbet sayısı bakımından çocukların %65,1' i üçten fazla, %14.3' ü iki kez, %14.3'ü bir kez ve %6,3'ü ise üç kez konvulziyon geçirmişti. Nöbet süresi açısından çocukların %25,4'ünün nöbetleri 1 dakikadan az, %39.7'sinin 1-5 dakika arası, %15.9'unun 5-10 dakika arası, %11.1'inin 10-30 dakika arası ve %7.9'unun ise 30 dakikadan fazla sürmüştü. Çocukların %28.6'sının anne, baba, kardeş veya yakın akrabalarında febril ya da afebril konvulsiyon geçirme öyküsü mevcuttu.

SONUÇ: Febril konvulsiyonlar, sıklıkla 6 ay-6 yaş arasında görülmektedir. Pik yaşı 18 aydır. Çocukların %50'si 12-30 aylıkken prezente olur. %6-15'i ise dört yaşından sonra ortaya çıkar. Altı yaşından sonra görülmesi nadirdir. Çalışmamızdaki çocukların yaşlarının ortanca değeri 7,0 olarak bulunmuştur. Afebril konvulziyon oranının daha yüksek bulunması literatürle uyumludur.

Anahtar Kelimeler: febril, afebril, konvulziyon, oran

P-065

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İRRİTABL BARSAK SENDROMU PREVALANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Muharrem Pangal¹, Mustafa Mümtaz Mazıcıoğlu¹, Mustafa Alper Yurci², Elif Deniz Şafak¹, Şebnem Gürsoy², Hasan Basri Üstünbaş¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kayseri

AMAÇ: Bu çalışmayı Kayseri ili birinci basamak sağlık çalışanlarında, irritable barsak sendromu (İBS) prevalansı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla tasarladık.

METOD: Kayseri Türkiye'nin 1.200.000'den fazla nüfusa sahip bir ilidir. Kayseri ilinde birinci basamak sağlık hizmeti veren aile sağlığı merkezleri (ASM), toplum sağlığı merkezleri (TSM), sağlık evleri (SE) ve entegre devlet hastanelerinde (EDH) çalışan 1120 sağlık personelinin tümünü çalışmamıza dahil ettik. Bu çalışma Mayıs - Ekim 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Toplam 751 kişi anket formunu doldurup onam formunu imzalayarak çalışmaya katıldı. Ancak bunlardan 14 kişi dışlama kriterleri nedeniyle çalışmaya alınamadı. Nihai olarak evrenimizin %65.8'i (737/1120) çalışmaya alındı. İBS tanısı için Roma III kriterlerini kullanıldı. Ayrıca katılımcıların sosyodemografik özellikleri, yaşam tarzı ve alışkanlıkları, hastalık özgeçmişleri, alarm semptomları, depresif semptomları ve İBS semptom şiddetini sorgulandı. İBS varlığı ile; yaş, cinsiyet, gelir düzeyi, meslek, evlilik durumu, evde yaşayan kişi sayısı, fiziksel aktivite düzeyi, sigara-alkol kullanımı, kahve, çay içimi arasındaki ilişki tek ve çoklu değişkenli Lojistik Regresyon analizi ile yapıldı. İstatistiksel inceleme için SPSS 15,0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 737 kişinin yaş ortalaması 37.2 (6.9) ve 454'ü (%61.6) 40 yaş altında, 444'ü (%60.2) kadın, 293'ü (%39.8) erkekti. Sağlık çalışanlarında İBS prevalansını %12.9 (kadınlarda %15.1, erkeklerde %9.6) olarak saptadık. İBS'lileri alt tiplere göre ayırdığımızda 25'ini (%26.3) İBS-K (constipation), 14'ünü (%14.7) İBS-D (diarrhea), 54'ünü (%56.8) İBS-M (mixed) ve 2'si ni (%2.2) İBS-U (unsubtyped) olduğunu tespit ettik. Her iki cinsiyette de en sık rastlanan alt tip İBS-M'dir.

İBS prevalansı ile sosyodemografik özellikler, yaşam tarzı ve alışkanlıklar arasında anlamlı bir ilişki saptamadık. Çalışma grubumuzda İBS'lilerde orta ve yüksek şiddette semptomu sahip olanların oranı %53,7 idi. Kırk yaş altında olanlarda ise bu oran %62.5'dir (χ^2 :9.519, p:0.023). İBS'lilerde, İBS'li olmayanlara göre alarm semptomu anlamlı düzeyde yüksekti (χ^2 =22.177 p<0.001). İBS'lilerde İBS'li olmayanlara göre yandaş hastalığa sahip olma ve ilaç kullanma oranını daha yüksek bulduk (χ^2 =11.626 p=0.001).

Regresyon analizinde İBS prevalansı ile depresif semptomlar, kadın cinsiyet ve il merkezinde çalışma arasında artan bir ilişki; entegre devlet hastanesi sağlı elemanı olma arasında ise azalan bir ilişkisi olduğunu saptadık. Çoklu regresyon analizinde İBS prevalansı ile depresif puan ve il merkezinde çalışma arasında artan bir ilişki saptadık.

SONUÇ: Bildiğimiz kadarıyla bizim çalışmamız sağlık çalışanlarında yapılmış ilk çalışmadır. Sağlık çalışanlarındaki İBS prevalansını genel toplum çalışmalarıyla benzer bulduk. Ayrıca orta ve yüksek şiddette İBS semptomlarının kişilerin günlük aktivitelerini etkileyeceğini düşünüyoruz. Sonuç olarak İBS ve depresyon birlikteliği mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, irritable barsak sendromu, Sağlık çalışanları, prevalans.

P-066

NÖRAL TÜP DEFECTİ GEBELİĞİ OLAN OLGUDA TERMİNASYON KARARI

Orhan Polat Örs¹, Ayşe Nur Çakır Güngör², Meryem Gencer², Kaya Yücesoy², Servet Hacivelioglu², Betül Kızıldağ³, Fatma Sılan⁴

¹tepecik eğitim araştırma hastanesi, aile hekimliği kliniği

²18 mart üniversitesi tıp fakültesi kadın doğum anabilim dalı

³18 mart üniversitesi tıp fakültesi radyodiagnostik anabilim dalı

⁴18 mart tıp fakültesi tıbbi genetik anabilim dalı

GİRİŞ: Türkiye'de nöral tüp defektleri (NTD) konjenital anomalilerinin en ağırlarından olup epidemiyolojik bulgular prevalansın bölgesel ve demografik özelliklere göre değiştiğini göstermektedir. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de NTD sıklığı ve dağılımındaki farklılıklar; etiyolojik faktörler olarak beslenme, kültürel veya genetik nedenler gibi bazı özgün veya özgün olmayan nedenlerin incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Nöral tüp defektli bebeklerin doğumlarının önlenmesinde alfa-fetoprotein (AFP) ve ultrasonografi çok iyi iki tarama testidir. Gebeliğin 16-18. haftalarında 3 MoM değerinin üstündeki AFP değerlerinin duyarlılığı anensefali için %98.2, spina bifida için %97.0'dır.1,2 Bu çalışma ile de NTD olan bir olguda terminasyon kararı hakkında bilgi verilerek konunun önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

OLGU: Dörtlü test NTD riski yüksek, AFP değerleri 4.28 MoM olan, bu nedenle Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine sevk edilmiş olan, son adet tarihine göre 17 hafta 3 günlük G1P0 gebede yapılan fetal ultrasonografide posterior ventrikül genişliği 16 mm olarak ölçüldü, limon belirtisi (+), lomber bölgede 2,5cm.lik NTD saptanan hastaya amniosentez uygulandı. Normal 46 XX karyotipinde olan hastaya fetal manyetik rezonans (MRI) önerildi. MRI sonucunda spina bifida aperta görülen olgudaki mevcut bulguların öncelikle Chiari tip II anomalisi lehinde olduğu belirtildi. Bunun dışında ekstra anomali saptanmadı. Bu bulgularla beyin cerrahisi konsültasyonu yapılan olguya; kadın hastalıkları ve doğum ile beyin cerrahisinin ortak görüşü olarak gebeliğin terminasyonu önerildi. Olgu terminasyon amacı ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisine yatırıldı ve terminasyon gerçekleştirildi.

SONUÇ: NTD'nde tanı koyma deneyim ve dikkatli incelemeye gereksinim duymaktadır. Küçük açık NTD'leri dikkatli incelemeye rağmen gözden kaçabilmektedir. Kraniumun ventral kesimindeki simetrik yassılaşma, limon belirtisi, serebellar bulgularsa muz belirtisi adını alarak NTD'yle birliktelik gösterir ve spinal açıklığın göstergesi olarak kullanılmaktadır.3 Unutulmaması gereken bir nokta da folik asit kullanımının teşviki halinde bu anomalilerin büyük oranda önlenebilecek olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Defekt, nöral tüp, terminasyon.

P-067

**VENTRİKULER SEPTAL DEFEKT VE MİTRAL YETMEZLİĞİ OLAN GEBEDE DOĞUM EYLEMİ:
OLGU SUNUMU**

Ayşe Nur Çakır Güngör¹, Bahadır Kırılmaz², Orhan Polat Örs³, Ufuk Öztürk², Evrim Koç¹, Emine Coşar¹

¹Çanakkale 18 mart tıp fakültesi kadın doğum anabilim dalı

²Çanakkale 18 mart tıp fakültesi kardiyoloji anabilim dalı

³İzmir tepecik eğitim araştırma hastanesi, aile hekimliği kliniği

GİRİŞ: Gebelerde, doğuma bağlı olmayan mortalite ve morbidite nedenleri içerisinde, kalp hastalığı önemli bir yer tutar. Gelişmiş ülkelerde, gebe kadınların %1'den azında kalp kapak hastalığı görüldüğü bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde romatizmal kapak hastalıklarının önemini koruyan bir sağlık sorunu olduğu gerçeği göz önüne alındığında, ülkemizdeki gebe kadınlarda kalp kapak hastalıklarının daha sık karşımıza çıkması beklenmelidir.1 Bu gebelerde doğumlar sorunlu olabilmekle birlikte; birçoğu normal bir şekilde gerçekleşebilir. Bu çalışma ile hem ventrikuler septal defekti (VSD) hem de minimal mitral yetmezliği (MY) bulunan bir gebenin doğum eylemi anlatılarak, konunun önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

OLGU: Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğinde takip edilen 19 yaşındaki VSD+MY olan 34 hafta+3 günlük gebe sabah başlayan kasılmaları ve suyunun gelmesi şikayeti ile acil servise başvurdu. Öncesinde yapılan ekokardiyografisinde perimembranöz tip VSD ve 1. 2. derece MY tespit edilmişti. Buna rağmen sol atrium boyutları ve pulmoner arter basınçları normal sınırlarda ölçülmüştü. Biyokimyasal tetkikleri normal olan olgunun; açıklığının 6-7cm ve silinmesinin %80 olması üzerine preterm eylem tanısı ile yatışı yapıldı. Hastaya VSD nedeniyle endokardit profilaksisi yapıldı. Anne ve bebek kontini monitorize edildi. Takipte anne ve bebekte herhangi bir sorun oluşmadı. 2 saat sonra spontan vajinal yolla epizyotomili normal doğumla 1. dakika apgar skoru 7, 5. dakika 8 ve 10. dakikada 9 olan, 2100 gr erkek bebek doğurtuldu. Bebek küveze alınarak kontini O2 verildi; hasta ve bebeğin takibinde problem olmaması üzerine önerilerle taburculuğu yapıldı.

SONUÇ: Gayet iyi bilindiği gibi konjenital kalp hastalıkları bulunan gebelerin takip ve tedavisinin pek çok zorluğu vardır. Buna rağmen, kalp hastalığı olan kadınların çoğu başarılı gebelikler geçirerek, normal şekilde doğum eylemi gerçekleştirebilirler. Bu açıdan, bu tür gebeliklerin takibi; deneyimli kardiyolog, kadın doğum uzmanı, anestezi uzmanı, klinik genetik uzmanı ve yenidoğan uzmanından oluşan bir ekip tarafından yapılmalıdır. Sonrasında bireysel ihtiyaca göre bölgesel hastane veya aile hekimi tarafından izlem, doğumun yeri ve şekli konusunda bir organizasyon yapılabilir.2

Anahtar Kelimeler: Doğum, gebelik, konjenital kalp hastalığı

P-068

AİLE HEKİMLİĞİ'NİN GELECEĞİ: BİR DOKÜMAN DEĞERLENDİRMESİ

Yasemin Çayır¹, Turan Set¹, Ümit Avşar¹, Ümmü Zeynep Avşar²

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olmakla birlikte, aile hekimliğinin geleceği ile ilgili tartışmalar da devam etmektedir. Bu çalışmada, 2002 yılında Amerika’da 7 farklı Ulusal Aile Hekimliği Kuruluşu liderliğinde başlatılan “aile hekimliğinin geleceği projesinin” (The Future of Family Medicine Project) yorumlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: “Aile Hekimliğinin Geleceği Projesi (The Future of Family Medicine Project)” incelendi ve güncel bilgiler ışığında yorumlandı. Bu proje kapsamında final raporu ve aile hekimliğinin geleceğine dair beş ayrı görev tanımı mevcuttu.

BULGULAR: Aile hekimliğinin geleceğinden söz edebilmek için disiplinin kendi içinde, uzmanlık eğitiminde ve sağlık sisteminde şu 5 değişikliğin yapılması gerekmektedir: 1) Birinci basamakta hastaların beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılamak üzere aile hekimlerinin güvenli, etkili, verimli, hasta merkezli ve zamanında hizmet vermeleri gerekmektedir. 2) Aile hekimliği uzmanlık eğitimi kanıta dayalı tıpla ilişkilendirilmeli, teknolojik olarak günceli yakalamalı ve eğitim müfredatı gebe bakımından kronik hastalıkların takibine ve yatan hastalara verilebilecek hizmetlere kadar genişletilmelidir. 3) Aile hekimlerinin kişisel, profesyonel ve uygulama alanlarında gelişimlerini sürdürmeleri için uygun yaşam boyu öğrenme programları planlanmalıdır. 4) Tıpta ve sağlık hizmetlerinde aile hekimliğinin rolünün hastalar ve diğer uzmanlar tarafından anlaşılması için çeşitli stratejiler geliştirilmelidir. 5) Gelecekte sağlık hizmetlerinin şekillenmesinde aile hekimliğinin lider rolünün belirlenmesi gerekmektedir. Aile hekimliğinin sürdürülebilirliğinin ancak bu değişikliklerle sağlanabileceği öngörülmektedir.

SONUÇ: Günümüz sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uzmanlarının önemi, hatırı sayılır kanıtlarla desteklenmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de değişen sosyal çevre ve hasta ihtiyaçlarıyla birlikte aile hekimliği disiplini, yapılan çalışmaların ve önerilerin ışığında kendini yenilemeli ve geliştirmelidir. Aile Hekimliğinin Geleceği Projesinde belirtilen öneriler doğrultusunda Türkiye için şu dersler çıkarılabilir: 1) Güvenli, etkili, verimli, hasta merkezli ve zamanında hizmet vermek için alanında iyi yetişmiş aile hekimliği uzmanları tarafından var olan aile hekimliği uygulaması geliştirilmelidir. 2) Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde aile hekimliğine önem verilmeli ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi için de asgari yeterlilikler, hedefler ve yöntemler belirlenip uygulanmalıdır. 3) Sağlık Bakanlığı, TAHUD ve sivil toplum örgütleri aracılığıyla aile hekimlerinin kişisel ve mesleki gelişimleri desteklenmelidir. 4) Hekimlere sağlık hizmeti sunumu eğitimi verildiği kadar hizmet alıcısı bireylere de sağlık sistemini ve özellikle de aile hekimlerini tanıtıcı, beklentilerini rasyonalize edici eğitimler verilmeli, bilgilendirmeler yapılmalıdır. 5) Sağlık sisteminin şekillenmesinde aile hekimleri ile politika koyucular arasında daha yakın bir işbirliği yapılmalıdır. Bu bağlamda “The Future of Family Medicine Project” yararlı bir kaynak olabilir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, eğitim, sağlık sistemi

P-069

AKUT İSKEMİK İNMEDE AORTİK SERTLİĞİN VE PLAZMA BEYİN NATRİÜRETİK PEPTİDİN PROGNOSTİK ROLÜAkın Dayan¹, Murat Biteker², Temel Özden³, Handan Mısırlı³¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Nöroloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmada hospitalize edilmiş akut iskemik inmeli hastalarda, aortik stiffnessın ve plazma beyin natriüretik peptid (BNP) seviyelerinin prognostik rolü ve gücünün değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: İlk kez iskemik atak geçiren ve inme semptomlarının başlanmasından itibaren ilk 24 saat içerisinde hospitalize edilen 50 yaş ve üstü 310 hasta (158 erkek, ortalama yaşı 71.1±11.5 yıl) prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Akut iskemik inme tanısı, TOAST sınıflamasına göre değerlendirilerek konuldu. Tanı konulduktan sonra ilk bir saat içerisinde tüm hastalardan BNP seviyeleri ölçülmek üzere kan alındı. Aortik elastikiyet endeksi, aortik strain and distensibilite, transtorasik ekokardiografi ile aortik çap ölçümlerinden yararlanılarak hesaplandı. Hastalar mortalite yönünden bir yıllık takibe alındı..

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 310 hastadan, 110 (%35.5)'una kardioembolizm (KE), 96 (31%) 'sına geniş damar ateroskleroza (GDA), 77 (%24.8) 'sine küçük-arter oklüzyonları (KAO), ve 27 (%8.7) 'sine ise diğer çeşit iskemik inme tanısı konuldu. 51 (%16.5) hastada ölüm gerçekleşti. Multivariate logistik regresyon analizinde, Ulusal Sağlık Entitüsü İnme Skala skoru >13 (OR = 1.29, %95 CI 1.176-1.421, p <0.001), diyabet hastalığı (OR = 0.284, %95 CI 0.099-0.814, p=0.019), BNP> 235 pg/mL (OR = 1.255, % 95 CI 0.993-1.653, p=0.04), aortik distensibilite (OR: 1.403; %95 CI: 1.115–2.433; p = 0.02) ve aortik strain (OR: 1.152; %95 CI: 1.053–1.254; p = 0.001) mortaliteyi predikte eden bağımsız risk faktörleri olarak bulundu.

SONUÇ: Prospektif olarak yapılan bu çalışmada, ilk kez akut iskemik inme geçiren hastalarda aortik stiffnes ve plazma BNP ölçümü mortaliteyi belirleyen bağımsız risk faktörü olarak saptanmıştır. Plazma BNP ölçümü, KE inmenin diğer iskemik inme çeşitlerinden ayırıcı tanısında kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: akut iskemik inme, aortik sertlik, beyin natriüretik peptid

P-070

NONKARDİYAK CERRAHİLERDE, PERİOPERATİF AKUT BÖBREK HASARI (ABH) İNSİDANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE SONUÇLARI

Akın Dayan¹, Murat Biteker², Ahmet İlker Tekkeşin², Mehmet Mustafa Can³, Erkan İlhan⁴, Gülizar Şahin⁵

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

³Malatya Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Malatya

⁴Van Erciş Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Bölümü, Van

⁵Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Kardiyovasküler cerrahi dışında operasyon olan hastaların, perioperatif ABH risk faktörleri ve sonuçları açıkça tanımlanmamıştır. Bu çalışmada daha önce normal renal fonksiyonu olan, kardiyovasküler cerrahi dışında operasyon olan hastalarda, perioperatif ABH insidansı, risk faktörleri ve klinik sonuçları incelendi.

GEREÇ-YÖNTEM: Major kardiyovasküler cerrahi dışında bir operasyon geçirecek olan toplam 1200 erişkin ardışık hasta (ortalama yaş = 65.7±13.9 yıl) prospektif olarak değerlendirildi. Daha önce renal disfonksiyonu olan hastalar (serum kreatin düzeyi erkeklerde >1.6 mg/dL ve kadınlarda >1.4 mg/dL) çalışmaya alınmadı. Çalışmanın primer sonlanım noktası olan perioperatif ABH, RIFLE (risk, hasar, yetmezlik, fonksiyon kaybı, ve son dönem böbrek hasarı) kriterleri ile tanımlandı.

BULGULAR: 81 hastada (%6.7) perioperatif ABH gelişti. Multivaryant lojistik regresyon analizinde yaş, diyabet, revize edilmiş kardiyak risk sınıflaması ve Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) fiziksel durum sınıflandırma skalası ABH için bağımsız risk faktörü olarak bulundu. ABH gelişen hastalarda kardiyovasküler komplikasyonlar (%33.3 vs %11.3; P < 0.001) ve hastane mortalitesi (%6.1 vs %0.9; P = 0.003) ABH gelişmeyen hastalara göre daha yüksekti. Kaplan-Meier analizinde operasyondan sonraki ilk 2 hafta içerisindeki nonkardiyak komplikasyonların oranları her iki grup içinde benzerdi (%22.2 vs %20.3, P = 0.456). Fakat cerrahiden 2 hafta sonraki nonkardiyak komplikasyonların oranları ABH hasta grubunda daha yüksekti (% 13.6vs %3.8, P < 0.001).

SONUÇ: Nonkardiyak cerrahi sonrası ABH gelişimini predikte eden birçok preoperatif risk faktörleri bulunmuştur. Perioperatif ABH, kardiyak komplikasyonlar, cerrahi girişimden sonraki 2 hafta sonrasındaki nonkardiyak komplikasyonlar ve hastane mortalitesini öngörmede bağımsız risk faktörüdür.

Anahtar Kelimeler: akut böbrek hasarı, nonkardiyak cerrahi, risk faktörü

P-071

MADDE BAĞIMLILIĞI POLİKLİNİĞİ HASTALARININ SİGARA İÇME DAVRANIŞLARI

Melis Şimşek¹, Görkem Yararbaş², Ayşe Ender Altıntoprak², Kurtuluş Öngel¹

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Madde Bağımlılığı ve Toksikoloji Birimi, İzmir

GİRİŞ: Sigara bağımlılığı, tütün kullanımına bağlı belirgin sorunlar yaşanmasına karşın devam ettirilen tütün kullanma davranışıyla birlikte bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtileri içeren bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmaktadır.1 Temininin kolay, kullanımının yasal olması ve eroin, kokain, alkol, esrar gibi madde bağımlılıkları için geçiş maddesi olması nedeniyle sigara bağımlılığı en sık görülen madde bağımlılığı tipidir.2 Bu çalışma ile; sigara bağımlılığı ile ilişkili etmenler araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma, Aralık-Ocak 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya ilgili tarihlerde sözel onamı alınmış, maksimum sayıdaki gönüllü dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan kişilere, araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olan 18 soruluk sigara bağımlılık anketi ile birlikte Fagerström testi uygulanmıştır. Sonuçlar SPSS istatistik programında yüzde dağılım şeklinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya, basit tesadüfi yöntemle, yaşları 20 ile 68 arasında değişen toplam 113 kişi dahil edilmiştir. Populasyonun %61,1'ini (69 kişi) kadınlar, %38,9'unu (44 kişi) erkekler oluşturmaktadır. Ortalama sigaraya başlama yaşı 17,80±4,29 yaş (min:6 max:39) olarak tespit edilmiştir. 60 kişi (%53,1) ile büyük çoğunluk günde 10-20 tane sigara içmektedir. Çalışma kapsamındaki 53 kişi (%46,9) 20 yıldan uzun süredir sigara içmektedir. Sigaraya başlama sebebi 87 kişide (%77) arkadaş çevresidir. 77 kişi (%68,1) sigara içerek rahatladığını ifade etmektedir. Çalışma kapsamındaki 40 kişi (%35,4) hastalandıkları zaman sigarayı bırakmayı düşünmeye başlamışlardır. 79 kişi (%69,9) ilk sigarasını sabah uyandıktan sonraki ilk yarım saat içerisinde içmektedir. Benzer şekilde 86 kişi ile (%76,1) büyük çoğunluk, sigara içilmeyen yerlerde sigara içmemekte zorlanmaktadır; 73 kişi de (%64,6) sabah ilk içilen sigarayı bırakmakta zorlanmaktadır.

SONUÇ: Bu konuda sigara karşıtı kampanyaların geliştirilmesi ve özellikle 18-20 yaş grubunun korunması ile bu yaş grubunun eğitiminde en çok etkisi olan bireylerin sigara bağımlılığı, zararları ve bırakma yöntemleri konusunda eğitilmeleri gerektiği görüşünderiz. Mevcut olguların da sigara bırakma programlarına alınması, düzenli izlem ve motivasyon desteği sağlanması sigarayı bırakma konusundaki başarıyı arttıracaktır.

Kaynaklar:

1) Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. baskı (DSM-IV) (Köroğlu E; çev. ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.

2) Doğan YB. Bağımlılık Kavram ve Anlayışı. Dilbaz HN; ed. Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı. Ankara; 1998:1-8.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, sigara

P-072

PELVİK BÖBREK: OLGU SUNUMU

Tuncer Kumcular¹, Ayşe Nur Çakır Güngör¹, Meryem Gencer¹, Servet Hacivelioglu¹, Şule Koşar², Orhan Polat Örs³

¹Çanakkale 18 Mart Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı

²Çanakkale 18 Mart Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı

³İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

GİRİŞ: Ektopik böbrek, tahminen fetal böbreklerin pelvisten üst retroperitoneal bölgeye yer değiştirme işlemindeki inhibisyon ya da değişiminden kaynaklanan metanefroz gelişim anomalisidir. Pelvik böbrek, görülme sıklığı 1/2200-1/3000 arasında olan bir rahatsızlıktır.1 Sıklıkla obstruktif üropati, reflü, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem ve jinekolojik anormallikler ile birlikte görülür. Bu rahatsızlıkta, taş ve hidronefroz görülme olasılığı dışında, diğer böbrek hastalıklarına duyarlılığın da artmış olduğu düşünülmektedir.2 Görülme sıklığı oldukça yüksek olmasına rağmen; büyük adneksiyel kitlelerin ayırıcı tanısında pelvik böbreğin de akla gelmesinin gerekliliğini vurgulamak amacıyla bu vaka hazırlanmıştır.

OLGU: Son bir yıldır adet düzensizliği yakınması ile Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi jinekoloji polikliniğine başvuran; 42 yaşında, G3P2Y2, bir adet D/C öyküsü olan, klimakterik bayan hastanın pelvik muayene ve transvaginal ultrasonografisinde (USG) pelvik kitle saptanmıştır. Pelvik kitle ile ektopik böbrek ayırımı tam yapılamayan olgudan tüm batın USG'si ile birlikte pelvik USG'de istenmiştir. Olgunun batın USG'de anomali saptanmamış; sol böbrek normal lokalizasyonunda izlenmemiş, gerçek pelvis lokalizasyonlu rotasyon anomalisi gösteren sol iliak vasküler yapılar düzeyinde pelvik ektopik böbrek saptanmıştır. Sol renal peste hafif ektazi görülen, sağ böbrek normal yerleşimli olan olguda, uterus arkuatus anomalisi izlenmiştir.

SONUÇ: Birçok gelişimsel anomali ile birlikte görülebilen ancak genital anomaliler ile görülme olasılığı daha yüksek olan ektopik böbreğin pelvis içinde kitle olarak algılanmasının olası yanlış tanı ve tedavi girişimlerine yol açabileceği unutulmamalıdır. Bu olgudaki uterus arkuatus anomalisi gibi genital anomaliler ile seyretmesine rağmen yaşamsal patoloji teşkil etmeyen başka bir olguda, yanlış anlaşılmaya bağlı komplike sonuçların ortaya çıkabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ektopik böbrek, jinekoloji, pelvik kitle

P-073

ANTİBİYOTİK İLİŞKİLİ İSHALLERİN AİLE HEKİMLİĞİ PRATİĞİNDE DEĞERLENDİRİLMELERİ

Murat Korkmaz¹, İlhami Ünlüoğlu², Murat Ünalacak², Pınar Korkmaz³

¹Eskişehir Alpu İlçe Devlet Hastanesi

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi

GİRİŞ: Antibiyotikle ilişkili ishal (Aİİ) tanımı, başka bir nedenle açıklanmayan ve antibiyotik kullanımı sonrasında gelişen ishaller için kullanılır. Karın ağrısı, kanlı mukuslu sık ama az miktarda dışkılama ve tenezm yakınmalarıyla başvuran hastaların öyküsünde; son dört-altı hafta içinde antibiyotik kullanımı veya hastanede yatış öyküsü varsa Aİİ akla getirilmelidir. En sık yol açan antibiyotikler; oral beta-laktamaz inhibitörlü kombinasyonlar ve sefiksim %10-15, ampicilin ve klindamisin %5-10 başta gelirken, oral sefalosporinler, kinolonlar, makrolid türevleri ve tetrasiklinler % 2-5 arasında değişen oranlardadır. Aİİ çoğu kendi kendini sınırlayabilir, basit ishal kliniği taşıyan olgular birinci basamakta tedavi edilebilir.

AMAÇ: Bu çalışmada doğrudan ikinci basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran antibiyotik ilişkili ishal olgularının aile hekimliği pratiği yönünden değerlendirilmesi amaçlandı.

Materyal_ METOD: 01.09.2009 – 01.09.2010 tarihleri arasında Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 13 Aİİ olgusu çalışmaya alındı.

BULGULAR: Hastaların 8'i (%61.5) erkek, 5'i (%38.5) kadındı, yaş ortalaması 44.07± 18.2 idi. Çalışmaya alınan hastaların en sık kullandığı antibiyotikler sırasıyla; ampicilin 6 (%46.2), sefalosporin grubu 4 (%30.8), klindamisin 2 (%15.4), tetrasiklin 1 (%7.7) idi. Antibiyotik alımından ishal başlayana kadar geçen sürenin ortalaması 6.6±3.15 idi. Başvuruda ishal süresi ortalaması 3.5±3.5, günlük dışkılama sayısı ortalaması 5.8±3.1 idi. Öyküde karın ağrısı olguların tümünde, bulantı 10'unda (%76.9), kusma 9'unda (%69.2), tenezm 4'ünde (%30.8), ateş 4'ünde (%30.8) mevcuttu. Dışkı makroskopik incelemesinde 4 (%30.8) olguda mukus, 3 (%23.1) olguda kan mevcuttu. Dışkı mikroskopisinde 4'ünde (%30.8) lökosit ve eritrosit mevcuttu, 9'unda (%69.2) herhangi bir özellik yoktu. Hastaların 4'ünde (%30.8) kolit bulguları mevcut iken; 9'unda (%69.2) hafif derecede ishal mevcuttu. Kolit bulguları olan 4 (%30.8) hasta hospitalize edilmiştir. Verilen tedaviler ayaktan izlenen olgularda 9 (%69.2) kullanılan antibiyotiğin kesilmesine ek olarak ishal diyeti iken, yatırılan olgularda 4 (%30.8) kullanılan antibiyotiğin kesilmesine ek olarak mayi replasmanı, ishal diyeti verilmiş ve yatırılan hastaların 3'ünde (%23) bu tedavilere ek olarak metronidazol kullanılmıştır. Tüm hastalarda ishal kliniği tedaviye yanıt vermiştir.

SONUÇ: Aİİ olgularının büyük bir çoğunluğu mevcut antibiyotiğin kesilmesi ve ishal diyeti ile kendi kendini sınırlamıştır, olguların tümü doğrudan ikinci basamağa başvurmuşlardır, olgular içerisinde hafif ishal bulguları taşıyanların birinci basamakta tetkik ve tedavileri yapılabilir. Ancak ciddi kolit bulguları taşıyan olguların ikinci basamağa sevkı gereklidir

Anahtar Kelimeler: antibiyotik, birinci basamak, ishal

P-074

AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ YÖNETİCİSİNİN YÜKÜMLÜLÜĞÜ VE HAKLARI

Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi ABD Başkanı

Aile Sağlığı Merkezi (ASM) sağlıkta dönüşüm programı kapsamında bir işletme olarak tasarlanmıştır. Aile hekimleri, Sağlık Bakanlığı'nın talimatları doğrultusunda şu ana kadar sözleşmeli sağlık personeli statüsünde çalışmıştır. Birden fazla sayıda aile hekiminin çalıştığı ASM'lerde, bir aile hekiminin ASM yöneticisi seçileceği, bu ASM yöneticisi hekimin idari görevi olmayacağı ve idari konularda toplum sağlığı merkezi (TSM) sorumlu hekiminin yetkisi olduğu kimi zaman aile hekimleri dernekleri tarafından belirtilmektedir. Oysa sağlıkta dönüşüm kapsamında ASM yönetiminden sorumlu olan hekimin yönetsel sorumlulukları vardır. Söz konusu yükümlülüklerde TSM yöneticisi, ASM yöneticisi adına tasarruf yetkisine sahip değildir.

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ve 24/12/2010 tarihli ve 2010/1237 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile çıkarılan yönetmelik kapsamında ASM'de yönetici aile hekiminin vergi, sosyal güvenlik ve yerel yönetimler mevzuatlarına yönelik sorumlulukları ve yükümlülükleri vardır. Örneğin, yönetici aile hekiminin gelir vergisi kanunu, vergi usul kanunu, katma değer vergisi kanunu, damga vergisi kanunu, sosyal güvenlik kanunu göre yükümlülüğü vardır.

Gereç YÖNTEM: Aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesi sırasında yapılacak giderlerin karşılanması ve ASM yönetimine ilişkin yükümlülük Sağlık Bakanlığınca aile hekimlerine verilmiştir. ASM de yönetici olarak belirlenen aile hekiminin hukuki, mali yükümlülükleri, sorumlulukları ve hakları bu araştırma kapsamında ayrıntılı olarak incelenmiştir.

SONUÇ: ASM yöneticilerinin sağlık yönetimi fonksiyonlarını bilmeden ASM'lerini yönetmeleri mümkün değildir. Aile hekimlerinin kurumlar vergisi mükellefiyeti ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu'nun 172 ve 173 üncü maddelerinde belirtilen defter tutma mecburiyeti henüz yoktur. Fakat, aile hekimleri, hizmet erbabı olarak adlandırılan, vergiden muaf esnafa (bir işyeri açmaksızın gezici olarak ve doğrudan doğruya iş yapan esnaf) yaptırdıkları işler veya onlardan satın aldıkları emtia için gider pusulası düzenlemeye mecburdurlar. Hekimlik görevleri dışında yönetsel bir görev yükümlülüğü altına giren aile hekimlerinin bilgi, beceriye ihtiyaçları vardır. Ayrıca yönetim görevi olan hekimlerin ASM'nin diğer hekimlerine kıyasla daha fazla prim ve performans katsayısı almaları bu görevi nitelikli yapabilmelerini ve ihtiyaçları olan eğitimi alabilmelerini kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile Sağlığı Merkezi, Yönetim, Görev ve Sorumluluklar

P-075

PREEKLAMPSİDE PLASMA HOMOSİSTEİNİN YERİFatma Tufan¹, Erkan Şengül², Işın Yeşim Yeşilkaya²¹Mihalıççık Gün Sazak İlçe Hastanesi²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi**AMAÇ:** Preeklampsi ile plazma homosistein seviyesi arasındaki ilişkinin araştırılması.**YÖNTEM:** Bu çalışma Mart-Ağustos 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran 18 ile 44 yaş arasında değişmekte olan toplam 114 gebe üzerinde yapıldı. Planlanan çalışma için hastalardan ve hastane etik kurulundan 3 Mart 2009 tarihli 3160 sayılı onam alındı. 30 ağır preeklampsi, 24 hafif preeklampsi ve 60 sağlıklı gebe olmak üzere toplam 114 gebe üzerinde 3 grupta yapılmıştır. Hafif ve ağır preeklampsi gebeler çalışma grubu, sağlıklı gebeler de kontrol grubu olarak sınıflandırılmıştır.**BULGULAR:** Olguların ortalama yaşları 27.07 ± 5.92 'dir. Olgular "Ağır Preeklampsi" (n=30), "Hafif Preeklampsi" (n=24) ve "Kontrol" (n=60) olmak üzere üç grup altında incelenmiştir. 54 Preeklampsi ve 60 kontrol grubu olmak üzere 114 gebeden kan örnekleri alındı. Gebelerin plazma homosistein düzeyleri, kan biyokimya parametreleri, hemogram değerleri ve tam idrar tahlilleri incelendi.Çalışmaya katılan gebelerin demografik özellikleri (yaş, gravida, BMI,) benzerdi. Gruplara göre olguların homosistein düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.01$). Kontrol grubunun homosistein düzeyi ağır preeklampsi ($p: 0.001$) ve hafif preeklampsi ($p: 0.037$) gruplarından anlamlı şekilde düşüktür ($p < 0.01$; $p < 0.05$). Ağır Preeklampsi ve hafif preeklampsi gruplarının homosistein düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Preeklampsi grubundaki olguların sistolik arter basıncı, diastolik kan basıncı ve ortalama kan basıncı kontrol grubundan istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksektir ($p < 0.01$).**SONUÇ:** Çalışmanın sonuçları, plazma homosistein düzeylerinin preeklampsi gebelerde anlamlı olarak arttığı ve preeklampsinin şiddeti ile ilişkili olmadığı düşünülmektedir.

Preeklampsi etyolojisinde homosisteinin rolünün netleşmesi için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Preeklampsi, homosistein

P-076

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN VE BU MERKEZLERE BAŞVURAN HASTALARIN EMPATİ DÜZEYLERİ

Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu, Hatice Kalender

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi ABD Başkanı

AMAÇ:

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan aile hekimlerinin hastalarına; hastaların aile hekimlerine yönelik empati düzeylerini deneysel yöntemlerle ölçme amaçlı bir çalışma planlanmıştır.

Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Kadıköy ilçesinde mevcut olan Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvuran hastalar oluşturmaktadır. Kadıköy bölgesindeki ASMLerin % 25 i basit rastgele örneklem ile seçilmiştir. Bu ASM lerdeki aile hekimlerine hastasının durumunu empati ile algılayıp algılayamadığını sorgulayan anketler yapılmıştır. Aynı şekilde hastalara da muayene olduğu aile hekimine empati duygusu ile yaklaşp yaklaşmadığı sorgulanmıştır. Anketlerin hastalara uygulanı 10 sorudan oluşmaktadır. Hekimlere uygulanan anket ise 20 sorudan oluşmaktadır.

ASM de görevli aile hekiminden sağlık hizmeti alındıktan sonra hizmeti veren hekime ve hizmeti alan hastaya veya yaşça küçük ve cevap veremeyecek durumda yakınına yüz yüze sorularak, 1Nisan -30 Nisan 2011 tarihleri arasında Geçerlik ve Güvenirlik çalışması Kaptanoğlu-Yıldırım A ve ark. tarafından yapılan Jefferson Empati Skalası uygulanmıştır. Hasta ve hekimin yaş, cinsiyet vb sosyo-demografik özellikleri ile empati düzeyini belirleyen sorular skala da yer almaktadır.

Bulgular

Araştırmaya 7 ASM ve 14 hekim ve 864 hasta katılmıştır. Gerek hekimlerin yaşı ile empati skorları ($r=0.3$; $p= 0.54$) arasında gerekse hastaların yaşları ile empati skorları arasında ($r=0.2$; $p=0.31$) istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Hastaların cinsiyeti ile empati skorları arasında fark yoktur($t=12.54$; $p=0.09$). Fakat hekimlerin cinsiyeti ile empati skorları arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Kadın hekimlerin empati (Ort.=121.1, SD=9.7) düzeyi skorları erkek hekimlerin empati skoruna göre(Ort=116.1, SD=11.1) göre yüksek bulunmuştur($t=3.72$; $p= 0.002$).

Sonuç

Kadın hekimlerin empati düzeyleri erkek hekimlere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların onları tedavi ve takip eden hekimlerine karşı empati duygularının zayıf olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Empati, Aile Hekimi, Jefferson Empati Skalası

P-077

BİR OLGU ARACILIĞI İLE YAŞLI BİREYİN KAPSAMLI DEĞERLENDİRİLMESİEnder Ukşaş, Ferhat Ekinci, Saliha Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Yaşlı bireyler işlev kayıpları, çoklu kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı nedeni ile aile hekimliğinin kapsamlı yaklaşım özelliğinin en geniş anlamı ile kullanıldığı hastalardır. Bu anlamda bir yandan çok sayıda sorunu öncelik sırasına göre değerlendirirken bir yandan da koruyucu hizmetleri de yürütmek gerekir. Bu olgu sunumu aracılığı ile bu yaklaşımın gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

OLGU: Yetmiş-bir yaşında kadın hasta başka bir merkezde yapılan tetkikleri sonucunda miyelodisplastik sendrom (MDS) ön tanısı ile hematoloji polikliniğine yönlendirilmek üzere polikliniğimize başvurdu. Hasta polikliniğimize tekerlekli sandalye ile geldi. Amimik görünümlüydü. Kendisiyle iletişim kurulamadığı için yakınlarından alınan anamnezde hastanın eskiden yemeğini kendisinin yediğini ve çoğu ihtiyacını kendisinin gördüğünü ancak iki üç haftadır artık tamamen yatağa bağımlı hale geldiğini, günlük ihtiyaçlarını karşılayamadığını belirtiyorlardı. Yaşlı bireylerde işlevselliğin korunması öncelikli hedef olarak görülmeli ve tedavi planları bu yönde yürütülmelidir. Hastanın üç hafta öncesine göre belirgin işlev kaybı mevcuttu. Hastanın öz geçmişinde diyabet(20 yıl), hipertansiyon(20 yıl) ve Alzheimer(1 yıl) hastalığı vardı. İlaçları metformin 1000 mg 3x1, gliklazid 30 mg 1x1, rameprozol 20 mg 1x1, valsartan 160mg 1x1, gabapentin 3x1, risperidon 1x1, sertralin 1x1 ve rivastigmin patch 1x1 idi. Fizik muayenede amimik görünüm, TA:100/80 mmHg NDS: 90 vuru/dk SS: doğal, KVS: doğal, batın: doğal, sağ bacakta şişlik, kızarıklık ve ısı farkı mevcuttu. Hastanın öncelikli olarak acil problemlerinden başlanarak bütün sorunları ele alınmak üzere plan yapıldı. Derin ven trombozu (DVT) ön tanısı ile acilen planlanan tetkik sonuçlarının DVT ile uyumlu olduğunun bulgulanması üzerine düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Ayrıca hastanın genel durumunun kötüleşmesi, bunun sonucunda mobilizasyonun bozulması ve DVT gelişmesine neden olabilecek etiyolojik etmenler de araştırıldı. Bu sırada tarama amacı ile istenen tiroid fonksiyon testlerinde hipertiroidi saptandı ve thyramazol 3x1 başlanıp, etyolojiye yönelik tetkikler istendi. DM tedavisi kan şekeri glisemik kontrolü sağlayacak şekilde düzenlendi. İkinci görüşmede DVT açısından klinik iyileşme mevcuttu ancak hasta hala immobil durumdaydı ve çevreyle iletişimi zayıftı. Bu bulguların ilaç kullanımına bağlı olabileceği düşünülerek sedasyon yapan ilaçları minimize edilmeye çalışıldı. Ajitasyon öyküsü vermemesine rağmen risperdal kullanan hastanın bu ilacı kesildi. Hastanın mobilizasyonunu sağlamak için önerilerde bulunarak kontrole çağrıldı. Hastanın 3. vizitte tamamen çevre ile iletişimi vardı. Yakınlarının yardımı olmadan günlük işlerini yapabiliyordu. Sağ bacağındaki şişlik tamamen gerilemişti ve ağrı tarif etmiyordu. Anemi etyolojisi açısından yapılan tetkiklerin sonucunda MDS tanısıyla hematolojinin takibine alındı.

SONUÇ: Yaşlılarda multimorbidite ve polifarmasi üzerine eklenen akut hastalıklar işlevsel kapasitenin eşik değerinin altına düşmesine neden olarak kişinin bağımlılık düzeyini artırabilir. Bu nedenle yaşlının kapsamlı yaklaşım ilkesine uygun olarak öncelikli sorunlardan başlayarak değerlendirilmesi uygun bir yaklaşım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı hasta, Multimorbidite, Kapsamlı yaklaşım

P-078

UÇUCU MADDE İNHALASYONU SONRASI GELİŞEN VENTRİKÜLER FİBRİLASYON OLGUSU

Ahmet Yılmaz, Erol Şentürk, Serkan Akdağ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Uçucu madde bağımlılığı tüm dünyada görülmekle beraber en sık 13-17 yaş arasında, özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda görülür. Uçucu madde, uyarıcı etkileri yanında merkezi sinir sistemi başta olmak üzere hemopoetik, solunum, sindirim, üriner ve kardiyovasküler sistem üzerine toksik etkilere sahiptir. Uçucu maddelerin aritmi yapıcı özelliği ve ani ölüme yol açtığı sıkça vurgulanmıştır. Ani ölümler, hidrokarbonların katekolamin salınımını artırarak myokardiyumu epinefrine duyarlılaştırması sonucu oluşan ani kardiyak ritim bozukluklarına bağlanır.

OLGU

16 yaşında erkek hasta, daha öncesinde bilinen herhangi bir hastalığı yok. Yaklaşık üç aydır ara ara çakmak gazını inhale ediyormuş. Olay akşamı yaklaşık bir çakmak kadar gaz inhale ettikten 10 dakika sonra şuur kaybı gelişmiş. 112 ekibi tarafından entübe edilerek acil polikliniğimize getirilen hasta koroner yoğun bakım ünitesine alındı. Şuuru kapalı olan hastanın takipleri sırasında ventriküler fibrilasyon (VF) atakları saptanması üzerine elektriksel kardiyoversiyon yapıldı ve amiodarone infüzyonu başlandı. Nöroloji ile konsülte edilen hastanın beyin tomografi tetkikinde akut bir nöropatoloji saptanmadı. Takiplerinin 12. saatinde tekrar VF atağı geçiren hasta exitus oldu.

Anahtar Kelimeler: ani ölüm, uçucu madde, ventriküler fibrilasyon

P-079

PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ İÇİN BAŞVURAN ASEPTOMATİK HASTALARIN KARDİYOVASKÜLER RİSK DURUMLARININ SAPTANMASI

Serpil İnan, Ayşe Gülsen Ceyhun Peker, Ayşe Selda Tekiner, Gülseren Lale, Tuğba Apaydın, Seval Şehabettinoğlu, Filiz Ak
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Kardiyovasküler hastalıklardan (KVH) birincil korumada ilk adım kişinin toplam KVH riskinin değerlendirilmesidir. Biz de kendi polikliniğimize periyodik sağlık muayenesi (PSM) için başvuran asemptomatik hastaların kardiyovasküler risklerini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: 2010- 2011 yıllarında PSM randevusu olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalına bağlı Ankara Üniversiteliler polikliniğine başvuran 223 hastanın (128 erkek ve 95 kadın) dosyaları ve bilgisayar kayıtları incelenerek, hastalar yaş ve cinsiyetlerine göre Türk Kardiyoloji Derneği Risk Hesaplama Programına (TKDRHP) uygun olarak 18 gruba ayrıldı. 65-70 ve 70-74 yaş arası grupta hasta sayısı yeterli olmadığı için bu iki grup 65-74 yaş arası olarak birleştirildi ve 16 grup oluşturuldu. Yaş, cinsiyet, LDL, HDL, kan basıncı, diyabet ve sigara parametreleri girilerek KVH için 10 yıllık risk durumları belirlendi. Kardiyovasküler semptomu olan veya hikayesinde geçirilmiş MI, koroner kalp hastalığı, stroke, periferik arter hastalığı olan hastalar ve 30 yaş altı ila 74 yaş üzeri olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İstatistikler için SPSS 11.5 kullanıldı. İstatistiksel analiz için iki yönlü varyans analizi ve evren oran T testi uygulandı.

BULGULAR: Araştırma evrenimizde risk ortalaması en yüksek gruplar kadınlar için 60-64 yaş (%14,2±7,3) ve erkekler için 65-74 yaş (%16, ±5,5) aralığıydı. Tüm grupların ortalama riskleri TKDRHP'nin verdiği ortalama risklerle karşılaştırıldı. 4 grup hariç (60-64 yaş, 65-74 yaş kadın ve 30-34 yaş, 35-39 yaş erkek grubu) çalışma grubunun risk oranları TKDRHP'nin verdiği ortalama riskten daha düşük bulundu. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).

SONUÇ: Aile hekimliği disiplininin klinik uygulamaları içinde PSM önemli bir yer tutmaktadır. Literatürde PSM'lerinin özellikle hastalık risklerinin belirlenmesi, hasta hekim ilişkisinin güçlendirilmesi, bireysel koruyucu hekimlik uygulamaları ve taramalar açısından önemi vurgulanmaktadır. Son dönemlerde olası KVH gelişme riskini saptamak ve tedavi planını riske göre belirlemek, tanı koymaktan daha önemli hale gelmiştir. Bu amaçla hazırlanan risk hesaplama cetvelleri asemptomatik hastaların değerlendirilmesinde kullanılabilecek pratik yöntemlerdir.

Biz çalışmamızda, bir risk hesaplama örneği olan TKDRHP'nı kullanarak, hastalarımızın 10 yıllık KVH gelişme riskini hesapladık. Yaş ve cinsiyete göre oluşturduğumuz 16 grubun 12'sinde ortalama riski TKDRHP da verilmiş olan ortalama riskten istatistiksel olarak anlamlı oranda daha düşük bulduk (p<0,05). Bu durumun PSM hastalarıyla kurduğumuz kaliteli ve uzun süreli hasta-hekim ilişkisinin, sağlığı koruma ve geliştirme konusundaki olumlu etkilerine bağlı olabileceğini düşündük.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler risk, periyodik sağlık muayenesi

P-080

BAZI ANALOG İNSÜLİNLERE KARŞI GELİŞEN ALERJİK REAKSİYONMelike Arabacı¹, Tanju Yılmaz¹, Şükran Köse², Kurtuluş Öngel¹¹T.C.S.B. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir²T.C.S.B. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir

GİRİŞ: İnsülinin istenmeyen reaksiyonları insan insülin preparatlarının ortaya çıkarılması ile belirgin düzeyde azaltılmıştır. [1] İnsülin alerjisinin klinik prezentasyonu minör lokal semptomlardan, şiddetli jeneralize alerjik reaksiyonlara kadar değişebilir. Cilt reaksiyonları lokal eritem ve enjeksiyon bölgesindeki şişlikten, ürtiker ve anjioödem gibi jeneralize reaksiyonlara kadar değişir. [2] Bu çalışma ile insülin alerjisi olan bir hasta özetlenerek, konunun önemi vurgulanmış; aklımıza gelmesi gereken ayırıcı tanılar açıklanmıştır.

OLGU: 57 yaşında bayan hasta, Ocak 2012 tarihinde İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Alerji Polikliniği'ne başvurdu. Poliklinik başvurusunda, 23 yıldır tip 2 diabetes mellitus (DM) tanısı olduğu ve oral anti-diabetik tedavi aldığı öğrenildi. Kan şekeri regülasyonunu sağlamak amaçlı 1 ay önce bir dış merkezde insülin aspart ve insülin detemir ile tedavisinin düzenlendiği belirtildi. İnsülini her kullanımda uygulama alanında şişlik, kızarıklık ve kaşıntı tarifleyen olgu, "ürtiker tetkik" öntanısıyla yatırıldı. Yapılan fizik muayenesinde insülin uygulama alanlarında yaklaşık 3x3 cm boyutlarında hiperemi ve sertlik dışında bulgu yoktu. Hastanın biyokimya, hemogram, sedimentasyon, CRP, anemi paneli, vit.B12, folat, tiroid fonksiyon testleri, total IgE, spesifik IgGler, hepatit markerları bakıldı. Herhangi bir patoloji saptanmadı. Gaitada parazit taraması ve boğaz kültür antibiyogramında özellik yoktu. Bakılan HbA1c: 9.51 gr/dl, insülin: 129 mIU/ml, C3: 138 (N) C4: 42.4 (yüksek) olarak görüldü. Anti insülin antikor: 2.04 (pozitif) olarak geldi. Hastanın alerji, malignite ve enfeksiyon ayırıcı tanısı amaçlı Kadın Hastalıkları Doğum, Diş, Kulak Burun Boğaz, Gastroenteroloji, Psikiyatri konsültasyonları yapıldı. Yapılan üre nefes testinde H.Pylori enfeksiyonu saptandı. Endoskopi sonucu: antral gastrit olarak geldi. Pankreasta kitle ön tanısı ile çekilen tüm batın ultrasonografi ve manyetik rezonans tetkiklerinde patolojik görünüm yoktu. Endurasyon bölgesinden cilt biopsisi yapıldı ve minimal non-spesifik vaskulit bulguları izlendi. Hastanın depresyon için kullandığı duloksetin glokom varlığı nedeniyle azaltılarak kesildi ve yerine fluoksetin başlandı. Hastanın Göz ile yapılan konsültasyonunda göz basıcında belirgin gerileme saptandı. Hastaya prick test ve insülin tiplerine yönelik alerji testi yapıldı. İnsülin lispro ve İnsulin lispro protamin dışındaki bütün insülin tiplerine alerjisi olduğu görüldü.

SONUÇ: İnsülinler Aile Hekimliği Polikliniklerinde çok sık kullanılmaktadır. İnsülin alerjisini her zaman için ayırıcı tanılar içinde aklımızda bulundurmalıyız.

Kaynaklar:

1. Fernandez L, Duque S, Montalban C, Bartolome B. Allergy to human insulin. Allergy 2003; 58:1317.
2. Chng HH, Leong KP, Loh KC. Primary systemic allergy to human insulin: recurrence of generalized urticaria after successful desensitization. Allergy 1995; 50:984–987.

Anahtar Kelimeler: İnsülin Alerjisi

P-081

BİR SAVAŞ HEKİMLİĞİ ÖRNEĞİ: LİBYA'DAN GELMİŞ HASTALAR VE AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ DENEYİMİ

Özgür Alavcı, Mustafa Tokdemir, Melike Arabacı, Tefvik Tanju Yılmaz, Kurtuluş Öngel
T.C.S.B. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

AMAÇ: Savaş; toplumlarda doğrudan ve dolaylı olarak onarılamaz etkileri olan bir halk sağlığı yıkımıdır. Bu çalışma ile Sağlık Bakanlığı organizasyonu ile Libya'dan ülkemize 2011 yılı içerisinde getirilen ve İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yatırılarak izlenen savaş mağdurlarının tıbbi ve genel özelliklerinin tanımlanması ve aile hekimliği kliniklerinin bu tür sosyal çalkantı durumlarındaki yerinin tıbbi açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 2011 yılı içerisinde hastanemiz 'Libyalı Vatandaşlar Servisine' ait veriler hasta dosyalarından retrospektif olarak tarandı ve tanımlayıcı analizleri yapıldı.

BULGULAR: 2011 yılı içerisinde 46 Libya vatandaşı hasta, Devletimizin sağladığı bir gemi ile İzmir Limanına ulaştıktan sonra hastanemize yatırılarak izlendi. 46 kişinin 44'ü (% 95,65) erkek, 2'si (% 4,35) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 32,06 yaş (min: 13, max: 52); ortalama yatış süresi 15,39 gündü (min:1, max:53). Servise yatış yapılan hastaların en sık başvuru nedeni 30 hasta (% 65.20) ile ateşli silah yaralanmasıydı, bunu 13 hasta (% 28.26) ile künt travma takip ediyordu. Hastaların 25'ine (% 54.34) hastalık özellikleri nedeniyle cerrahi operasyon yapıldı. Hastalar yatışları sırasında çok sayıda farklı cerrahi ve dahili kliniğin birlikte çalışmasına ihtiyaç gösterdi. Hastaların primer takiplerinin aile hekimliği asistanları tarafından yapılması nedeniyle koordinasyon sorunları daha rahat aşıldı. Hijyen açısından uygun olmayan ortamlarda kalmış olmaları nedeniyle de alınan kültür örneklerinin 19' unda (% 41,30) üreme tespit edildi. Kültür üreme yeri ağırlıklı olarak 11 kişide (%23.91) yara yeriydi ve bunun dışında idrar, burun ve gaita kültürlerinde de farklı mikroorganizmaların üremesi saptandı. Hastaların 43'üne (% 93.47) bir veya daha fazla görüntüleme tekniği uygulanmıştı. Görüntüleme tekniği olarak 39 hastada (% 84.78) direkt grafi çekilmişti.

SONUÇ: Takip edilen savaş mağdurlarının genellikle ateşli silah yaralanması nedeniyle yatırıldığı; yüksek oranda cerrahi operasyon uygulandığı; tedavilerinin uzun süreli ve yüksek maliyetli olduğu görüldü. Aile hekimliği asistanlarının primer olarak hastaları takip etmeleri, yaşanabilecek sosyal ve tıbbi sorunların aşılmasında önemli katkı sağladı.

Anahtar Kelimeler: Savaş tıbbi, Aile Hekimliği Kliniği

P-082

POLİKLİNİĞİMİZE MÜRACAAT EDEN ERKEK HASTALARDA ARTERİYEL KAN BASINCI FARKINDALIĞI VE HİPERTANSİYON KONUSUNDAKİ TUTUMLARI

Oktaç Sarı, Halil Akbulut, Ümit Aydoğan
GATA, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Ulusal Sağlık ve Beslenme Taraması (NHANES)'nda, hipertansif (HT) hastaların üçte birinin yükselmiş kan basıncından haberleri olmadığı saptanmıştır. Farkında olma ve kan basıncının kontrol altında olması koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler olay insidansında azalmaya yol açmaktadır. Çalışmamızda polikliniğimize müracaat eden yüksek okul mezunu erkek hastaların arteriyel kan basıncı (AKB) farkındalığını ve HT konusundaki tutumlarını araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM: Polikliniğimize herhangi bir yakınmayla gelen yüksek okul mezunu 508 erkek hastanın yaş, boy, kilo, ailede hipertansiyon varlığı, diyet yapıp yapmadıkları, tuz tüketimi, spor alışkanlıkları, uyku düzeni, hazırlanan soru formuna kaydedildi. Şu andaki tansiyon değerleri sorgulandı. Uygun koşullarda manuel manşonlu cihazla AKB değerleri ölçüldü. Boy ve kilo değerlerinden vücut kütle indeksi (VKI) hesaplandı. Elde edilen veriler analiz edildi.

BULGULAR: Ortalama yaş $32,9 \pm 6,9$ yıldır. Hastaların %50'si normal kiloda iken %45,5'i kilolu ve %4,5'i obezdi. Hastaların %23,4'ünde (n=119) ailesinde HT öyküsü mevcuttu. Hastaların %10'u (n=51) diyet yapıyordu. 269 hasta (%53) bir çay kaşığı ve daha az miktarda günlük tuz tüketimi olduğunu belirtirken, bir çorba kaşığı tuz kullananların oranı %6,1 (n=31) olarak bulundu. Katılanların %71,7'si (n=364) spor yapmazken, 6 saat ve altında uyku uyuyanların oranı %35,2 (n=179) olarak saptandı. 82 hasta (%16) AKB değerlerini bilmediğini belirtti. Hastaların kendi beyanlarına göre ortalama sistolik kan basıncı $120,2 \pm 7,0$ mmHg iken diyastolik kan basıncı $78,2 \pm 7,8$ mmHg idi. Ölçülen değerlere göre ise ortalama sistolik kan basıncı $120,6 \pm 12,9$ mmHg, diyastolik kan basıncı $77,6 \pm 11,2$ mmHg olarak saptandı. İfade edilen ve ölçülen değerler arasında istatistiksel olarak fark yoktu ($p < 0,005$). VKI'ye göre normal kiloda olanlarla kilolu ve obez olanlar arasında AKB farkındalığı açısından fark bulunmadı.

TARTIŞMA: Grubunun homojen olması ve eğitim seviyelerinin yüksekliğine rağmen araştırmaya dahil edilen populasyonun %16'sı AKB değerlerinden haberi yoktu. Gittikçe artan oranlarda karşımıza çıkan HT ile mücadelede farkındalık oranlarını daha yukarılara taşımak zorundayız.

Anahtar Kelimeler: Arteriyel kan basıncı, farkındalık, tutum

P-083

GÜNDÜZ UYKU EĞİLİMİNİN POLİKLİNİK KOŞULLARINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Tevfik Tanju Yılmaz, Nazlı Soysal, Kurtuluş Öngel

S. B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

AMAÇ: Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin çeşitli uyaranlarla geri döndürülebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kesilmesidir. Gün içerisindeki aşırı uykululuk hali; etkilenen kişilerce uygun olmayan durumlar olarak adlandırılan koşullarda, artmış uykuya eğilim olarak tanımlanır. Aşırı gündüz uykululuğu, iş gücü kayıpları ve özellikle trafik kazaları ile yakın ilişkilidir.

Gündüz aşırı uykululuk halinin tespiti için geliştirilmiş olan basit ve subjektif ölçekler vardır. Bunlardan biri de; kişilerin gün içinde genel uykululuk halini ölçmek için 1991 yılında MW. Johns tarafından geliştirilen Epworth Uykululuk Skalası'dır (EUS). EUS dörtlü likert tipi bir ölçektir. 0,1,2,3 şeklinde puanlanmakta ve toplamda 11 ve üzerindeki puanlarda gündüz aşırı uyku varlığı kabul edilmektedir (4,6,7).

Bu çalışma ile poliklinik düzeyinde Epworth Uyku Skalası kullanılarak kişilerin uykululuk halini etkileyebilecek bazı özelliklerin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Ekim 2011 ile Aralık 2011 tarihleri arasında Aile Hekimliği Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

Belirtilen tarihler arasında araştırmaya toplam 585 kişi gönüllü olarak katıldı.

Katılımcılara çeşitli durumlarda gündüz uykululuk halini ölçmek için 8 sorudan oluşan Epworth Uyku Skalası (EUS) ve gündüz uykululuğu ile ilişkili olduğu düşünülen 10 sorudan oluşan araştırmacılar tarafından hazırlanmış anket uygulandı. Veriler SPSS programına aktarılarak analiz edildi. Veriler kendi aralarında ki- kare, anlamlılığın yönü için de Somer's testi ile değerlendirildi.

BULGULAR:

Araştırmaya katılan 585 kişinin 277'si (%47,4) erkek, 308'i (%52,6) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması $36,16 \pm 12,5$ yaş (min:16, max:74) olarak bulundu.

Katılımcıların %86,3'ünün (505 kişi) sürücü belgesi olduğu tespit edildi.

Beşyüzseksenbeş kişinin %34,2'si (200 kişi) sigara kullanırken, %65,8'i (285 kişi) ise sigara kullanmamaktaydı.

Araştırmaya katılan kişilerin %22,6'sında (132 kişi) kronik bir hastalığın olduğu gözlemlendi.

Ankete katılan 585 kişinin 115'i (%19,7) Epworth Uyku Skalası'ndan 11 ve üzerinde puan aldı.

Erkeklerde EUS toplam puanı kadınlarınkinden anlamlı yüksek bulundu ($p:0,007$; $d:+,133$).

Yaş arttıkça uyku skalası toplam puanı artmaktaydı ($p:0,000$; $d:+,239$). Kilo arttıkça da uyku

skalası toplam puanının artış gösterdiği tespit edildi ($p:0,002$; $d:+,166$).

Sürücü belgesine uzun süredir sahip olanların skala toplam puanı diğerlerine göre daha

yüksekti ($p:0,000$; $d:+,179$). Kronik hastalığı olan kişilerin skala toplam puanları olmayanlara

göre daha yüksek tespit edildi ($p:0,000$; $d:-,268$).

Araştırmaya katılan kişilerin boyları, araç kullanma sıklıkları ve sigara alışkanlıkları ile uyku skalası toplam puanları arasında ise istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmadı.

SONUÇ:

Gündüz uykululuğunu belirlemekte kullanılacak testlerden olan Epworth Uyku Skalası poliklinik koşullarında kullanımı kolay ve rahatlıkla uygulanabilecek bir testtir. Bu testten; özellikle ehliyet için sağlık raporu verirken yararlanılması uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gündüz aşırı uykuluğu, Epworth Uyku Skalası

P-084

EVDE SAĞLIK HİZMETİNE BAŞVURAN HASTALARA BAKIM HİZMETİ VEREN KİŞİLERİN BU HİZMETTEN BEKLENTİLERİ NELERDİR?Gizem Limnili¹, Nilgün Özçakar²¹M.Asım Terci ASM,Ulubey,Uşak²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Yirminci yüzyılda yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların artması, yataklı sağlık hizmetlerinin kullanım süresini, miktarını ve maliyetini arttırmıştır. Bu bireylere verilmesi gereken sağlık ve bakım hizmeti uzun sürelidir, yataklı kurumlarca karşılanmaya çalışılması hem bu kurumlar için, hem de bireyler ile aileleri için sorun yaratmaktadır. Evde bakım, kişinin sağlık ve sosyal ihtiyaçlarının kendi evlerinde, aileden ve aileden olmayan bakıcılar aracılığı ile uygun ve yüksek kalitede sağlık ve sosyal hizmetin, gerekli teknoloji kullanılarak, dengeli ve karşılanabilir bir şekilde sürekli sağlanmasını amaçlamaktadır. Bu araştırmanın amacı, evde bakım hizmetlerinin bir parçası olan evde sağlık hizmetinden yararlanabilmek için bakım vermekte oldukları hastalar için başvuruda bulunan kişilerin bu hizmetten beklentilerinin neler olduğunu belirlemektir.

YÖNTEM: Çalışma kesitsel tipte planlanarak, gerekli etik kurul izni alınarak Haziran-Ekim 2011 tarihleri arasında Uşak ili Ulubey ilçesi merkezi ve köylerinde yapılmıştır. Bu tarihler arasında hasta yakınları tarafından evde sağlık hizmetlerine alınması için başvuran 96 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastanın evindeki ilk ziyaretten önce vefat eden hastalar (n= 12) çalışmadan çıkarılmış, toplam 84(%87,5) hasta çalışmaya katılmıştır. Başvurulardan sonra gerçekleşen ilk ev ziyaretinde hazırlanan anket formu aracılığı ile yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak çalışma yürütülmüştür. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; ortalama, medyan ve standart derivasyon ile ki kare testleri uygulanmıştır. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya katılan hastaların %61,9 (n=52)'u kadındır. Ortalama yaş $58,39 \pm 27,43$ 'tür. Hastaların %64,3 (n=54)'ünün kronik hastalığı ya da yaşlılığı varken %35,7 (n=30)'u bedensel ya da zihinsel özürdür. Bu hastaların bakımını üstlenen kişi %36,9 (n=31) kendi çocuklarından biriyken, %35,7 (n=30)'sinin bakımı ebeveyni tarafından karşılanmakta sadece bir hastanın aile dışından özel bir bakıcısı bulunmaktadır. Hastaların %90,5 (n=76)'sı günlük aktivitede yardım almaktadır. Hastaya bakım veren kişinin evde sağlık hizmetinden beklentileri sırasıyla en sık hastaların ilaçlarının reçete edilmesi (%41,7), ihtiyacı bulunan tıbbi cihazların temin edilmesi (%34,5) ve hastanın bakımının yapılması (%27,4)'dir. Kullanılan ilaçların reçetelenmesi ve ilaçlara ait raporların düzenlenmesi, hastanın ihtiyacı olan tıbbi cihazların temini daha sık olarak kronik hastalık veya yaşlılık nedeniyle evde sağlık hizmeti almak için başvuranlarda görülmektedir. Bu hizmetten beklentileri sosyal ve psikolojik destek sağlanması olanlar ise daha çok bedensel ve zihinsel özürli hastalara bakım verenlerdir.

Tartışma ve **SONUÇ:** Özürli bireyler, kronik hastalığı olan veya günlük yaşam aktivitelerinde yetersiz olan yaşlının bakımı gibi birçok nedenle evde bir sağlık profesyoneli tarafından bakım gereksinimi artmaktadır. Ülkemizde henüz gelişen bir uygulama olan evde sağlık hizmetlerinde hasta ve yakınlarının beklentilerinin de karşılanması önemlidir bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: evde sağlık hizmeti, evde bakım, yaşı, kronik hastalık

P-085

BURSA NİLÜFER 9 NO'LU FETHİYE BULVAR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ'NE KAYITLI ÜREME ÇAĞINDAKİ 5820 KADINDA KONTRASEPSİYON ARAŞTIRMASI

Ebru Onuker Başaran¹, Hakan Demirci², Serhat Işıldak¹, İsmail Serkan Ursavaş¹, Mehmet Yaşar Kılıç¹, Sermin Özdilekçi¹, Bahri Öztürk¹

¹Nilüfer 9 No'lu Fethiye Bulvar Aile Sağlığı Merkezi, Bursa

²Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Bursa

GİRİŞ:

Aile planlaması Aile Sağlığı Merkezlerimizin önemli faaliyetlerindedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda ailelerin %71'i doğal veya modern herhangi bir aile planlaması yöntemini kullanmaktadır. Ülkemizde en çok kullanılan doğum kontrol yöntemleri geri çekme, rahim içi araç, kondom, tüp ligasyonu, oral kontraseptif ilaçlar ve diğer yöntemlerdir.

Yapılan çalışmalar aile planlaması çalışmalarına ağırlık verilmesi ile anne ölümlerinin %30-40 ve bebek ölümlerinin %20 oranında azaltılabileceğini savunmaktadır.

Çalışmamızda bölgemizde yaşayan üreme çağındaki kadınlarda aile planlaması durumunu analiz etmeyi amaçladık.

Gereçler ve YÖNTEM:

Bursa Nilüfer 9 No'lu Fethiye Bulvar Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı üreme çağındaki kadınların dosyaları geriye dönük (retroseptif) olarak incelendi. Hastaların halen tercih ettikleri kontrasepsiyon yöntemi ve üreme özgeçmişleri not edildi.

BULGULAR:

Bölgemizde yaşayan ve Aile Sağlığı Merkezimize kayıtlı 5820 üreme çağındaki kadından 4692'sinin kayıtlarına ulaşıldı. Bunlardan 2618 (%55) kadın herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaktaydı. Geleneksel kontrasepsiyon yöntemlerine başvuranların sayısı 657 (%25) tespit edildi. Modern aile planlaması yöntemlerinden kondom kullanan 1095 (%41,8), rahim içi araç kullanan (RİA) 439 (%16,7), oral kontraseptif kullanan 190 (%7), tüp ligasyonuna başvuran 200 (%7,6) ve enjeksiyon yöntemini tercih eden 35 (%1,3) kadın vardı. 2 aile de vazektomi yöntemine başvurmuştu.

RİA ve tüp ligasyonu gibi invazif yöntemler ileri hasta yaşı, yaşayan çocuk sayısı ve toplam düşük sayısı ile doğru orantılı olarak artmaktaydı.

Çoğu otorite tarafından aile planlaması yöntemi olarak kabul edilmeyen küretaj istatistik kayıtlarımızda istemli düşük kategorisinde kaydedildiği için bu girişimle ilgili detaylı rakamlara ulaşılamadı.

SONUÇ:

Çalışmamız sonucunda bölgemizde aile planlaması oranlarının daha önceki çalışmalarda elde edilen oranların altında olduğu görüldü. En çok tercih edilen kontrasepsiyon yöntemi kondomdur. RİA kullanım oranları beklenenden düşük kalırken tüp ligasyonu oranının ise yüksek olduğu gözlemlendi.

Tüm Aile Hekimlerine RİA sertifikasyon eğitimi verilmeli ve aileler aile planlaması konusunda bilinçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, kondom, RİA, tüp ligasyonu.

P-086

BİRİNCİ TRİMESTER GEBELERDE DEPRESYON VE ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Pınar Yücel¹, Yasemin Çayır², Mehmet Yücel³, Ümit Avşar¹, Zeliha Cansever⁴

¹Siyavuşpaşa Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul

²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum

³Kasımpaşa Askeri Hastanesi, Nöroloji Kliniği, İstanbul

⁴Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Ana Bilim Dalı, Erzurum

AMAÇ: Bu çalışmada, 1. trimester gebelerine birinci basamakta kullanılması kolay olan Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) testi uygulayarak, gebelikteki depresyon ve anksiyete bozukluğunu ortaya çıkarmayı ve bu duruma etki eden sosyokültürel faktörleri belirlemeyi amaçladık.

METOD: Çalışmaya 1.trimesterdeki, daha önceden bilinen herhangi bir psikiyatrik problemi olmayan toplam 111 gebe alındı. Hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve obstetrik öykülerini içeren anket formu sözlü onamlarının alınmasını takiben dolduruldu. Psikiyatrik bozukluklar PRIME-MD kullanılarak saptandı.

BULGULAR: Çalışma grubundaki 111 gebenin PRIME-MD ile değerlendirilmesi sonucunda 62'sinde (%55,8) bir ya da daha fazla psikiyatrik tanılarının olduğu görüldü. Gebelerin 24'ü (%21,6) hem depresif bozukluk hem anksiyete bozukluğu tanısı aldı. Anksiyete bozukluğu tanısı alan 39 gebenin (%35,1); 34'ü (%30,6) BTA anksiyete bozukluğu, 4'ü (%3,6) yaygın anksiyete bozukluğu, 1'i (%0,9) panik bozukluk tanısı aldı. Depresif bozukluk tanısı alan 47 (%42,3) gebenin; 26'sı (%23,4) major depresif bozukluk, 14'ü (%12,6) major depresif bozukluğun kısmi remisyonu, 7'si (%6,3) distimi tanısı aldı. Gebelik yaşı >30 olan grupta depresyon ve anksiyete görülme oranı daha yüksek bulundu. Gebelik sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete oranının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı görüldü (sırasıyla p=0.034, p=0.03). Plansız gebeliklerde depresyon oranı, planlı gebeliklere göre daha sıktı (p=0,001). Kronik hastalık öyküsü ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p=0,034).

SONUÇLAR: Anksiyete ve depresyon gelişimi açısından risk taşıyan bir grup olan gebelerin takibinde, birinci basamak hekimlerince rahatlıkla uygulanabilecek PRIME-MD testi ile psikiyatrik değerlendirmenin yapılması mevcut bozukluğun erken tanı ve tedavisine olanak tanır. Bu şekilde anne ve bebek sağlığı açısından risk oluşturabilecek komplikasyonların önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: anksiyete, depresyon, gebelik, PRIME-MD

P-087

BİRİNCİ BASMAKTA AKUT PERİKARDİT OLGUSU:Ferhat Ekinci¹, Engin Altınöz¹, Bilge Tuncel¹, Özgür Çağaç²¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Perikardit kalbi çevreleyen perikardiyumun inflamasyonu sonucu ortaya çıkar. Etiyolojisinde enfeksiyon, akut miyokard infarktüsü, üremi, neoplazi, travma, radyasyon, otoimmünite sıklıkla bulunmakla birlikte, olguların büyük bir kısmında sebep belirsizdir. Akut perikardit perikardiyum hastalıklarından en sık karşılaşılanıdır. Hastanede yatan hastalarda akut perikardit sıklığı %0,1 ve acil servise göğüs ağrısı nedeniyle başvuran hastalarda akut perikardit sıklığı %5 olarak bilinmektedir. Aşağıda polikliniğimizde akut perikardit tanısı koyduğumuz bir olgu sunumu yer almaktadır.

OLGU: Kırk-beş yaşında erkek hasta öksürük şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 1 aydır süren nonprodüktif öksürük yakınması olan hastanın eşlik eden gece terlemesi, ateş, üşüme, titreme ve retrosternal alanda yayılım göstermeyen hemen günün tamamında olan batma tarzında ve derin inspirasyonla ve özellikle gece yatarken artan göğüs ağrısı şikayetleri mevcuttu. Bir ayda yaklaşık 5kg istemsiz kilo kaybı mevcuttu. Hasta öksürük şikayetiyle 3 hafta önce Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvurmuş; bronşit ön tanısıyla inhaler tedavi başlanmıştı. İlaçlara rağmen şikayetlerinin arttığını belirtiyordu. Özgeçmişinde bilinen hastalığı yoktu. Alkol, sigara, ilaç ve madde kullanımı yoktu. Fizik muayenede Ateş:36.7oC, KTA:96/dk, SS:16/dk, TA:100/60mmHg. KVS: S1+, S2+, kardiyak sesler derinden işitiliyor. Frotman(+) idi. Solunum seslerinde bazallerde krepitasyon dışında özellik yoktu. Hastaya ön planda PAAG, Ekg ve rutin laboratuvar tetkikleri istendi. Hastanın PAAG'inde tahta pabuç görünümü vardı(resim 1). Ekg' de sinus taşikardisi, voltaj düşüklüğü mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde Wbc:6600x103/uL, Hgb:8.3gr/dl, Hct:26.4%, MCV:69.1fl, RDW:17.1%, PLT:384x103/uL ESR:97mm/saat CRP:99.3mg/L. Serum elektrolitleri: Normal, AKŞ:87mg/dl, BUN:15mg/dl, Cre:0,75mg/dl saptandı. Hastada ön planda perikardit düşünülerek ekokardiyografi istendi. Ekokardiyografide perikarditle uyumlu perikardiyal effüzyon saptandı(Resim 2). Hastaya kolsisin 2x1 ve NSAİD 3x1 başlandı. Hastanın perikardit ve anemi etyolojisine yönelik tetkikleri istendi. Tetkiklerinde Kan kültürü: üreme yok PPD: 9mm, ACE:44(normal), Ca/Creatinin: 80mg/g(normal), Spot idrarda Ca: 27.4,CMV, EBV, Coxachie, HIV için seroloji negatif, TFT:N, ANA:- AntiDNA:- RF:- saptandı. 15 gün sonra kontrolünde şikayetleri gerilemiş olan hastanın kontrol EKO'sunda bulgularda düzelme saptandı(Resim 3). NSAİD kesildi, Colsisin 2x1 olarak 3 aya tamamlanmak üzere devam edildi. Perikardit etyolojisinde hastanın mikrositer anemisi, ferritinin düşüklüğü, GGK(+) ve kilo kaybının olması sebebiyle intestinal malignite düşünülerek hastaya endoskopi kolonoskopi planlandı. Hastanın kolonoskopisinde maligniteyle uyumlu patolojik görünüm saptandı. Hasta onkoloji polikliniğine ileri tetkik ve tedavi amacıyla konsulte edildi. Hastaya cerrahi ve kemoterapi planlandı.

SONUÇ: Akut perikarditin tanısının gecikmesi tedaviyi geciktireceğinden mortalite ve morbiditede artışa neden olabilir. Akut Perikarditten şüphelenilen (tablo1) hastalara birinci basmakta EKG ve Akciğer grafisi ile ön tanı konabilir. Tedavisinde %70-80 NSAİD etkili olmaktadır. Akut perikardit gibi ciddi sonuçları olan bir hastalığın sadece NSAİD ile tedavisi düzenlenip(tablo2) üst basamağa kalp tamponadı gibi hayatı tehdit eden komplikasyonları

gelişmeden sevki gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: akut perikardit

P-088

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNDE ASİT FAZLALIĞINA BAĞLI ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM HASTALIKLARI İLE İLGİLİ TANI ALAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

Hüseyin Akkuzulu, Hülya Yıkılkan, Zekai Uysal, Osman Arıman, Cenk Aypak, Süleyman Görpeliöğlü

Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Bu çalışma, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine ait hastane içi ve periferde yerleşik iki adet Aile Hekimliği Polikliniğinde (Merkez ve Pursaklar) asit fazlalığına bağlı üst gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili tanı alan hastaların özelliklerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Çalışma, 01.01.2009-31.12.2009 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez ve Pursaklar Polikliniklerine başvuranların, hastane elektronik kayıt sisteminden elde edilen verileri kullanılarak yapılmıştır. Başvuranlar arasında asit fazlalığına bağlı üst gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili tanı alan hastalar değerlendirmeye alınmıştır. GÖRH, peptik ülser, gastrit ve duodenit tanıları "Asit Fazlalığına Bağlı Üst Gastrointestinal Sistem Hastalıkları" adı altında değerlendirilmiştir. Analizlerde yüzde frekans ve ki kare testleri kullanılmıştır. Hesaplamalar SPSS 18.0 paket istatistik programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Her iki polikliniğimize başvuranlar arasında asit fazlalığına bağlı üst gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili tanı alanların sayısı 1068 (% 3.1) idi. Bunların % 34.7'si erkek, % 65.3'ü kadındı. Asit fazlalığına bağlı üst gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili tanı alan başvuranların % 59.7 (n:638)'i hastane içindeki polikliniğimizde, % 40.3 (n:430)'i periferde yerleşik polikliniğimizde görülmüştü. Başvuranların yaş gruplarına göre dağılım yüzdeleri sırasıyla: % 74.4 (22-65 yaş); %18.1 (66 yaş ve üstü); %6.1 (12-21 yaş) ve % 1.4 (3-11 yaş) idi. Tanı dağılımlarına bakıldığında asit fazlalığına bağlı üst gastrointestinal sistem hastalıkları adı altında değerlendirilen hastalıkların tüm başvurular arasındaki oranı: GÖRH %0.9, peptik ülser %0.9, gastrit ve duodenit %1.3 idi. Kendi içindeki dağılıma baktığımızda ise %29.8'i GÖRH, %28.8'i peptik ülser ve %41.4'ü gastrit ve duodenit idi.

Başvuruların mevsimlere göre dağılımına bakıldığında yüzdeleri sırasıyla: % 28.2 sonbahar, % 25.2'si kış, %24.9'u yaz, %21.7'si ilkbahar aylarında polikliniklerimize başvurmuştu. Asit fazlalığına bağlı üst gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili tanı alanlarla almayanlar arasında mevsimsel dağılıma bakıldığında, asit fazlalığına bağlı üst gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili tanı alanların özellikle sonbahar ve kış aylarında yıllık ortalamanın üzerinde, yaz ve ilkbahar aylarında ise yıllık ortalamanın altında başvuru yaptığı gözlemlendi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p:0.000).

SONUÇ

Sonuç olarak başvuranlarda görülen gastrointestinal sistem yakınmalarının sonbahar ve kış aylarında istatistiksel olarak anlamlı derecede arttığını buldu. Bu bulgumuz bu konuda yapılan araştırmalarla da uyumluydu. Hastaların başvurularındaki bu anlamlı farklılığın biyopsikososyal pek çok faktöre bağlı olabileceği değerlendirildi. Konunun nedenlerinin ortaya konulabilmesi için ek araştırmaların yapılması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Asit fazlalığı, Üst GIS sistem hastalıkları, Epidemiyoloji

P-089

HİPERTANSİF OLAN VE OLMAYAN HASTALARDA ÜRİK ASİT SEVİYELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cem Karaçorlu, Hülya Yıkılkan, Cenk Aypak, Osman Arıman, Zekai Uysal, Süleyman Görpelioğlu

Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Çalışma, hipertansif olan ve olmayan hastalarda ürik asit seviyelerinin karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Çalışma, 01.06.2010-01.03.2011 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine (Merkez, Pursaklar) başvuranların, hastane elektronik kayıt sisteminden elde edilen verileri kullanılarak yapılmıştır. Belirlenen tarihler arasında genel tıbbi muayene amacıyla polikliniğimize başvuranlar ile aynı tarihler arasında hipertansiyonu olup ek hastalığı olmayan ve ürik asit seviyeleri analiz edilmiş olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Analizlerde yüzde frekans, ki kare ve T testleri kullanılmıştır. Hesaplamalar SPSS 18.0 paket istatistik programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR:

Her iki polikliniğimize başvuran 169 hipertansif ile 132 hipertansif olmayan kişi çalışmaya dahil edildi. Bunların % 50,2'i kadın, %49,8'i erkekti. Başvuranların yaş ortalamaları 50,7 ($\pm 15,8$ yaş) idi. Başvuranların yaş gruplarına göre dağılım yüzdeleri sırasıyla %44,5 (40-59 yaş), %30,2 (60 yaş üstü), %25,2 (20-39 yaş) idi.

Hipertansif olanların ortalama ürik asit seviyesi 5,7 ($\pm 1,5$), hipertansif olmayanların ise 4,8 (1,4) idi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p:0.000$). Ayrıca, cinsiyete göre ortalama ürik asit seviyesi karşılaştırıldığında, hipertansif hastalarda kadınların 5.1 (± 1.2), erkeklerin 6.3(± 1.6); hipertansif olmayanlarda da kadınların ortalama ürik asit seviyesi 3,8 ($\pm 0,9$), erkeklerin 5,7 (± 1.2) idi. Aralarındaki fark her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı idi ($p:0.000$, $p:0.000$).

SONUÇ:

Çalışmaya dahil edilen hastalarımızda, ürik asit seviyesi ortalaması hipertansif hastalarda olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olmakla birlikte, normal aralıklarda bulunmuştur. Ayrıca her iki grupta da erkeklerde kadınlardan daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Hipertansiyon, Ürik asit

P-090

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNİN KONSÜLTASYON İSTEMLERİ VE TANI DAĞILIMLARI

Özge Aksoy, Osman Özcan Arıman, Cenk Aypak, Zekai Uysal, Hülya Yıkılkan, Süleyman Görpelioğlu

Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Bu çalışma, Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Polikliniklerinin istedikleri konsültasyonlar ve bunların tanı dağılımlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Çalışma, 01.01.2009-31.12.2009 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Merkez ve Pursaklar Polikliniklerine başvuranların, hastane elektronik kayıt sisteminden elde edilen verileri kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde yüzde frekans testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışma süresince her iki polikliniğimiz tarafından istenen konsültasyon sayısı 695 (Merkez: 546, Pursaklar: 49) idi. Konsültasyon istediğimiz polikliniklerin dağılım tablosuna göre, konsültasyon istenen ilk 10 poliklinik ve yüzdeleri sırasıyla: Beslenme ve Diyet (% 40.1); Göz Hastalıkları (% 11.8); Hematoloji (% 11.1); KBB (% 7.1); Göğüs Hastalıkları (% 4.6); FTR (% 3.5); Dahiliye (% 3.0); Nöroloji (% 2.4); Ortopedi (% 2.2) ve Cildiye Polikliniği (% 2.0) idi. Konsültasyon istediğimiz başvuranların tanı dağılım tablosuna bakıldığında, ilk 10 sırada yer alan tanı ve yüzdeleri sırasıyla: genel tıbbi muayene (%13.3), radyasyon taraması (%13.2), DM (%9.4), hipertansiyon (%7.7), hiperlipidemi (%4.1), portör muayenesi (%3.7), obezite (%2.1), karın ağrısı (%2.0), anemi (%1.9) ve göğüs ağrısı (%1.9) idi.

SONUÇ

Konsültasyon istediğimiz başvuranların başvurma nedenlerine bakıldığında, yaklaşık 1/3'ünün genel sağlık muayenesi, radyasyon taraması ve portör muayenesi nedeniyle başvurdukları görülmüştür. Bu başvurular polikliniğimizin aynı zamanda kurum hekimliği görevini de üstlenmesi nedeniyle olmaktadır ve başvuranların genellikle hastane personeli olduğu söylenebilir.

Özel durumlarda istenen göz muayenesi, odyogram ve solunum fonksiyon testi gibi testler için göz, KBB ve göğüs hastalıkları polikliniklerinden konsültasyon istenmesi bu polikliniklerden istenen konsültasyon sayısının artmasına neden olmuştur. Aynı şekilde beslenme ve diyet polikliniğinden istenen konsültasyonların fazla olmasının nedeni ise polikliniklerimize başvuranların yaklaşık 1/4'ünün metabolik hastalık (DM, HT, HL, obezite) tanısı alması nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Konsültasyon, Epidemiyoloji

P-091

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNDE GASTROENTERİT TANISI ALAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

Murat Dicle, Zekai Uysal, Osman Özcan Arıman, Hülya Yıkılkan, Cenk Aypak, Süleyman Görpelioğlu

Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Bu çalışma, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine ait hastane içi ve periferde yerleşik iki adet Aile Hekimliği Polikliniğinde (Merkez ve Pursaklar) gastroenterit tanısı alanların özelliklerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Çalışma, 01.01.2009-31.12.2009 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkez ve Pursaklar Polikliniklerine başvuranların, hastane elektronik kayıt sisteminden elde edilen verileri kullanılarak yapılmıştır. Başvuranlar arasında gastroenterit tanısı alanlar değerlendirmeye alınmıştır. Analizlerde yüzde frekans ve ki kare testleri kullanılmıştır. Hesaplamalar SPSS 18.0 paket istatistik programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Her iki polikliniğimize başvuranlar arasında gastroenterit tanısı alanların sayısı 257 (% 0.7) idi. Bunların % 51.0'i erkek,% 49.0'ı kadındı. Gastroenterit tanısı alan başvuranların % 21.0 (n:54)'i hastane içindeki polikliniğimizde, % 79.0 (n:203)'u periferde yerleşik polikliniğimizde görülmüştü. Başvuranların yaş gruplarına göre dağılım yüzdeleri sırasıyla: % 40.9 (22-65 yaş); %28.0 (12-21 yaş); % 25.3 (3-11 yaş); % 1.9 (0-2 yaş) ve % 3.9 (66 yaş ve üstü) idi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p:0.000).

Gastroenterit tanısı alanların mevsimlere göre dağılımına bakıldığında yüzdeleri sırasıyla: % 36.2'i yaz, % 30.4'ü sonbahar, %17.5 ilkbahar, % 16.0'ı kış aylarında polikliniklerimize başvurmuştu. Gastroenterit tanısı alanlarla almayanlar arasında mevsimsel dağılıma bakıldığında, gastroenterit tanısı alanların kış ve ilkbahar aylarında yıllık ortalamanın altında, yaz ve sonbahar aylarında ise yıllık ortalamanın üzerinde olduğu gözlemlendi. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p:0.000).

SONUÇ

Sonuç olarak aradaki bu anlamlı farklılığın biyopsikososyal pek çok faktöre bağlı olabileceği değerlendirilmiş, aile hekimliği adına yürütülecek her türlü eğitim, araştırma ve hizmet faaliyetinin toplumun gerçekleriyle örtüşebilmesi için, toplumun içinde yürütülmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Enfeksiyon, Gastroenterit

P-092

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNDE ANKSİYETE TANISI ALAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

Burçak Aliler, Hülya Yıkılkan, Zekai Uysal, Cenk Aypak, Osman Özcan Arıman, Süleyman Görpeliöğlü

Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Bu çalışma, Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Polikliniklerinde (Merkez ve Pursaklar) anksiyete tanısı alanların özelliklerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Çalışma, 01.01.2009-31.12.2009 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuranların, hastane elektronik kayıt sisteminden elde edilen verileri kullanılarak yapılmıştır. Analizlerde yüzde frekans ve ki kare testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Her iki polikliniğimize başvuranlar arasında anksiyete tanısı alanların sayısı 284 (% 0.8) idi. Bunların % 78.9 (n:224)'u hastane içindeki polikliniğimizde, % 21.1 (n:60)'i periferde yerleşik polikliniğimizde görülmüştü. Anksiyete tanısı alan başvuranların %69 (n: 196)'u kadın, %31 (n: 88)'i erkek; ortalama yaş 50.4 ± 16.7 (min: 15, max: 92 yaş) idi. Anksiyete tanısı alan başvuranların yaş gruplarına göre dağılım yüzdeleri sırasıyla: % 77.5 (22-65 yaş); % 18.7 (66 yaş ve üstü) ve % 3.9 (12-21 yaş) idi.

Anksiyete tanısı alanların mevsimlere göre dağılımına bakıldığında yüzdeleri sırasıyla: % 26.8'i kış, % 24.6'ı ilkbahar, % 24.3'ü yaz ve %24.3'ü sonbahar aylarında polikliniklerimize başvurmuştu. Anksiyete tanısı alanlarla almayanlar arasında mevsimsel dağılıma bakıldığında, anksiyete tanısı alanların mevsimsel olarak değişiklik göstermediği gözlemlendi (p: 0.743).

SONUÇ

Literatüre bakıldığında, yaygın anksiyete bozukluğu, depresif bozukluklar ve somatoform bozuklukların kadınlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da anksiyete bozuklukları daha sıklıkla kadınlarda görülmüştür.

Birinci basamakta ruhsal sorunlarla oldukça sık karşılaşılmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlık ocağına başvuran hastalarda en az bir ruhsal bozukluk görülme oranının %17.6, diğer bir çalışmada ise psikiyatri dışı polikliniklere başvuran hastalarda psikiyatrik tanı oranının %28 olduğu bildirilmektedir. Toplum ruh sağlığı düzeyinin iyileştirilmesi için, birinci basamakta çalışan hekimlerin ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Anksiyete, Epidemiyoloji

P-093

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURANLARIN SIVI TÜKETİM DURUMLARI

Mustafa Polat, Hülya Yıkılkan, Osman Özcan Arıman, Zekai Uysal, Cenk Aypak, Süleyman Görpelioğlu

Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Bu çalışma, polikliniklerimize başvuranların sıvı tüketim durumları ve bunu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Çalışmaya, 1 Şubat - 8 Mart 2012 tarihleri arasında Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuranlardan, anket uygulanmasını kabul edenler dahil edilmiştir. Herhangi bir psikiyatrik hastalığı veya iletişim güçlüğü olmayan başvuranlara çalışmanın amacı açıklanıp izin alınarak, yüz yüze görüşme tekniği ile anket doldurulmuştur. Başvuranların gün içinde tükettikleri ortalama sıvı miktarları; su, çay, kahve, meşrubat, ayran, meyve suyu, çorba, alkol vb içecekler, miktarları ile sorgulanarak hesaplanmıştır. Analizlerde yüzde frekans, ki kare ve ortalamaların karşılaştırılması (T test) testleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların sayısı 147 idi. Başvuranların % 61.2 (n: 90)'i kadın, % 38.8 (n:57)'i erkek; yaş ortalaması 43.42 ± 17.74 (min: 14, max: 79) idi.

Çalışmaya katılanların aldıkları sıvı miktarı ortalama $2492 \text{ cc} \pm 1031 \text{ cc}$ (min:875 cc, max:6000 cc) idi. Ortalama su tüketimi $1241 \text{ cc} \pm 828 \text{ cc}$ (min:250 cc, max:3750 cc) idi.

Başvuranların %49.7'si günlük ne kadar sıvı tüketeceğini bilmiyordu ve %37,4'üne hekimleri yeterli sıvı alımının faydalarından hiç bahsetmemişti. Yeterli sıvı almayanlar içinde %62.1 (n:54)'i ihtiyaç hissetmediği, %17.2 (n:15)'si aklına gelmediği, %6.9 (n:6)'u iştahsızlık, %6.9 (n:6)'u bulantı hissi oluştuğu için, %6.9 (n:6)'u da sık tuvalet ihtiyacı hissettiğinden dolayı yeterli sıvı tüketmediğini ifade etti.

Yapılan çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla sıvı tükettiği görüldü ancak anlamlı bir fark bulunamadı (p:0.057).

Çalışmaya katılanların %14.3 (n:21)'ünde böbrek taşı öyküsü, %1.4(n:2)'ünde mesane kanseri öyküsü, %18.4(n:27)'ünde konstipasyon, %16.3(n:24)'ünde üriner sistem enfeksiyonu hikayesi mevcuttu. Böbrek taşı olanların olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla sıvı tükettiği görüldü (p:0.045). Konstipasyon problemi olan başvuranların olmayanlara göre daha az sıvı tükettikleri tespit edildi ancak aralarında anlamlı bir fark bulunamadı (p:0.564).

Çalışmada, ne kadar sıvı tüketeceğini bilenler ile bilmeyenler arasında tüketilen miktar olarak anlamlı fark tespit edilemedi (p:0.576).

SONUÇ

Yetersiz sıvı tüketiminin insan sağlığını olumsuz yönden etkilediği yapılan araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu araştırmalara göre yetersiz sıvı tüketiminin neden olduğu sorunlar arasında böbrek taşı, ortostatik hipotansiyon, konstipasyon, üriner sistem kanseri ve kolon kanseri sayılabilir.

Çalışmamızda, başvuranların yeterince sıvı tüketmediği görülmüştür. Böbrek taşı tespit edilmiş olanların anlamlı olarak daha fazla sıvı tükettiği tespit edilmiş; bu sonuç hekimlerin uyarılarının hastalarca dikkate alındığını düşündürmüştür.

Sıvı-su içmek için susama hissini beklemenin dehidratasyona zemin hazırladığı bilinmektedir. Çalışmamızda, yeterince sıvı tüketmeyen başvuranların çoğu neden olarak ihtiyaç hissetmediğini beyan etmiştir. Bu sebeple polikliniklerimize çeşitli nedenlerle başvuranları, yeterli sıvı-su tüketiminin gerekliliği, nedenleri ve koruyucu etkileri açısından bilgilendirmek önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sıvı tüketimi, su tüketimi, susama hissi, koruyucu hekimlik

P-094

HELICOBACTER PYLORİ ENFEKSİYONU İLE DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ VE SERUM CRP YÜKSEKLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: RETROSPEKTİF BİR İNCELEME

Nazmiye Acar, Ayşegül Akbaş Kaya, Ayşegül Taşkıran Çatak, Aysun Özşahin, Tamer Edirne, Kenan Topal
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Denizli.

AMAÇ:

Son yıllarda yapılan çalışmalarda ateroskleroz ile inflamasyon arasındaki ilişkinin varlığı gösterilmiştir. Özellikle bilinen kalp hastalığı olmayan kişilerde gelişebilecek kardiyak olayları belirlemede CRP'nin geleneksel risk faktörlerine yardımcı ve pekiştirici olarak kullanılmasının uygun olduğunu destekleyen kanıtlar bulunmaktadır. Diğer taraftan hemoglobin konsantrasyonunun belirlenen eşik değerlerin altına düşmesi ile ortaya çıkan demir eksikliği anemisi hem insan sağlığı açısından hem de sosyal ve ekonomik gelişme açısından ciddi sonuçları olan yaygın bir halk sağlığı problemidir. Helicobacter pylori enfeksiyonu ise dünyada en sık rastlanan kronik bakteriyel enfeksiyondur. Bu çalışmada amacımız dispepsi yakınması ile başvuran hastalarda endoskopik olarak saptanan Helicobacter pylori enfeksiyonu ile demir eksikliği anemisi ve serum CRP yüksekliği arasındaki ilişkiyi retrospektif olarak incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM:

Bu çalışmada Temmuz 2007 ve Aralık 2011 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji polikliniği veya Genel Dahiliye polikliniğine dispepsi şikayetleriyle başvurup, şikayetleri neticesinde tanıya yönelik endoskopik girişim yapılan ve bunun sonucunda mide biyopsisinde kronik aktif gastrit ve/veya ülser saptanan 358 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların cinsiyet ve Helicobacter pylori pozitifliğine göre kan düzeyleri ve inflamatuvar parametreleri arasındaki farkı istatistiksel açıdan değerlendirmek için tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) kullanıldı.

BULGULAR:

Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı 51.4 ± 15.2 yıl, 167'si erkek (%46.6) 191'i ise kadındı (%53.4). Endoskopik olarak hastaların 297'sinde gastrit, 30'unda gastrit artı ülser ve 31'inde ülser saptandı. Hastalardan 117'sinde Helicobacter pylori pozitif iken (% 49.4), 181'inde negatif (%50.6) olarak saptandı. Hastaların tamamında ortalama Hb 13.1 ± 2.0 g/dL, Htc % 39.0 ± 5.9 , MCV 84.8 ± 8.4 fL, Serum demiri 60.1 ± 51.1 µg/dL, Ferritin 67.3 ± 1.6 ng/mL, WBC $7.5 \pm 2.4 \times 10^9/L$, Sedim 23.7 ± 18.2 mm/h ve CRP 0.95 ± 2.3 mg/dL bulundu. Tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre Hb, Htc ve ferritin değerleri erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0.01$). Diğer yandan Helicobacter pylori pozitif ve negatif çıkan iki grup arasında incelenen faktörlerin hiçbiri için istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

SONUÇLAR:

Helicobacter pylori enfeksiyonu dünyada en yaygın görülen kronik bakteriyel enfeksiyondur. Daha önce yapılan yayınlar Helicobacter pylori pozitifliği ile CRP yüksekliği ve özellikle kadınlarda demir eksikliği anemisi arasında ilişki olduğu yönündedir. Ancak biz yaptığımız bu retrospektif çalışmada Helicobacter pylori pozitif bulunan hastalarda ne inflamatuvar parametreler ne de kan değerleri arasında anlamlı bir ilişki bulamadık. Bu alanda yapılacak daha geniş çaplı araştırmalara gereksinim olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: dispepsi, Helicobacter pylori, anemi, CRP

P-095

TOPLUM KÖKENLİ İDRAR YOLU İNFEKSİYONLARINDAN ELDE EDİLEN ESCHERİCHİA COLİ İZOLATLARININ ANTİBİYOTİK DUYARLILIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ebru Yenidoğan¹, Erol Aktunç²

¹Sağlık Bakanlığı Karaman İli 34 Numaralı Aile Hekimliği Birimi

²Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.

GİRİŞ: İdrar yolu infeksiyonu, poliklinik hastalarında en sık tanı konan infeksiyöz hastalıktır.

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, idrar örneklerinde üreyen Escherichia coli izolatlarının, Ampisilin, Amoksisilin-klavulanik asit, Sefuroksim, Seftriakson, Siprofloksasin, Gentamisin, Nitrofurantoin ve Trimetoprim-sulfametoksazol'e karşı invitro antimikrobiyal dirençlerindeki değişimleri değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Çalışma, 2006-2010 yılları arasında bir Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil ve Aile Hekimliği polikliniklerinden elde edilmiş olan idrar kültür örnekleri üzerinde yürütülmüştür. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Gruplar arası farklılıklar Ki-kare testi ile incelenmiştir.

BULGULAR: En sık izole edilen bakteri türünün Escherichia coli olduğu bulunmuştur (n=327, %76,2). Escherichia coli izolatları, 2006 yılı boyunca dört antimikrobiyal ajana (sefuroksim, seftriakson, gentamisin, nitrofurantoin) karşı %21 ve altında direnç göstermiştir. İzolatlar, 2010 yılı boyunca sadece nitrofurantoin'e karşı %21'in altında direnç oranı göstermişlerdir. Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz üreten Escherichia coli izolatlarının sayısı 2010 yılına kadar gittikçe artmıştır. Genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz üreten Escherichia coli izolatları 2010 yılı boyunca sadece nitrofurantoin'e karşı duyarlı bulunmuştur. Çoklu ilaç direnci gösterme durumu çalışma süresince anlamlı şekilde artmıştır. Çoklu ilaç direnci gösteren izolatlar sadece nitrofurantoin'e karşı duyarlı bulunmuştur.

SONUÇ: Çalışmamızın yapıldığı Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yetişkin Acil ve Aile Hekimliği poliklinik hastalarında görülen idrar yolu infeksiyonlarının ampirik tedavisinde öncelikli seçeneğin nitrofurantoin olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Amoksisilin-klavulanik asit, Ampisilin, Escherichia coli, Gentamisin, İdrar yolu infeksiyonu, Nitrofurantoin, Seftriakson, Sefuroksim, Siprofloksasin, Trimetoprim-sulfametoksazol

P-096

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN YÜKSEK KİLOLU VE OBEZ HASTALARIN KARDİYOVASKÜLER RİSK DURUMLARI

Hasan Tekin, Özde Önder, Cenk Aypak, Zekai Uysal, Hülya Yıkılkan, Osman Özcan Arıman, Süleyman Görpelioglu
Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH); tüm dünyada mortalite ve morbitenin en sık nedenidir. Bu çalışmadaki amaç; hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine ilk kez başvuran yüksek kilolu ve obez hastaların kardiyovasküler risk faktörlerini belirlemek ve National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) kriterlerine göre metabolik sendrom açısından değerlendirmektir.

GEREÇ/YÖNTEM

Çalışmaya Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği polikliniklerine 1 Şubat- 29 Şubat 2012 tarihleri arasında başvuran, vücut kitle indeksi (VKİ) >25 olan 111 hasta alındı. Başvuru sırasında yüz yüze görüşme yapılarak anket formu dolduruldu ve tansiyon takip kartı verilerek beş günlük ortalama tansiyon arteriyel değerleri alındı. Hastaların; kolesterol paneli, açlık plazma glikozu değerlerine bakıldı. KVH risk faktörleri, VKİ'ye göre kilo fazlalığı bulunan ve obez olgularda karşılaştırıldı. NCEP-ATP III kriterlerine göre; abdominal obezite (bel çevresi: erkeklerde > 102 cm, kadınlarda > 88 cm), hipertrigliseridemi (≥ 150 mg/dl), Düşük HDL (erkeklerde < 40 mg/dl, kadınlarda < 50 mg/dl, hipertansiyon (kan basıncı $\geq 130/85$ mmHg), hiperglisemi (açlık kan glukozu ≥ 110 mg/dl) değerlerinden en az üçünün pozitif olması metabolik sendrom olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 59,3 ($\pm 11,1$) yılıdır. Hastaların 74'ü (%66,7) kadındır. 25 hasta (%22,5) okuryazar, 81'i (%73) ilkokul-ortaokul, 2'si (%1,8) lise ve 3'ü (%2,7) üniversite mezunuydu. 27 hasta (%24,3) sigarayı bırakmış, 11'i (%9,9) sigara içmekteydi. Hastaların yalnızca 18'inin (%16,2) düzenli egzersiz yaptığı, 16'sının (%14,4) diyetine uyduğu öğrenildi. Hastaların 37'sinde (%33,3) KVH aile hikayesi, 61'inde (%55) A tipi kişilik yapısı mevcuttu. Olguların 53'ünde (%47,7) hipertrigliseridemi, 46'sında (%41,4) hiperkolesterolemi, 39'unda (%35,1) LDL-K yüksekliği, 53'ünde (%47,7) HDL-K düşüklüğü, 33'ünde (%29,7) bozulmuş açlık glikozu saptandı. VKİ <35 olan hastalardan %32,8'inde, >35 olanlardan %56'sında metabolik sendrom vardı, Erkeklerde %35,1 olan metabolik sendrom oranı, kadınlarda %44,5 idi.

SONUÇLAR

Erişkin çağda kilo alımının, KVH risk faktörlerinin en önemli belirleyicilerinden biri olduğu öngörülmektedir. Obezite, KVH oluşumunda multifaktöryel bir mekanizmayla rol oynamakta, KVH için bağımsız bir risk faktörü oluşu yanında yüksek kan basıncı, hiperkolesterolemi, düşük HDL-K, yüksek trigliserid ve diyabet gibi diğer birçok risk faktörüyle birliktelik göstermektedir. Çalışmamızdaki hastalar KVH risk faktörlerinin çoğunu içermesine rağmen, çok az bir kısmının düzenli egzersiz ve diyet yaptığı anlaşılmıştır. Sonuç olarak obezite derecesi ne olursa olsun yaşam tarzı değişikliği ile düzeltilmesi gereken bir risk faktörüdür ve ufak kilo değişikliklerinin bile KVH üzerine anlamlı bir etkisi olduğu göz önüne alınarak obezler, kilo verme konusunda motive edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Kardiyovasküler risk, Metabolik sendrom

P-097

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN OBEZ HASTALARDA SERUM 25 OH VİTAMİN D3 DÜZEYLERİ

Murat Dicle, Özde Önder, Cenk Aypak, Hülya Yıkılkan, Osman Özcan Arıman, Zekai Uysal, Süleyman Görpelioglu
Dışkapi Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Obezite; bilinen kardiyovasküler risk faktörlerinden biri olup son dönemlerde yapılan çalışmalar 25 OH Vitamin D3 eksikliğinin de kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızda aile hekimliği polikliniğine başvuran kilolu ve obez hastalarda serum 25 OH Vitamin D3 düzeyini tespit etmek amaçlanmıştır.

GEREÇ/YÖNTEM

Çalışmaya 01 Aralık 2011–29 Şubat 2012 tarihleri arasında hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastalardan; beden kitle indeksleri (BKİ) 25 kg/m² ve üstü olan, böbrek fonksiyon testlerinde bozukluk olmayan 120 hasta dahil edildi. Hastaların serum 25 OH Vitamin D3, kalsiyum, fosfor, alkalen fosfataz düzeyleri incelendi.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 47,9 (±10,3) yılı. Hastaların 67'si (%55,8) kadın, 53'ü (%44,2) erkekti. BKİ ortalaması 32,8 kg/m² (±4,8) idi. Hastaların ortalama serum 25 OH Vitamin D3 düzeyleri 12,7 ng/ml (±4,9) idi. Ortalama kalsiyum düzeyleri 9,6±0,5 mg/dl, fosfor düzeyleri 3,3±0,5 mg/dl, alkalen fosfataz 86,1±33,4 U/L olarak bulundu. Obez kadınlardaki vitamin D düzeyleri, obez erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük bulundu (11,3±4,8ng/ml; 14,5±4,8 ng/ml, p<0,001). Ortalama serum 25 OH Vitamin D düzeyi: BKİ 25-30 arası olanlarda 15,9±5,7 ng/ml; 30–40 arası olanlarda 11,9±4,2 ng/ml; 40 ve üzeri olanlarda 9,7±4 ng/ml bulundu. Serum 25 OH Vitamin D3 düzeylerinin BKİ arttıkça azaldığı tespit edildi (p<0,05).

SONUÇLAR

Yapılan çalışmalar; 25 OH Vitamin D3'ün sadece kemik metabolizması üzerinde değil aynı zamanda hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, malignite, otoimmün hastalıklar, multiple sklerozis ve şizofreni gibi çeşitli hastalıklar açısından da önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir. İnsülin rezistansının, düşük 25 OH Vitamin D3 ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir ve vitamin D3 eksikliğinin Tip 2 Diabetes Mellitus patogenezinde etkili olduğu düşünülmektedir. Son dönemde yapılan çalışmalarda Vitamin D3 takviyesinin insülin sekresyonunu ve glukoz toleransını arttırdığı bildirilmektedir. Çalışmamız sonucunda; BKİ arttıkça, serum 25 OH Vitamin D3 düzeyinin azaldığı tespit edilmiş ve tüm ölüm nedenleri arasında en başta gelen kardiyovasküler hastalıklar ile Tip 2 Diabetes Mellitus'un mortalite ve morbiditesini azaltmak için, özellikle bu riskin daha fazla olduğu obez hastalarda Vitamin D3 takviyesinin faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Diyabet, Vit D3

P-098

İNFERİLİTE ÜZERİNE ETKİLİ FAKTÖRLER

Selami Kara¹, Hilmi Baha Oral², Yasemin Türker³, Funda Yıldırım Baş⁴, Kurtuluş Öngel⁵

¹Uzm.Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Mudurnu devlet hastanesi, Bolu

²Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

³Uzm.Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı 3. Nolu ASM, Düzce

⁴Uzm.Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Isparta 1. Nolu TSM, Isparta

⁵Doç. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

İnfertilite, istem dışı çocuk sahibi olamamaktır; daha geniş tanımıyla evli bir çiftin en az bir yıl süreyle kontraseptif önlem almaksızın düzenli cinsel ilişkisi olmasına karşın gebelik oluşmamasıdır. Bu çalışmada Isparta İli'nde yapılan araştırmada tespit edilen infertil kişiler de infertiliteyi etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla planlandı.

Araştırma, ekim 2010-mayıs 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma tüm Isparta'yı yansıtabilecek, prospektif, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Isparta İli'deki 15-49 yaş nüfusu dikkate alınarak örneklem büyüklüğü 3406 kişi olarak hesaplandı. Hesaplanan bu örneklem büyüklüğü Isparta İli İlçeleri'nin 15-49 yaş nüfus oranlarına göre dağıtıldı.

Çalışmaya aydınlatılmış onam formunu imzalayarak çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllüler alındı. Araştırmaya 15-49 yaş arasındaki üreme çağındaki en az 1 yıl evli kalan kişilerden primer ve sekonder infertilite kriterlerine uyan kişilerden erkeklere 34 ve bayanlara 42 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı. Elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 programı ile bilgisayar ortamına aktarılmış ve değerlendirilmeye alınmıştır.

Çalışmaya 36'sı (%13.8) erkek ve 226'sı (%86.2) kadın olmak üzere 262 kişi alındı. Bu 262 kişinin 170 kişisi (%64.9) primer infertilite kriterlerine, 92 kişisi (%35.1) sekonder infertilite kriterlerine uygun olarak bulundu. Çalışmadaki infertil 262 kişinin 70'inde (%26.7) yakın akrabalarından en az birinde infertilite olduğu tespit edildi. Çalışma dahilindeki infertil kişiler ortalama 7.2 (± 2.2) yıldır (min:1-max:31) çocuk sahibi olmak istiyor oldukları tespit edildi. İnfertil kişilerden 15'i (%5.7) cinsel ilişkiden önce kayganlaştırıcı kullanıyor olduğu tespit edildi. İstatistiksel anlamlı farklılık çıkmadı (p:0.480). Araştırmadaki infertil kişilerden 22'sinde (%8.4) yemek yeme bozukluğu var ve primer infertilite oranı daha yüksek olarak bulundu (p:0.027). Araştırmadaki infertil kişilerden %30.5'i (n:80) sigara ve %10.7'si (n:28) alkol kullanıyordu. Alkol kullananlarda sekonder infertilite daha sık görülüyor (p:0.001). Daha önce bir doğum kontrol yöntemi kullanmış olanlarda sekonder infertilite daha yüksek olduğu tespit edildi (p:0.000). İnfertil kadınlardan adet kanama miktarı normal olanlarda primer infertilite oranı yüksek ve adet kanama miktarı az olanlarda sekonder infertilite oranı daha yüksek olduğu tespit edildi (p:0.029, p:0.008). Çalışmadaki infertil erkeklerin %15.8'inde (n:6) libidosunda azalma olduğu ve libidosu azalanlarda sekonder infertilite oranını yüksek olduğu bulundu (p:0.026).

Çalışmamıza göre infertilite; yemek yeme bozuklukları, adet düzeni, alkol, doğum kontrol yöntemleri ve libido gibi faktörlerden etkileniyor. Çalışmamızın sonuçlarına göre infertilite toplumun önemli bir kısmını ilgilendiren önemli bir sorundur. Bu sorunun giderilmesi için ilk aşama olarak sayılan bu tür çalışmalar Aile Hekimliği gibi entegre branşlarda planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Isparta, infertilite, Üreme

P-099

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN DİYABETİK HASTALARDA AYAK BAKIMI BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞ DÜZEYİ

Asım Koç, Hasan Tekin, Cenk Aypak, Hülya Yıkılkan, Zekai Uysal, Osman Özcan Arıman, Süleyman Görpeliolu
Dışkapi Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Diabetes mellitus (DM), mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonları nedeni ile yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır. Diyabetik ayak, diyabette morbiditeyi etkileyen, tedavisi pahalı olan, hasta eğitimi ile önlenabilen önemli bir komplikasyondur. Bu çalışma Ankara Dışkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran DM hastalarının ayak bakımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin saptanması amacıyla planlandı.

GEREÇ/YÖNTEM

Çalışmaya en az bir yıldır DM tanısı olduğu bilinen, 08.02.2012-08.03.2012 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniklerine ilk kez başvuran 85 hasta dahil edildi. Kişisel bilgileri öğrenmeye yönelik 7, ayak bakım davranışlarını belirlemeye yönelik 12 sorudan oluşan anket formu uygulandı. Sorulara uygun cevabı verenler '1 puan', uygun olmayan cevabı verenler veya boş bırakanlar '0 puan' olarak değerlendirildi. Toplam 12 puan üzerinden değerlendirilen hastalardan 0-4 puan alanlar 'özen göstermeyen'; 5-8 puan alanlar 'az özen gösteren'; 9-12 puan alanlar 'özen gösteren' olmak üzere gruplandırıldı.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 60,8 ($\pm 8,9$) yılı ve ortalama 9,2 ($\pm 7,6$) yıldır diyabet tanıları mevcuttu. Katılımcıların %63,5'i kadındı. Çalışma grubunun %56,5'i daha önce hiç sigara içmemiş, %25,9'u bir süre kullanmış ve bırakmış, %17,6'sı ise halen sigara kullanmaktaydı. Katılımcıların ortalama puanı 5,8 ($\pm 2,3$) olarak bulundu. Çalışmaya katılanların %58,8'i 'az özen gösteren', %27,1'i 'özen göstermeyen', %14,1'i 'özen gösteren' gruplarını oluşturmaktaydı. Eğitim düzeyi arttıkça puan ortalaması artmaktaydı ($p < 0,05$). Cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). Hastaların yaşları ile puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). Diyabet süresi ile ayak bakımı özeni arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p > 0,05$). Son bir sene içerisinde ayağında yara oluşan hastaların puan ortalamaları yara oluşmayanlara göre fazlaydı. Ayak bakımı ile ilgili daha önce herhangi bir sağlık kuruluşunda eğitim almış hastaların ortalama puanları, bilgi almayanlara göre anlamlı derecede fazlaydı ($p < 0,05$) ancak daha önce herhangi bir sağlık kuruluşu tarafından bilgilendirildiğini beyan edenlerin oranı yalnız %7,1 idi.

SONUÇLAR

Çalışmamızın sonucunda DM hastalarının ayak bakımına yeterince özen göstermediği saptandı. Diyabetik hastalarda ciddi bir sağlık sorunu olan diyabetik ayağın önlenmesinde hastanın bilgilendirmesi ve farkındalık sağlanması gerekmektedir. Çalışmamızda ayak bakımı hakkında bilgilendirilmiş hastaların ayak sağlığına daha dikkat ediyor olmaları bilgilendirmenin önemini vurgulamaktadır. Diyabetik hastaların periyodik ziyaret ve ilaç yazdırma amaçlı başvurularında ayak bakımı konusunda verilen eğitimin ayakta oluşabilecek yara veya yaralanmaların görülme sıklığını azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Ayak bakımı, Hasta eğitimi

P-100

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HİPERTANSİF HASTALARIN KAN BASINCI REGÜLASYON DURUMLARI

Özde Önder, Murat Dicle, Cenk Aypak, Zekai Uysal, Osman Özcan Arıman, Hülya Yıkılkan, Süleyman Görpelioğlu
Dışkapi Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Hipertansiyon, erişkin toplumda sık görülen bir hastalık olup mortalite ve morbiditenin önemli sebeplerinden biridir. Çalışmamızın amacı hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine başvuran hipertansiyon hastalarının kan basıncı düzeylerinin tespit edilmesidir.

GEREÇ/YÖNTEM

Çalışmaya en az bir yıldır antihipertansif tedavi almakta olan, hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine 1 Ocak-1 Mart 2012 tarihleri arasında ilk kez başvuran 127 hasta alındı. Başvuru sırasında yüz yüze görüşme yapılarak önceden hazırlanmış anket formu dolduruldu ve tansiyon arteriyel değeri ölçüldü. Hastaya kan basıncı takip kartı verilerek beş günlük tansiyon takibi yapması istendi, ortalama değeri 140/90 altı olanlar regüle kabul edildi ve sonuçlar değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 59,2 ($\pm 10,4$) yılıdır. Hastaların 87'si (% 68,5) kadın, 40'ı (% 31,5) erkekti. 36 hasta (% 28,3) okur yazar, 78'i (% 61,5) ilk ve ortaokul, 8'i (% 6,3) lise ve 5'i (% 3,9) üniversite mezunuydu. 101 hasta (% 79,5) evliydi. Hastaların ortalama tanı süreleri 9,7 ($\pm 7,3$) yılıdır. 18 hasta (% 14,2) halen sigara içmekteydi. Hastaların sadece %3,1 düzenli egzersiz yapmakta ve %7,1'i diyetine düzenli olarak uymaktaydı. Normal tansiyon arteriyel değerini bilmeyenler %31,5 (n=40) olarak bulundu. 23 hasta (% 18,1) her gün, 43'ü (%33,9) haftada birkaç kez, 39'u (% 30,7) ayda birkaç kez, 13'ü (%10,2) yılda birkaç kez kan basıncını ölçtüğünü, 9'u (% 7,1) ise hiç ölçmediğini belirtti. 13 (% 10,2) hasta; aile sağlığı merkezinde, 8'i (%6,3) ikinci basamak sağlık kuruluşunda, 106'sı (% 83,5) ise üçüncü basamak sağlık kuruluşunda takip edilmekteydi. 120 hasta (%94,5) ilacını bizzat kendisi almasına rağmen, tüm hastaların ancak 31'i (% 24,4) ilacının ismini bilmekte ve sadece 26'sı (%20,5) dozunu bilmekteydi. 30 hasta (%23,6) tek, 60 hasta (%47,2) iki, 37 (%29,2) hasta ise 3 ve daha fazla antihipertansif ilaç kullanmaktaydı. Hastaların 5 günlük ortalama kan basıncı düzeylerine göre 69'unun (%54,3) kan basıncı regüle değildi.

SONUÇLAR

Antihipertansif ilaç kullanan hastalarda % 50-75 oranında kan basıncı kontrolünün sağlanamadığı belirtilmektedir. Çalışmamızdaki hastaların büyük bir çoğunluğu 3. basamak sağlık kurumlarında takip edilmelerine rağmen, yarısından fazlası hedeflenen ortalama arteriyel kan basıncına sahip değildi. Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasında koroner kalp hastalığı için önde gelen risk faktörlerinin hipertansiyon ve fiziksel aktivite azlığı olduğu anlaşılmıştır. Çalışmamızdaki hastaların da düşük bir oranı düzenli egzersiz ve diyet yapmaktaydı. Hastaların, antihipertansif tedavinin ayrılmaz parçaları olan diyet ve egzersiz durumları her vizitte sorgulanmalı ve hasta, non farmakolojik tedavi konusunda bilgilendirilerek desteklenmelidir. Günlük pratikte, tansiyon arteriyel ölçümünün antihipertansif ilaç yazdırmaya gelen hastalara da uygulanması ve tansiyon takip kartı verilerek ortalama tansiyon arteriyel değerinin saptanması regüle olmayan hastaların fark edilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Egzersiz, Diyet

P-101

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN POSTMENAPOZAL KADINLARDA SERUM KALSİYUM, PARATHORMON VE VİTAMİN D DÜZEYLERİ

Murat Dicle, Özde Önder, Zekai Uysal, Osman Özcan Arıman, Hülya Yıkılkan, Cenk Aypak, Süleyman Görpelioğlu
Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Dünya sağlık örgütüne göre osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık karşılaşılan sağlık problemidir. Kemik mineral dansitesi, etnik faktörler, diyet, fiziksel aktivite, hormonal aktivite ve genetik başta olmak üzere pek çok faktöre bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Çalışmamızda Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran beden kitle indeksi (BKİ) <25 kg/m² olan postmenapozal kadınlarda; kalsiyum, fosfor, alkalen fosfataz, 25 OH Vitamin D3 ve PTH düzeylerini tespit etmek amaçlanmıştır.

GEREÇ/YÖNTEM

Çalışmaya Aralık 2011–Şubat 2012 tarihleri arasında hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastalardan; BKİ 18,5-24,9 arası olan, böbrek fonksiyon testlerinde bozukluk olmayan ve en az bir yıldır menapozda olan 89 kadın hasta dahil edildi. Hastalar dört ayrı yaş grubuna ayrılarak (grup1: 40-50 yaş, grup 2: 50-60 yaş, grup 3: 60-70 yaş, grup 4: > 70 yaş) serum kalsiyum, fosfor, alkalen fosfataz, 25 OH Vitamin D3 ve PTH düzeyleri incelendi.

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 60,6 (±11,3) yılıdır. Ortalama kalsiyum düzeyleri 9,6 mg/dl (±0,5), fosfor düzeyleri 3,5 mg/dl (±0,5), alkalen fosfataz düzeyleri 88,2 U/L (±24,3) ve ortalama 25 OH Vitamin D3 düzeyleri 15,1 ng/ml (±9,9) idi. Hastaların %32,6'sında (n=29) serum 25 OH Vitamin D3 düzeyleri 10 ng/ml'nin altında, %47,3'ünde (n=42) ise 10 ng/ml-20 ng/ml arasındaydı. Ortalama PTH düzeyleri 64,9 pg/ml (±35,3) idi. Hastaların 22'sinde (%24,7) PTH düzeyleri 75 pg/dl'nin üzerindeydi ve bu hastaların 11'inin (%50) serum 25 OH Vitamin D3 düzeyleri 10 ng/ml- 20 ng/ml arasındaydı. Ortalama 25 OH Vitamin D3 düzeyi, 40-50 yaş arası olanlarda 12,3 ng/ml (±7,9) ile en düşük olmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu.

SONUÇLAR

Yapılan çalışmalarda 25 OH Vitamin D3 ve kalsiyum düşüklüğü ile parathormon yüksekliğinin osteoporozun en önemli risk faktörleri arasında olduğu belirtilmiştir. Hastanemizde 25 OH Vitamin D3 eksikliği için laboratuvar referans değeri olarak <10 ng/ml verilmektedir. Ancak çalışmamızda bu değerlerin üzerindeki postmenapozal kadınlarda da sekonder parathormon yüksekliği tespit edilmiştir. Normal sınırlarda görülen serum 25 OH Vitamin D3 düzeyleri bazı postmenapozal hastalarda parathormon değerlerini baskılayamamaktadır. Postmenapozal hastalarda, serum 25 OH Vitamin D3 düzeylerinin 20 ng/dl üzerine çıkarılmasının sağlanması, parathormon düzeylerinin normal aralıkta tutulması açısından düşünülmelidir. Çalışmamızda polikliniğe başvuran postmenapozal hastaların pek çoğunda 25 OH Vitamin D düzeyi düşük bulunmuş olup ülkemizdeki güneş ışığına maruziyet ve kalsiyum içeren gıdalarla beslenme yetersizliği göz önüne alındığında günlük pratikte postmenapozal hastalarda osteoporoz ve komplikasyonlarını önlemek için daha yüksek oranlarda serum 25 OH Vitamin D3 takviyesi önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Postmenapozal, Parathormon, Vitamin D

P-102

DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT EAH AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN YÜKSEK KİLOLU VE OBEZ HASTALARIN KARDİYOVASKÜLER RİSK DURUMLARI

Hasan Tekin, Özde Önder, Cenk Aypak, Zekai Uysal, Hülya Yıkılkan, Osman Özcan Arıman, Süleyman Görpelioglu
Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH); tüm dünyada mortalite ve morbitenin en sık nedenidir. Bu çalışmadaki amaç; hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine ilk kez başvuran yüksek kilolu ve obez hastaların kardiyovasküler risk faktörlerini belirlemek ve National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) kriterlerine göre metabolik sendrom açısından değerlendirmektir.

GEREÇ/YÖNTEM

Çalışmaya Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH Aile Hekimliği polikliniklerine 1 Şubat- 29 Şubat 2012 tarihleri arasında başvuran, vücut kitle indeksi (VKİ) >25 olan 111 hasta alındı. Başvuru sırasında yüz yüze görüşme yapılarak anket formu dolduruldu ve tansiyon takip kartı verilerek beş günlük ortalama tansiyon arteriyel değerleri alındı. Hastaların; kolesterol paneli, açlık plazma glikozu değerlerine bakıldı. KVH risk faktörleri, VKİ'ye göre kilo fazlalığı bulunan ve obez olgularda karşılaştırıldı. NCEP-ATP III kriterlerine göre; abdominal obezite (bel çevresi: erkeklerde > 102 cm, kadınlarda > 88 cm), hipertrigliseridemi (≥ 150 mg/dl), Düşük HDL (erkeklerde < 40 mg/dl, kadınlarda < 50 mg/dl, hipertansiyon (kan basıncı $\geq 130/85$ mmHg), hiperglisemi (açlık kan glukozu ≥ 110 mg/dl) değerlerinden en az üçünün pozitif olması metabolik sendrom olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 59,3 ($\pm 11,1$) yılıdır. Hastaların 74'ü (%66,7) kadındır. 25 hasta (%22,5) okuryazar, 81'i (%73) ilkököl-ortaokul, 2'si (%1,8) lise ve 3'ü (%2,7) üniversite mezunuydu. 27 hasta (%24,3) sigarayı bırakmış, 11'i (%9,9) sigara içmekteydi. Hastaların yalnızca 18'inin (%16,2) düzenli egzersiz yaptığı, 16'sının (%14,4) diyetine uyduğu öğrenildi. Hastaların 37'sinde (%33,3) KVH aile hikayesi, 61'inde (%55) A tipi kişilik yapısı mevcuttu. Olguların 53'ünde (%47,7) hipertrigliseridemi, 46'sında (%41,4) hiperkolesterolemi, 39'unda (%35,1) LDL-K yüksekliği, 53'ünde (%47,7) HDL-K düşüklüğü, 33'ünde (%29,7) bozulmuş açlık glikozu saptandı. VKİ <35 olan hastalardan %32,8'inde, >35 olanlardan %56'sında metabolik sendrom vardı, Erkeklerde %35,1 olan metabolik sendrom oranı, kadınlarda %44,5 idi.

SONUÇLAR

Erişkin çağda kilo alımının, KVH risk faktörlerinin en önemli belirleyicilerinden biri olduğu öngörülmektedir. Obezite, KVH oluşumunda multifaktöryel bir mekanizmayla rol oynamakta, KVH için bağımsız bir risk faktörü oluşu yanında yüksek kan basıncı, hiperkolesterolemi, düşük HDL-K, yüksek trigliserid ve diyabet gibi diğer birçok risk faktörüyle birliktelik göstermektedir. Çalışmamızdaki hastalar KVH risk faktörlerinin çoğunu içermesine rağmen, çok az bir kısmının düzenli egzersiz ve diyet yaptığı anlaşılmıştır. Sonuç olarak obezite derecesi ne olursa olsun yaşam tarzı değişikliği ile düzeltilmesi gereken bir risk faktörüdür ve ufak kilo değişikliklerinin bile KVH üzerine anlamlı bir etkisi olduğu göz önüne alınarak obezler, kilo verme konusunda motive edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Kardiyovasküler risk, Metabolik sendrom

P-103

RIKETSLİ BİR OLGUDA TİBİAL BOWİNGMustafa Yasin Selçuk¹, Yasemin Çayır²¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Samsun²Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Nutrisyonel rikets D vitamini veya kalsiyum yetersizliği sonucu organizmanın kalsiyum dengesini intestinal emilim yerine kemiklerden kalsiyum mobilizasyonu ile sağlandığı bir süreç sonunda gelişmektedir. Bu durum özellikle düşük sosyoekonomik düzeye ailelerde görülmektedir (1).

OLGU: 3 yaş 8 aylık erkek hasta ayaklarında eğrilik ve ağrı şikayeti ile getirildi. Sosyoekonomik düzeyi düşük, sağlık güvencesi devlet tarafından karşılanan ailenin üçüncü çocuğu olarak vajinal doğum ile miadında hastanede doğmuş. Sofradan beslendiği ve 2,5 yaşında yürümeye başladığı, vaktinde konuşmaya başladığı öğrenildi. Süt ve süt ürünlerini yeterli düzeyde almamış. Herhangi vitamin desteği almamıştı. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı 12.5 kg (3-10 persentil), boyu 83 cm (<3 persentil), el bilekleri geniş, raşitik rozarileri vardı. Kraniotabes yoktu ancak O bacak görünümü mevcuttu. Karaciğer subkostal ele geliyordu.

Labaratuvarında kalsiyum 9,6 mg/dL, fosfor 4.79 mg/dL, magnezyum 2.13 mg/dL, alkalin fosfataz 931 U/L (N: 145-420 U/L), parathormon 202 pg/mL (N: 9-65 pg/mL), albümin 4.45 g/dL idi. 25-OH vitamin D 26,3 ug/L (N: 7.4-53.3 ug/L), spot idrarda kalsiyum/kreatinin 0.079 mg/dL idi. C-reaktif protein 3,2 mg/dL, sedimantasyon 6 mm/saat, tiroid hormonları normaldi. Anti gliadin immunoglobulin A, anti gliadin immunoglobulin G, doku transglutaminaz immunoglobulin A ve doku transglutaminaz immunoglobulin G negatifti. Kemik surveyde tibial bowing ve ileri evre rikets bulguları mevcuttu. Kemik dansitometresinde 0.4617 g/cm² (Z skoru: -0.17 SDS). Mevcut bulgularla ileri evre nutrisyonel rikets düşünülen hastaya D vitamini 300.000 ünite intramuskuler verildi. Kontrolde kalsiyum 9,29 mg/dL, fosfor 4.87 mg/dL, alkalin fosfataz 618 U/L, parathormon 34.3 pg/mL, 25-Hidroksi vitamin D 88.5 ug/L ve sol el bilek grafisinde radioopak bant gelişimi görüldü. Hasta ileri düzey tetkikleri için yönlendirildiği üst basamak sağlık kuruluşu polikliniğinde takip edilmektedir.

SONUÇ: Ülkemiz güneşli günler açısından zengin bir ülke olmasına rağmen, aşırı koruyucu ve kollayıcı anneler tarafından sıkı giydirilen çocuklar yeteri kadar güneş ışığı alamamaktadır. Bölgemizde de üç yaş altı çocukların %6'sında, nutrisyonel rikets tespit edilmiştir (2). Rikets kemik dayanma gücünü sağlayan inorganik kısmı azaldığı için en fazla yük binen kısımlarda deformite olur. Deformiteler büyük çoğunlukla tedavi sonrası kendiliğinden iyileştiğinden nutrisyonel riketsde ortopedik tedavi nadiren gerekir. Kemiklerdeki şiddetli eğrilmeler cerrahi girişime gerek kalmadan yıllar içinde düzelmektedir (3).

Rikets'te normalde O-bain deformitesi görülmesi daha olasıdır. Tibial bowing riketsde nadir görülen bir bulgudur. Sağlık bakanlığının ücretsiz D vitamini uygulamasına rağmen halen ileri evre rikets görülebildiğini, riketsde tibial bowingin nadirde olsa görülebileceğini, riketsin ülkemizin doğu Anadolu bölgesinde hala bir halk sağlığı sorunu olduğunu hatırlatmak isteriz.

Anahtar Kelimeler: rikets, tibial bowing, aile hekimliği

P-104

BURSA ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YANIK ÜNİTESİNİN 2,5 YILLIK (2009-2011) ÇALIŞMA RAPORU

Bülent Özçetin¹, Deniz Tihan¹, Hakan Demirci², Uğur Duman¹, Ahmed Taha¹

¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Bursa

²Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Bursa

GİRİŞ: Yanığa bağlı yaralanmalar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ciddi mortalite ve morbiditeye sebep olabilen yanıklar çoğunlukla önlenemez kazalardandır. Yanıktan korunmak için proje üretirken yanıkların sebebi ve risk faktörlerini içeren epidemiyolojik çalışmalar her bölge için ayrı incelenmelidir.

Çalışmamızda Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi yanık ünitesinde kurulduğu günden bugüne tedavi gören hastaların özelliklerini geriye dönük olarak incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık Ünitesi'nde 2009-2011 yılları arasında tedavi görmüş olan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet durumları ve yanık özellikleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: 2009-2011 yılları arasında hastanemiz yanık ünitesine başvuran 323 hasta yataklı serviste tedavi edilmiştir. Bu hastalarda yanık sebepleri içinde haşlanma yanığı 224 hasta (%64) ile en sık görülen sebepti. Yanıkların yaş dağılımı incelendiğinde 0-10 yaş grubu çocuklar 178 vaka (%55) ile en yüksek orana sahipti.

TARTIŞMA: Çalışmamız sonucunda bölgemizde en sık karşılan yanık türünü haşlanma yanıkları olarak belirledik. Kaza yanıklarından en fazla etkilenen yaş grubu da 0-10 yaş pediatrik yaş grubu olarak tespit ettik. Bu sonuçlar ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumludur.

SONUÇ: Çocuklarda haşlanma yanıklarının önlenmesine yönelik çalışmalar önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Haşlanma yanığı, kaza, yanık

P-105

BİR OSTEOİD OSTEOMA OLGUSU

Ebru Erginbaş¹, Gülcihan Gülcan², Saniye Berna Hamilçikan², Arzu Uzuner³

¹S.B. İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği

²S.B. İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

³İstanbul Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Osteoid osteoma selim kemik tümörleri arasında osteokondroma ve fibromadan sonra üçüncü en sık rastlanan selim kemik tümörüdür. En sık 5 – 20 yaş arasında görülür. Erkeklerde kadınlara oranla iki kez daha sık görülür. Tipik olarak proksimal femur ve tibia korteksleri, nadiren vertebra yerleşimlidir. Genellikle gece artan ve aspirin almakla azalan ağrı ile tanınır. Düz grafide sklerotik kemikle çevrili küçük radyolüsen nidus izlenir. Tibia korteksinde rastladığımız bir osteoid osteoma olgusunu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: osteoid osteoma, radyofrekans ablasyon, selim kemik tümörleri

P-106

HİPERTANSİYON HASTALARININ FARKINDALIK, TEDAVİ VE KONTROL ORANLARI

Raziye Şule Gümüştakım, Rabia Kahveci, İrfan Şencan, İsmail Kasım, Hilal Aksoy, Adem özkara
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ: Hipertansiyon yaygın prevalansı ve yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle bireysel ve halk sağlığı açısından önemli bir sorundur. Yaygınlığı ve risk faktörleri ile birlikteliği göz önüne alındığında ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunu olduğundan birinci basamak için ayrı bir öneme sahiptir. Kişilerin hipertansiyon hakkındaki farkındalık ve tutumları bilgi eksikliklerinden etkilenmekte, bu durum hastalığın kontrolünde engel oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda hastaların hipertansiyon konusunda farkındalık düzeyleri, tedavi ve kontrol oranlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışmaya Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve yaşları 35–80 arasında değişen, daha önceden hipertansiyon (HT) tanısı alan toplam 203 vaka dahil edilmiştir. Hastalara sosyodemografik özellikler, farkındalık düzeyi ve tedavi şekli ile ilgili 39 soruluk bir anket uygulanmıştır. Poliklinikte (3 ziyaret, 9 ölçüm) kan basıncı (KB) değerleri kaydedilmiş ve hastalara OMRON 705IT marka ölçüm cihazları verilerek 3 gün boyunca günde 4 kez olmak üzere toplam 12 kez KB ölçümü yapılması planlanmıştır. Antihipertansif tedavi altında evde KB ölçümleri ortalama değeri 130/85, ofiste KB ölçümleri ortalama değeri 140/90 mmHg üzerinde olan hastaların KB'larının kontrol altında olmadığı kabul edilmiştir. HT için ilaç kullanan hastalar tedavi alıyor olarak kabul edilmiştir. Farkındalık düzeyi ise anketteki bazı soruların güçlülük düzeyine göre puanlandırılmış ve sonuçta 0-45 puan alanlar farkındalıkları yok, 46-74 puan alanlar farkındalıkları düşük, 75-100 puan alanlar ise farkındalıkları yüksek olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamızda hastaların %72,9'unun farkındalığı mevcut, %93,1'i antihipertansif tedavi almakta, %42,4'ünün ise hem ofiste, hem evde ölçülen KB'ları kontrol altındadır. Farkındalık düzeyi diyet, egzersiz, eğitim, tuz kullanımı, TA ölçüm sıklığı, doktora başvuru sıklığı, HT hakkında eğitim ve bilgi düzeyi, TA takip branşı, antihipertansif tedavi alma durumu, HT süresi, antihipertansif ilaç sayısı ve ilacı düzenli kullanım oranlarıyla ilişkili bulunmuş, ancak HT kontrolü sadece tuz kullanımı, antihipertansif tedavi alma ve antihipertansif ilaç sayısı ile ilişkilendirilmiştir.

SONUÇ: HT ülkemizde sık görülen bir sorun olup çalışmamızda da görüldüğü üzere farkındalık oranları yetersizdir. Tedavi oranlarının yüksek olmasına karşılık kontrol oranları yeterli düzeyde değildir. Bu da hastaların tedaviye uyumlarının istenilen seviyede olmadığını göstermektedir. Bu konuda yapılması gereken en önemli şey HT konusunda toplumsal bilincin artırılması yolu ile farkındalığın artırılmasıdır. Bu hususta birinci basamak hekimlerine büyük görev düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: farkındalık, hipertansiyon, kontrol, tedavi

P-107

PEDİATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE ORTAK KARAR ALMA SÜRECİ: KALİTATİF ÇALIŞMA

Rabia Kahveci¹, Duygu Ayhan¹, Pınar Döner¹, İrfan Şencan¹, İsmail Kasım¹, Adem Özkara¹, Yıldız Dallar²

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Türkiye'de bir tıbbi durum ile ilgili hasta ve sağlık profesyonellerinin birlikte karar alma süreci konusunda sınırlı sayıda araştırma mevcuttur. Tıbbi kararlar geleneksel olarak hekimler tarafından alınır; tıbbi kararlarda diğer sağlık çalışanları ve ailelerin rolleri tam olarak tanımlanamamıştır. Aynı şekilde, yoğun bakım ünitelerindeki kritik hasta çocuklar hakkında kararların nasıl alınacağı ve bu süreç içinde ebeveynlerin ve sağlık profesyonellerinin rolleri tam olarak tanımlanamamıştır. Böyle bir durumdaki karar verme dinamiklerinin, diğer şartlar altında belirlenen kritiklerden farklı olması beklenebilir. Bu çalışmanın amacı; yoğun bakım ünitelerinde kritik-hasta çocuklara gereken yaşam destek kararlarının alınma sürecinde sağlık profesyonelleri ve ebeveynlerin rollerini tanımlamak ve süreç içindeki tecrübelerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmada kalitatif araştırma yöntemi kullanıldı. Çalışmaya son 6 ay içinde en az 3 ay yoğun bakımda çalışmış olan doktor ve hemşireler davet edildi. 6 aydan daha uzun, 1 yıldan daha kısa süre önce yoğun bakımda en az bir hafta yatmış olan pediatrik hastaların anne ve babalarının çalışmaya dahil edilmesi düşünüldü. Çalışmaya katılmayı kabul eden 8 hekim, 9 hemşire ve 6 kritik hasta ebeveyni ile yüz yüze, derinlemesine, yarı-yapılandırılmış röportajlar dijital kayıt altında gerçekleştirildi. Röportajlardan elde edilen kayıtlardan açık kodlamalar ve daha sonra ana temalar elde edildi.

BULGULAR: Biçilmiş roller, duygular ve karar verme aşamasında yaşanan güçlükler olmak üzere 3 ana tema elde edildi. Tüm hemşire ve hasta yakınlarının karar yetkisinin kimde olduğu konusundaki ortak kararı; bu kararda majör rolü doktorların üstlenmesi yönündeydi. Bazı hekimler karar yetkisinin kimde olduğu konusunda böyle bir sorgulama yapılmasını şaşkınlıkla karşıladı. Tüm hasta yakınları, karar aşamasında ve çocuklarının yoğun bakım ünitelerinde yattığı süreç boyunca bilgilendirilme isteklerini vurguladılar. Hekimler hasta yakınlarının durumu anlama konusunda yaşanan zorluklar, durum hakkında bilgilendirecek zaman bulamama ve fiziksel koşulların uygunsuzluğu nedeniyle hasta yakınlarını bilgilendiremediklerini belirttiler. Çalışmada hemşirelerin hasta yakınları ile daha rahat empati kurduğu ve daha yakın bir ilişki içine girdiği gözlemlendi. Doktor ve hemşirelerin ailelerin karar aşamasındaki rolü konusunda ortak oldukları nokta ise ailelerin çocuklarının tedavisi konusunda yeterli bilgi sahibi olmamalarından ve karar süreci boyunca daha duygusal yaklaşacaklarından dolayı karar aşamasında etkileri olmaması yönünde idi. Aynı şekilde hasta yakınları da yanlış karar verme korkusundan dolayı kararı doktorlara bırakmaktadır.

SONUÇLAR: Çalışmamız, tıbbi kararlar alınırken ortak karar alma kültürünün gerek sağlık profesyonelleri gerekse hastalar tarafından anlaşılır olmadığını ortaya koymaktadır. Aile hekimlerinin, biyopsikososyal yaklaşım çerçevesinde, kritik hastalar da dahil olmak üzere tüm hastalarla sürekli ve yakın ilişki içinde olma ve ortak karar almayı teşvik etme rolü bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: biçilmiş roller, kalitatif çalışma, kritik hasta çocuklar, tıbbi karar, yoğun bakım üniteleri

P-108

ACİL CERRAHİ BİRİMİNE BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Betül Bozkurt Bulakçı¹, Recep Güloğlu², Ayşe Palanduz¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Travma ve Acil Cerrahi Birimi, İstanbul

AMAÇ: Acil servisler acil olan ve olmayan çok sayıda hastaya hizmet verir. Hastanemizin Acil Cerrahi ve Acil Dahiliye birimlerine başvuran hastaların bu açıdan değerlendirilmesini amaçladığımız çalışmanın Acil Cerrahi Birimine ait ilk bölümünün sonuçlarını aktarmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma için Travma ve Acil Cerrahi birimine kabul edilen 200 hastanın kayıtlarındaki veriler (yaş, cinsiyet, sosyal güvenlik durumu, tanı, alta yatan hastalık, sevk durumu, başvuru anındaki bilinç durumu, hastanede kalış süresi, istenen görüntüleme tetkikleri, ameliyat, yoğun bakım ve transfüzyon ihtiyaç durumları, refakatçilerinin olup olmadığı ve akibetleri) geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR: Hastaların %64'ü erkek olup yaş ortalaması 44±24'tü. %51'i hastanemize ilk kez başvurmuştu, %95,5'i Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamındaydı. Başvuru anında olguların %95,5'inin bilinci açıktı. %24'ünde hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar mevcuttu, %21,5'inde ise alta yatan bir hastalık saptanmamıştı. 8 hasta ambulansla getirilmişti. 16 hasta sevkle gönderilmiş; 14 hasta düzenli takipli olduğu için hastanemizi tercih etmişti. Ortalama yatış süresi 6±7,3 gündü. Hastaların %84,5'inde görüntüleme tetkiki istenmiş olup en çok istenen tetkik USG idi (%55); bunu sırasıyla BT (%43,5), direkt grafi (%28,5), endoskopi (%12,5), kontrastlı grafi (%7,5) ve MR (%1) takip etmekteydi. Hastaların %52'si ameliyat olmuş, %18'i yoğun bakım ünitesinde yatmış, %19,5'u transfüzyon almıştı. Hastaların %45,5'inin kayıtlı refakatçisi vardı. Hastaların %27'si travma, %16,5'i apandisit, %12'si safra yolu hastalıkları, %11'i tümör, %8'i tromboemboli, %3,5'i pankreatit ve %3'ü gastrointestinal sistem kanaması tanılarıyla izlenmişlerdi. Hastaların %65'i şifa, %15'i salah, %7,5'i haliyle taburcu edilmiş, %2,5'i hastaneyi izinsiz terk etmiş, %1'i hastane içinde başka bir birime sevk edilmiş, %9'u vefat etmişti.

SONUÇ: Acil Servisler acil bir yakınması oluğunu ifade eden her hastayı değerlendirmek durumundadır. Mevcut sağlık sisteminin yoğunluğu nedeniyle uygunsuz kullanıma sık rastlanmaktadır. Dahili ve Cerrahi Acil servislerin bu açıdan karşılaştırmasını yapmayı amaçladığımız çalışmamızın bu ilk bölümünde Acil Cerrahi biriminin genel olarak amacına uygun kullanıldığını belirledik.

Anahtar Kelimeler: Acil Başvuru, Acil Servis Kullanımı

P-109

HASTA YAKINLARININ EVDE SAĞLIK VE BAKIM HİZMETİ KONUSUNDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE BEKLENTİLERİ

Betül Bozkurt Bulakçı¹, Pemra C. Ünalın², Ayşe Palanduz¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Hastanemizin çeşitli servislerinde yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının evde sağlık ve bakım hizmeti hakkındaki bilgi düzeylerini ve beklentilerini belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Göğüs hastalıkları, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji, Nöroşirürji, Genel Dahiliye, Geriatri servislerinde yatan hastası olan 60 refakatçi ile görüşüldü.

BULGULAR: Hasta yakınlarının%82'si kadındı, yaş ortalaması 45±12 idi. %77'si evde sağlık ve bakım hizmetini duymuş, %13'ü bu hizmetten yararlanmıştı, %70'i nereye başvuracaklarını bilmiyordu. Yakınları için almak istedikleri sağlık hizmetleri; eğitim (%53), muayene (%71), tedavi (%65), psikolojik destek (%62), tetkikler (%37), enjeksiyon (%13), ilaç temini (%18), tıbbi cihazların bakımı (%22), görme, işitme, diş muayenesi (%15), fizik tedavi (%40), yara bakımı (%8) ve rapor düzenlenmesi (%43) idi. Evde bakım hizmetlerinden günlük ev işleri ve alışveriş (%20), evin ihtiyaçlara göre düzenlenmesi (%5), hastanın kişisel bakımı (%15) vesosyal aktiviteler (%32) konusunda yardım almayı istediklerini belirtmişlerdi. Refakatçilerin %50'si anne-babasına, %30'u eşine, %15'i çocuğuna, %5'i yakın akrabasına bakım vermekteydi. %82'si kaygı, %75'i yorgunluk tariflerken, %78'i sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiğini, %72'si bakım nedeniyle diğer işlerini ihmal ettiğini, %22'si kendine yeterince zaman ayıramadığını ifade etmişti.

SONUÇ: Evde sağlık ve bakım hizmeti hastalar kadar yakınlarının da yararlandığı bir hizmettir. Bu konuda ihtiyaç hissedilmekle birlikte bu hizmete nasıl ulaşacaklarını bilmemeleri en önemli sorundur. Özellikle hastanede yatan hasta ve yakınlarının bilgilendirilmeleri hizmete talebi ve ulaşımı artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: evde bakım, evde sağlık, hasta yakını beklentisi

P-110

ETKİLİ BİLGİLENDİRME İSTENMEYEN ETKİLERDEN KORUYABİLİR Mİ?

Pemra C. Ünalın, Seda Arslan

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

Olgu Sunumu

6 aylık kız bebek. Polikliniğe annenin, bebeğin yüzünde ve sırtında 1 aydır fark ettiği tüylenme artışı nedeniyle başvuruldu. Miadında, spontan vajinal yolla 3600gr doğan, anne sütü alan, ek gıdaya geçilmiş, prenatal, natal ve postnatal öyküsünde özellik bulunmayan, yaşına uygun gelişim ve aşılama takvimi tamamlanmış, aile öyküsünde özellik olmayan bebeğin ilaç öyküsünde dört ay önce pişik nedeni ile başvurdukları doktor tarafından klobetasol 17-propionat % 0.05 (Dermovate krem®) içeren krem kullanımı mevcut. Öykü detaylandırıldığında; anneden tedaviye iyi yanıt alındığı için reçetenin tekrar yazdırılarak ve/veya eczaneden reçetesiz olarak satın alınmak suretiyle söz edilen preparatı 4 ay süreyle 6 kutu kullandığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde; ateş 36.9 C (koltuk altı), nabız 88dak/ritmik, solunum 30 dak/düzenli TA: 80/50 mmHg (50-75.p), boy 67 cm (50-75.p), kilo 8.2 kg (75-90.p)'dı. Aydede yüzü, sırtında ve yüzünde hipertrikozu mevcuttu. (Resim 1,2) Diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Laboratuvar tetkiklerinde, açlık plazma glukozu 85 mg/dl, açlık insülin: 9.6 µU/ml(N), AST: 23 IU/L, ALT: 16 IU/L, total kolesterol: 110 mg/dl (N:<170 mg/dl) ve trigliserid: 96 mg/dl(N:<100 mg/dl), sabah serum kortizolü: 5 µg/dl (N: 3-21µg/dl) ve tiroid fonksiyon testleri de dahil olmak üzere hepsi normal sınırlarda bulundu.

Genel durumu ve beslenmesi iyi olan polikliniğimizde yapılan laboratuvar testleri normal bulunan hastanın ailesine topikal steroid kullanımının yan etkileri anlatıldı, uygun diaper dermatit tedavisi başlandı ve hipotalamus-hipofiz-adrenal aksın değerlendirilmesi için ACTH uyarı testi yapılmak üzere pediatrik endokrinoloji bölümüne yönlendirildi.

Tartışma

Diaper dermatit tedavisinde sık bez değiştirme, çinko oksitli kremler kullanılabilir. Vezikül, erozyon gibi akut dermatit tablosu görülen vakalarda ise kısa süreli olmak üzere, düşük konsantrasyonlu ve yan etkileri az olan % 0.5-1'lik kortizonlu kremlerin kullanılması önerilmektedir(1,2)(Tablo 1). Steroidli kremler lezyonların hızla iyileşmesini sağladıkları gibi uygulanan bölgede atrofi (kollajen dokuda azalmaya bağlı), striaların oluşması, hipertrikoz, hiperpigmentasyon, akut vazokonstriksiyona bağlı deride beyazlama ve en önemlisi deriden aşırı steroid emilimine bağlı iyatrojenik Cushing sendromu ve infantlarda büyüme inhibisyonu gibi ciddi yan etkilere neden olabilir. Bu yan etkiler, ilacın miktarına, kullanım süresine, uygulama alanının genişliğine ve dokuların steroide duyarlılığına bağlıdır (3).Vakamızda aydede yüzü ve hipertrikoz bulguları görülmekle birlikte biyokimyasal bulgular ilk etapta cushing sendromunu desteklemiyordu.

Steroidli kremlerin diaper dermatit tedavisinde ilk tercih olarak kullanılması zorunlu görülen hastalarda kortizon içeriği en düşük kremler tercih edilmeli ve aileye kremlerin ince bir tabaka şeklinde uygulanması ve kısa süreli kullanımı etkili hasta eğitimi yöntemleri kullanılarak anlatılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: cushing sendromu, diaper dermatit, topikal steroid kullanımı

P-111

ONYEDİ YAŞINDAKİ ERKEK HASTADA İKTERSİZ PRİMER SKLEROZAN KOLANJİT - OLGU SUNUMU

Binnur Tağtekin Sezer¹, Önder Sezer², Şuayip Oygen³, Can Çalışkan⁴, Fatih Borlu³

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye, İstanbul

⁴Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, İstanbul

GİRİŞ: Primer sklerozan kolanjit(PSK), karaciğer içi ve dışı safra yollarında inflamasyon, fibrozis ve bunların sonucu gelişen darlıklarla ortaya çıkan, idiopatik, kronik ve ilerleyici özellikte bir kolestatik karaciğer hastalığıdır. PSK'ya %60-75 oranında ülseratif kolit olmak üzere birçok hastalık eşlik edebilmektedir. %70 oranında 40'lı yaşlarda ve erkek hastalarda görülür. PSK ve inflamatuvar barsak hastalığı(İBH) birlikteliği erkeklerde 2 kat daha sık iken, tek başına PSK kadınlarda daha siktir. Daha çok sarılık ve kaşıntı bulgularıyla ortaya çıkar. Olgumuzda, normalden farklı olarak, nadir görülen örneğiyle hafif şiddette karın ağrısıyla kliniğe başvuran, 17 yaşında, beraberinde ek hastalık bulunmayan erkek bir primer sklerozan kolanjit vakasını sunmayı amaçladık.

OLGU: Hafif şiddette karın ağrısı iki haftadır devam eden 17 Yaşında erkek hasta polikliniğe başvurdu. Yapılan tetkiklerinde karaciğer enzimlerinde artış ve batın ultrasonunda dalak boyutu üst sınırdadır saptanan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla dahiliye servisine yatırıldı. Takipleri sonucunda PSK tanısı koyulan hastada, safrayollarında darlıkla alakalı ikteri ve fiziksel semptomları olmadığı için girişimsel tedavi yöntemlerine başvurulmadı. Ursodeoksikolik asit tedavisi başlanarak takibe alındı. Hastanın yapılan kontrollerinde karaciğer enzim düzeyleri normal sınırlardaydı.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer, manyetik rezonans kolanjiopankreatografi, sklerozan kolanjit

P-112

AKUT LENFBLASTİK LÖSEMİ TANISI OLAN ÇOCUKLARIN AİLELERİNİN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİAslı Melek Zeytin, Murat Ünalacak, İlhami Ünlüoğlu

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Eskişehir

AMAÇ: Bu çalışmadaki amacımız akut lenfoblastik lösemi(ALL) tanısı olan çocukların aileleri ile sağlam çocuğu olan ailelerin sosyodemografik özellik, anksiyete ve depresyon düzeylerini kıyaslamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma bir tıp fakültesi çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran ALL tanısı olan ve sağlam çocuğu olan toplam 99 aileye sosyodemografik veri formu, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğini içeren anket formu doldurtularak yapılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya katılan olguların 79'u anne, 18'i baba, 2'si diğer birinci derece yakınları idi. Yaş ortalamaları 34.4 idi. 93'ü evli, 6'sı boşanmış/eşi ölmüş idi. 40'ı ilk öğretim, 35'i lise, 9'u yüksek okul, 15'i üniversite mezunu idi. 63'ü çalışmıyor, 21'i memur, 9'u işçi, 6'sı serbest meslek sahibi idi. 7 kişinin sosyal güvencesi yok, 92 kişinin vardı. 28 kişi 500-999 TL, 35 kişi 1000-2499TL, 36 kişi 2500TL ve üstü gelir düzeyine sahipti. 9'u köy/kasabada, 16'sı ilçede, 74'ü ilde yaşıyordu. 41 kişinin bir çocuğu, 58 kişinin birden fazla çocuğu vardı. 8 kişinin daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı vardı. Çalışmadaki ALL tanısı olan çocukların aileleri ile sağlam çocuğu olan ailelerin medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sosyal güvence, aylık gelir, yaşanılan yer, çocuk sayısı, daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı alma değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). ALL tanısı olan çocukların ailelerinin anksiyete puan ortalamaları 31.50 ± 13.47 , depresyon puan ortalamaları 23.67 ± 8.07 idi. Sağlam çocuğu olan ailelerin anksiyete puan ortalamaları 11.92 ± 10.53 , depresyon puan ortalamaları 10.00 ± 8.80 idi. İki grubun anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde fark vardı ($p<0.001$). ALL tanısı olan çocukların 12'si 0-6 ay önce, 12'si >6 ay önce tanı almıştı, 9'u <4, 15'i ≥ 4 kez yatarak tedavi görmüştü. Ailelerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri tanı konma zamanı ve hastanede yatış sayısına göre değişim göstermiyordu ($p>0.05$).

SONUÇ: Çalışmamızda ALL tanısı olan çocukların ailelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlam çocuğu olan ailelerden anlamlı olarak yüksek bulundu. Aile hekimleri, alanlarının temel ilkelerinden biri olan bütüncül yaklaşımı ihmal etmemeli, sadece hastanın o anki hastalığını değil, onu ve ailesini duygulanımlarıyla birlikte bir birey olarak ele almalı, biyopsikososyal yaklaşımın bir gereği olarak, gerektiğinde aile görüşmeleriyle hasta ve çevresindekilere rehberlik de etmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile, akut lenfoblastik lösemi, anksiyete, depresyon

P-116

OBEZ BİREYLERİN KİLO VERME DENEYİMLERİ: KALİTATİF ÇALIŞMA

Pınar Döner, Rabia Kahveci, İrfan Şencan, İsmail Kasım, Hilal Aksoy, Duygu Ayhan, Adem Özkara

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ: Aile hekimleri, önlenabilir hastalıkların yönetiminde önemli role sahiptir. Obezite dünya çapında önlenabilir hastalıkların önde gelen nedenlerinden biridir. Tüm dünyada en az 300 milyon obez erişkin bulunmaktadır. Türkiye’de ise nüfusun yaklaşık % 32’sini obez erişkinler oluşturmaktadır. Fazla kilolu olmanın sağlık üzerine tüm sistemlerde oldukça ciddi etkileri bulunmaktadır. Obezite, ülkelerin hem sosyal yönden hem ekonomik yönden çözmeye çalıştığı bir problem haline gelmiştir. Bizim ülkemiz açısından da obezitenin görülme sıklığı gerek çocukluk çağında olsun gerekse de erişkin dönemde giderek artmaktadır. Obezitenin sağlık problemi olarak oluşmasında multifaktöryel nedenler yer almaktadır ve anlaşılması kadar çözülmesi de karmaşık bir süreci içermektedir. Bu nedenle obezite tedavisi bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç duymaktadır. Aile hekimlerinin biyopsikososyal yaklaşımı obezitenin önlenmesi ve çözümü için oldukça değerlidir. Obezite tedavisine yaklaşım bireye uygun diyet ve beslenmeyi, etkili fiziksel aktiviteyi, davranış değişikliğini ve psikolojik desteği içermektedir. Bu çalışma obez hastaların kilo verme deneyimlerini etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmada araştırma yöntemi olarak kalitatif çalışma tekniği uygulandı. Obez hastaların neden ve nasıl obez bireyler haline geldiklerinin yanıtlarını daha iyi anlayabilmek için bu araştırma tekniği tercih edildi. Kalitatif çalışma metodlarından gömülü teori kullanılarak yüz yüze yarı yapılandırılmış röportajlar yapıldı. BKİ >30 olan ve ekzojen obezitesi olan hastalara röportaj teklif edildi. Kabul eden 26 bayan, 4 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların onamı ile yapılan röportajların ses kaydı alındı. Bu ses kayıtları araştırmacı tarafından yazılı metin haline getirildi. Çalışmanın analizi için kalitatif analiz yöntemleri manuel olarak uygulandı.

BULGULAR: Yapılan röportajların analizi sonucunda ana temalar oluşturuldu. Obez bireylerin obeziteye bakış açıları, obez bireylerin obezite konusundaki farkındalıkları, obezite özgüven ilişkisi, obez bireylerin tedaviye olan inançları, obezitenin yaşam kalitesi üzerine etkileri olmak üzere 5 ana tema belirlendi. Hastaların kilo vermeyi başardıklarında özgüvenlerini tekrar kazanmayı ve yaşamlarının olumlu yönde değişmesini umdukları gözlemlendi. Aynı zamanda kilo verme konusunda her hastanın farklı beklentilerinin ve özel ihtiyaçlarının olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Obezite, prevalansı giderek artması nedeni ile acil ve etkili çözümlere ihtiyaç duyulan bir toplum sağlığı konusu haline gelmiştir. Bu nedenle obezitenin hem gelişmesi hem de çözülmesi açısından tek yönüyle değerlendirilmesi yetersiz kalmaktadır ve çözüm getirmek için bireysel yaklaşımlar gerekmektedir. Obeziteyi ele alırken hem kantitatif verilerden hem kalitatif verilerden yararlanmak aile hekimliğinde biyopsikososyal yaklaşımı sağlamak açısından çok faydalı olacaktır

Anahtar Kelimeler: Kalitatif çalışma, obezite

P-118

GEÇMEYEN BEL AĞRISI OLGUSU: BÖBREK TAŞI ZEMİNİNDE GELİŞEN HİDRONEFROZ

Ferhat Ekinci, Ender Ukşaş, Bilge Tuncel, Demet Merder, Arzu Uzuner
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Üriner taş birinci basamakta sık karşılaşılan bir hastalıktır. Toplumun %5'i yaşamlarının herhangi bir döneminde üriner taşa bağlı semptomları yaşamaktadır. Erkeklerde ve ileri yaşlarda daha sık görülmektedir. Taşlar mikroskobik boyuttan renalis pelvisi dolduracak boyuta kadar farklı çap ve büyüklüklerde olabilmektedir. Hastalar asemptomatik olabilmekle birlikte en sık rastlanan semptom ağrıdır. Geç tanı konulmuş üriner taş hastalığıyla ilgili bir olguyu paylaşıyoruz.

OLGU: Otuz-dokuz yaşında kadın hasta 10 yıldır devam eden bel ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hasta ağrının hareket ile arttığını istirahat ve ağrı kesici ile azaldığını belirtiyordu. Bu yakınmayla başvurduğu beyin cerrahi polikliniğinden lomber disk hernisi ön tanısı ile lomber MR görüntüleme yapılmış ve hafif düzeyde bel fıtığı olduğu söylenerek egzersiz ve istirahat önerilmişti. Hasta 3-4 kez idrar yolu enfeksiyonu geçirdiğini, birinde idrarının kanlı olduğunu, antibiyotik tedavisinden yararlandığını belirtti. Hastanın fizik muayenesinde herhangi patolojik bir bulguya rastlanmadı. Hasta daha önce yapılan tetkikleri ve çektiği lomber MR'ı ile birlikte kontrole çağrıldı. İdrar sedimentinde 7-8 eritrosit mevcuttu, kan tetkiklerinde özellik saptanmadı. MR raporunda basit anormallikler dışında, hastanın yakınmalarını açıklayan bir özellik yoktu. Hastanemizde MR görüntüleri de rapor ile birlikte hastaya verilmekte olduğundan hastanın MR görüntüsü de incelendi; sağ böbrek lojuna uyan bölgede belirgin dilate görünüm fark edildiğinden MR görüntüsü yeniden değerlendirilmek üzere radyolojiye gönderildi. Radyolojiden gelen yeni raporda böbrek parankiminin ileri derecede incelendiği bildirildi. Etyolojiyi araştırmak üzere hastaya batın tomografisi (BT) ve dinamik böbrek sintigrafisi uygulandı. BT'de sağ böbrek parankiminin ileri derecede incelmeye uğradığı, pelvikaliksial sistemin ileri derecede kistik dilatasyonlarla tüm parankimi kapladığı, sağ üreter orta-distal segment düzeyinde 9x16mm boyutunda taş ile uyumlu görünüm, proksimalinde üreterin ileri derecede dilate olduğu saptandı. Sol böbrekte kalisiyel sistem içerisinde de 16x20mm taş ile uyumlu görünüm saptandı. Dinamik böbrek sintigrafisinde sağ böbrek nonfonksiyone olarak değerlendirildi. Hastaya mevcut durumunun taşın yaptığı tıkanıklığa bağlı olduğu, taş bulunan sol böbreğini korumanın önemi anlatılarak hasta ürolojiyle konsülte edildi. Üroloji kliniğinde sol böbrekteki taş ESWL (taş kırma) tedavisi uygulanarak düşürüldü. Semptomları gerileyen hasta polikliniğimiz ve üroloji polikliniği tarafından yakın takibe alındı.

SONUÇ: Aile hekimliği pratiğinde hastaların gelişmiş şikayetlerini, ek yakınmalarını ve var olan hastalıklarını bütün olarak değerlendirmek esastır. Önceki tanılarla uyuşmayan bir semptom yeni bir hastalığın habercisidir. Bu olguda olduğu gibi hastanın öyküsünü kapsamlı bir öyküyle derinleştirmek, tahlil ve tetkikleri dikkatlice ve yeniden değerlendirmek, gerektiğinde başka branşların görüşlerini almak hasta morbiditesini ve mortalitesini önemli ölçüde azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: üriner taş, bel ağrısı, nonfonksiyone böbrek

P-119

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ İLE İŞTAHSIZLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Şeref Etcibaşı, Cahit Özer

Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışmada demir eksikliği anemisi (DEA) ile iştah arasındaki ilişkinin ortaya konması ve DEA tanısı ve izleminde iştahın objektif ya da yarı objektif bir parametre olarak kullanılıp kullanılmayacağını değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM: Halsizlik ve iştahsızlık yakınmasıyla başvuran ve cinse göre belirlenen hemoglobin (Hb), serum demir bağlama kapasitesi (SDBK), serum demir (Fe) ve ferritin değerlerine göre DEA tanısı konulan 63 hasta çalışmaya alındı. Hastaların muayeneleri yapılarak bulgular kaydedildi. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası 3. ayda Fe, Hb, SDBK, ferritin değerleri ölçüldü. Hastaların iştah durumunu belirlemek için tedavi öncesi ve sonrası 3. ayda vücut kitle endeksi (VKE) ve vizüel analog skaladaki (VAS) değerleri kaydedildi. Tedavi öncesi ve sonrası değerler arasındaki değişim t-testi ile, sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisi de Pearson korelasyon testi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Tedavi öncesinde ortalama VAS 43.30 ± 22.05 , ortalama VKE 26.90 ± 7.33 iken, tedavi sonrasında sırasıyla 67.08 ± 18.57 ve 27.42 ± 7.28 olarak hesaplandı ($p=0.001$). Demir tedavisi sonrasında Hb, Fe ve ferritin, VAS, VKE değerlerinde tedavi öncesine göre anlamlı artış; SDBK değerinde anlamlı düşüş saptandı (Hepsi için $p=0.001$). VKE ($r=0.46$, $p=0.001$) ve ferritin ($r=0.269$, $p=0,033$) değerlerindeki mutlak değişim ile VAS değişimi arasında pozitif korelasyon olduğu görüldü.

SONUÇ: Sonuç olarak DEA iştahsızlığa yol açmaktadır. DEA'da demir tedavisinin yeterli olup olmadığı iştahsızlıkla değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Demir eksikliği anemisi, İştah

P-120

GEBELERİN BESLENME ALIŞKANLIKLARI

Nihan Şenol, İrfan Şencan, Rabia Kahveci, İsmail Kasım, Hilal Aksoy, Adem Özkara
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Anne karnındaki bebek, fiziksel ve zihinsel gelişimi için gerekli olan tüm ihtiyaçları anneden temin etmektedir. Gebelerin yeterli ve dengeli beslenmesi ile anne karnındaki bebeğin sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

AMAÇ: Gebelik için rutin kontroller için hastaneye başvuran hamile kadınların farkındalıkları ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi.

GEREÇ-YÖNTEM: Aile Hekimliği Kliniği tarafından tasarlanan çalışma, Mart-Kasım 2011 tarihleri arasında randomize seçilen gebelere gönüllülük ilkesine dayanarak yapılmıştır. Gebelerin sosyodemografik özelliklerini içeren bilgileri sorulmuş, gebelikle ilgili bilgileri, emzirme ile ilgili düşünceleri, beslenme alışkanlıkları ile besin tüketim sıklıklarını değerlendirmek için bir anket uygulanmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 314 gebe katıldı. 7 (%2,2) gebe 40 yaş ve üzerinde idi. Gebelerin 37'sinde (%11,8) anemi tespit edildi. 44 gebe (%14) sigara içiyordu. 227 (%72) ailenin gelir düzeyi <1000 TL idi. 16 (%5) gebenin boy uzunluğu 150 cm'in altındaydı. 15 (%4,8) gebenin gebelik öncesi Beden Kütle İndeksi (BKİ) 18,5 cm/m² nin altındaydı. Gebelik öncesi doktora başvurmayan gebe oranı 219'du (%69,7). 222 (%70,7) gebe gebelik öncesi folik asit/ demir/ vit. B12 kullanmamıştı. İki gebeliği arasındaki süre iki yıldan az olan gebe sayısı 91'di (%28,9). Gebelerin 87 tanesi (% 27.7) 1. trimester, 113'ü (% 36) 2. trimester, 114'ü (% 36.3) 3. trimesterde idi. Gebelerin ağırlıkları gebelik öncesi ağırlıklarına göre ortalama 5,8 ± 5,9 kg artmıştı. Birinci trimesterdeki 10 gebenin, 2. trimesterdeki 16 gebenin ağırlıkları gebelik öncesi ağırlıklarından daha azdı. İlk trimesterde meyve ve sebze tüketimi artmıştı, ikinci trimesterde peynir, yağlı tohumlar, yumurta, sebze, meyve, ekmek tüketimi artmıştı, üçüncü trimesterde peynir, yağlı tohumlar, yumurta, sebze, meyve tüketimi artmıştı. Sadece 20 gebe bir diyetisyene başvurmuştu.

SONUÇLAR: Gebelerimizde nitelik ve nicelik yönünden önemli ölçüde beslenme sorunları bulunmaktadır. Folik asit replasmanı ve anemi tedavisi çok az gebede yapılmaktadır. Annenin yetersiz ve dengesiz beslenmesi sonucu bebekte fiziksel ve mental gelişme geriliği, prematürite, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum gibi bazı sorunlar beklenebilir. Kadınlara yaşamlarının bu önemli döneminde beslenme rehberliği sağlayabilmek için, gebelik döneminde beslenme düzeni ve besin içeriğini öğrenmek önemlidir. Sağlıklı bir nesil yetiştirmek için daha gebelik öncesinden başlayarak annelerin takibini yapan aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: gebe, beslenme, bebek, sağlık

P-121

SEYREK GÖRÜLEN BİR TABLO:BRUGADA SENDROMU

Tolga Taymaz

Amerikan Hastanesi,Acil Servis, Istanbul

GİRİŞ: Genç bir hastada ortaya çıkan çarpıntı hissinin hekimler tarafından fazla önemsenmemesi seyrek görülen bir olay değildir. Ancak hangi yaş grubunda olursa olsun, her şikayet, temel bazı tetkikler yapmayı gerektirir.

VAKA: 22 yaşında erkek hasta çarpıntı hissi ile başvurdu. Geldiğinde genel durumu iyi, bilinci açık,aktif, koopere ve kaygılı idi.Sistem muayenelerinde bir özellik yoktu.Göğüs ağrısı veya dispne tarif etmiyordu. Kan basıncı 125/70 mmHg, nabız dakika sayısı 82/ritmikti. SpO2: %98, ateşi normaldi. Öyküsünde, bu tip çarpıntı şikayetleriyle daha önce birkaç kez acil servislere başvurduğu, bu başvuruların bazılarının öncesinde bayılacak gibi hissettiğini, ancak kendisine herhangi bir sorunu olmadığı söylendiğini belirtti. Bugünkü çarpıntısı da bir kafede otururken başlamış, öncesinde herhangi bir kafeinli içecek, ilaç veya madde alımı yokmuş. Çekilen EKG’inde V1,V2,V3 de ST yüksekliği ve T dalga negatifliği saptandı

TARTIŞMA: Brugada sendromu, yapısal olarak normal kalplerde EKG’de sağ prekordiyal derivasyonlarda(V1-V3) J noktası ve ST segment yüksekliği, T dalga negatifliği ile karakterizedir.1992’de yapısal kalp hastalığı olmayan hastalarda ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüm ile karakterize bir klinik sendrom olarak tanımlanmıştır.

Brugada sendromunda tanımlanan 3 tip EKG patterni vardır. Tip 1: Sağ prekordiyal derivasyonlarda (V1-V3) ≥ 2 mm ST elevasyonu ve takip eden T negatifliği olması, Tip 2: Sağ prekordiyal derivasyonlarda ≥ 2 mm ST segment elevasyonu ve takip eden pozitif veya bifazik T dalgası izlenmesi, Tip 3: Tip 1 ve Tip 2’deki EKG ST elevasyonun ≤ 1 mm olması. Bu sendromda kesin tanı için ventriküler taşikardi veya fibrilasyonun gösterilmesi, elektrofizyolojik çalışmayla ventriküler aritminin tetiklenebilmesi,senkop, ailede erken kardiyak ölüm veya Tip 1 EKG paterninin görülmesi gerekir. Hastalık genellikle asemptomatiktir. Hastaların bir bölümünde ventriküler taşikardinin tetiklediği presenkop, senkop veya ani ölüm görülebilir.Birçok hastada supraventriküler taşikardiler görülebilir.Bunların çoğu atrial fibrilasyondur.Çarpıntı ve baş dönmesi de olabilir. Aritmiler çoklukla istirahat sırasında gelir. Tedavide çeşitli ilaçlar kullanılabilir ama en etkin yöntem olarak ICD (intrakardiac cardiovertion defibrilator) bildirilmektedir.

Hastanın yaşı ne olursa olsun çarpıntı yaşamış bir hastada, şu anda şikayeti olmasa bile, en azından EKG çekmek, tanı koymaya ve tedaviyi uygun şekilde yönlendirmeye yardımcı olacaktır. Biz de hastamızı kardiyoloji bölümüne izlem için sevkettik.

Anahtar Kelimeler: Brugada Sendromu, çarpıntı, senkop, ST yüksekliği

P-122

MASKELİ HİPERTANSİYON SIKLIĞI, KLİNİK ÖNEMİ VE KOMPLİKASYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Selim Ünsal¹, Yasin Öztürk², Turgay Albayrak¹, Ömer Akca¹, Rabia Kahveci¹, Eyüp Koç³, Fatih Dede⁴, Adem Özkara¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı

³Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

⁴Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği

AMAÇ: Maskeli Hipertansiyon (MHT) terimi poliklinik ölçümlerinde normotansif olarak değerlendirilen ancak ev ölçümlerinde veya ambulatuvar kan basıncı monitörizasyonunda hipertansiyon tanısı alan hastaları tanımlamak için kullanılır. MHT, beyaz önlük hipertansiyon fenomeninin tersi olarak da tanımlanır. Yapılan çalışmalarda sıklığı %7–23 arasında bildirilmektedir. Ancak ülkemizde bu hasta grubunun sıklığı bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı MHT sıklığı, klinik önemi ve komplikasyonlarının değerlendirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza poliklinikte kan basıncı normal ölçülen (<140/90 mmHg) 19-65 yaş arası, 92'si kadın (% 57.1) ve 69'u erkek (% 42.9) olmak üzere, toplam 161 hasta alındı. Poliklinik ölçümlerinde kan basıncı yüksek olan (>140/90mmHg), hipertansiyon öyküsü olan, anti hipertansif ilaç kullanmakta olan, 18 yaş altı ve 65 yaş üstünde olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Ayrıca bu çalışmayla ilgili testleri etkileyebilecek hastalıkları olup (koroner arter hastalığı, aritmiler, kalp yetmezliği, semptomatik prostat hipertrofisi, migren ve panik bozukluğu gibi) anti-hipertansif etkisi bulunan ilaç tedavisi altındaki hastalar da çalışma dışı bırakıldı. Ev ölçümü ortalama değerleri (2 ziyaret, 6 ölçüm) 125/76 mmHg üzerinde olan hastalara 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı monitörizasyonları (ABPM) yapıldı. ABPM sonucuna göre 24 saatlik, gündüz ve gece kan basıncı ortalama değerlerinden en az bir değeri yüksek olan hastalara MHT teşhisi konuldu. MHT tanısı konulan hastalarda hedef organ hasarları araştırıldı.

BULGULAR: MHT 161 hastanın 14' ünde (% 8,7) tespit edildi. 2 (%14,2) hastada sol ventrikül hipertrofisi, 2 (%14,2) hastada karotis intima media kalınlığı, 1 (%7.1) hastada hipertansif retinopati ve 1 (%7.1) hastada mikroalbuminüri tespit edildi. MHT ile alkol kullanımı ($p=0.011$) ve vücut kitle indeksi ($p=0.005$) arasında anlamlı ilişki saptandı. MHT li hastaların bel çevresi ortalamaları normotansiflere göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$). Metabolik sendrom kriterlerine göre 3 (%21.4) hastamızda metabolik sendrom varlığı tespit edildi.

SONUÇLAR: MHT son yıllarda tıp literatürüne giren, önemi giderek artan bir hipertansiyon tipidir. Genel popülasyonda MHT sıklığının % 7-23 arasında olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda maskeli hipertansiyonun sıklığı %8.7 olarak saptandı. Uzun süreli izlemlerde tanı konmamış olan bu hasta grubundaki hipertansiyonun kalıcı hale geldiği, sol ventrikül hipertrofisi, ateroskleroz ve mikroalbuminüri gelişimi gibi ciddi hedef organ hasarlarına neden olduğu bilindiği için aile hekimlerinin hastalarını MHT yönünden değerlendirmesi toplum sağlığı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: maskeli hipertansiyon,abpm

P-124

5-16 YAŞ ARASI ENÜREZİSİ OLAN VE OLMAYAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNİN ANKSİYETE DURUMU VE SOSYAL EĞİLİMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahu Demirci¹, Ömer Ertem¹, Rabia Kahveci¹, İsmail Kasım¹, İrfan Şencan¹, Adem Özkara¹, Oğuz Tekin²

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

AMAÇ: Enürezis nokturna (EN); DSM-IV tanı ölçütlerine göre, 5 yaşından büyük çocukların, uyku sırasında tekrarlayıcı nitelikte idrar kaçırmaları ve bunun en az 3 ay süreyle, haftada 2 kez ortaya çıkması, okul ya da sosyal yaşantı ile ilgili sıkıntı nedeni olması ve başka bir hastalığa bağlı olmaması olarak tanımlanır. Aile hekimlerinin de günlük pratiklerinde sık karşılaçağı bir durum olan EN; aileler ve hekim tarafından oldukça kolay tanı alınmasına rağmen kompleks yaklaşım gerektirmekte ve çocuk için utanç, aile içinse öfke ve stres kaynağı olabilmektedir. Biz çalışmamızda kliniğimize başvuran hastalar arasında MSE görülme sıklığını, çocuktaki enüresiz ve ebeveynlerin sosyal eğilimleriyle anksiyete-depresyon durumlarını ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamız hastanemizin Aile Hekimliği Polikliniklerine başvuran, 5-16 yaş arası 133 çocuk ve ebeveynleri ile yapılmıştır. Çocukların enürezis durumu İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS) anketiyle, çocukların ebeveynlerinin sosyal eğilimleri ve anksiyete-depresyon risk durumları sırasıyla Fatih Sosyal Eğilimler Ölçeği Erişkin Versiyonu (FSEÖEV) ile Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçekleri uygulanarak elde edilmiştir. Sonuçların istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 15.0 programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesi tanımlayıcı istatistiksel metodlar, enürezis varlığı ve değişkenleri için çapraz tablolar ve ki-kare analiziyle yapıldı. FSEÖEV ölçeği Student-t testiyle değerlendirildi. İstatistiksel kararlarda $p < 0,05$ değeri anlamlı farklılık olarak kabul edildi.

BULGULAR: Enürezis sıklığı %37,6 (n=50) olarak bulunmuştur. Sosyoekonomik düzeyi ve anne-baba eğitim seviyesi düşük, kalabalık ailelerde enürezis daha sık olarak izlenmektedir. HAD ölçeği ile anne-baba anksiyete risk değerlendirilmesinin çocukta enüresizli olmaya etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0,41$; $p=0,840$). Baba depresyon risk varlığının çocukta enürezis üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=4310$; $p=0,38$).

FSEÖEV'e göre EN'li çocukların annelerinde sosyal uyum ortalamalarının 0,74566 puan daha düşük olduğu gözlenmiştir ($t=2,766$; $p=0,007$). Benzer şekilde anne toplumsal statüyle hedef ve idealler puanları EN'li annelerin çocuklarında sırasıyla 0,51046 ve 1,66173 daha düşük bulunmuştur (toplumsal statü için $t=2,465$; $p=2,465$; hedef ve idealler için $t=4,512$; $p < 0,001$). Babalar incelendiğinde EN'li çocuğı olan babaların sosyal uyum, toplumsal statü, aile statüsü, ekonomik tatminle hedef ve ideallere ait puanların EN'siz çocuğı olan diğer babalara göre daha düşük puan aldığı ve bunların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Fatih sosyal eğilimler ölçeğinde alınan puanlarla başlıktaki durum arasında pozitif korelasyon mevcuttur.

SONUÇ: Günümüzde gerek davranış gerekse ilaçlarla tedavisi sağlanabilen EN tanısında; önemli görev ebeveynleri doğru bilgilendirmek ve yol göstermekle yükümlü olan hekimlere düşmektedir. Enüretik çocuk ve ebeveynlerinin yaşam kalitesini azaltan, kaygı düzeyini artıran bu durumda hastalık bilincinin oluşturulması ve farkındalığın artırılması; küçük önlemlerle bu problemin önüne geçilebilmesi sebebiyle biyopsikososyal yaklaşımı temel alan aile hekimleri için önemli bir görev oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: enürezis nokturna,anksiyete,depresyon,sosyal eğilimler

P-125

TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN BİRİNCİ BASAMAK VE AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ GERİ BİLDİRİMLERİ, KALİTATİF ÇALIŞMA

Ayşenur Alper Gürz, Füsun Ayşin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici, Füsun Yarış
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Bu çalışmada, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin neden uzmanlaşmak istediklerini ve birinci basamak sağlık hizmetleri hakkındaki algılarını saptamayı amaçladık.

METOD: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde son sınıfta dört haftalık zorunlu Aile Hekimliği stajı uygulanmaktadır. Çalışmada öğrencilerin uzmanlaşma tercihleri hakkındaki görüşleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgili algıları sorgulanmıştır. İki odak grup çalışması şeklinde toplam 17 (8 kız, 9 erkek) öğrenci çalışmaya katıldı. Ekim 2011 ve Kasım 2011'de yapılan görüşmeler kayıt altına alındıktan sonra yazıya dökülerek analiz edildi.

BULGULAR: Öğrenciler birinci basamak hakkındaki fikirlerini, fakülte çalışanlarının birinci basamağa yaklaşımını ve uzmanlaşma tercihlerini belirttiler.

Öğrencilere sorulan sorular ve cevapları aşağıda özetlenmiştir:

Çalışmaya katılan 17 öğrenciden 5'i aile ve çevre baskısı, 4'ü iş garantisi, 3'ü insanlara yardım etmek istedikleri, 2'si hekimlik saygın bir meslek olarak görüldüğü ve 2'si maddi gelirinin iyi olduğunu düşündüğü için tıp fakültesini tercih etmiştir.

Öğrencilere fakülteyi bitirdikten sonra girecek oldukları uzmanlık sınavında yeterli puanı alabilecekleri takdirde hangi alanda uzmanlaşmak istedikleri sorulmuştur. Çoğu, ülkemizde çalışma koşulları rahat ve nöbet sayısı çok olmayan fizik tedavi rehabilitasyon ve dermatoloji gibi alanları seçmek istediklerini söylemişlerdir. Yine birçoğu hasta ile karşı karşıya gelmek istemedikleri ve yasal sorumluluklardan çekindikleri gerekçesi ile radyoloji, biyokimya gibi bölümleri istediklerini belirtmişlerdir.

Öğrencilerin 6'sı spesifik bir dalda uzmanlaşmak istedikleri için, 3'ü aile hekimliğinin hasta popülasyonu ve çalışma koşullarını monoton bulduğu için, 2'si ise hasta bakmak istemediği için toplam 12 öğrenci aile hekimliği uzmanlığını istememektedir.

Öğrencileri 7'si aile hekimliği uzmanlığını stajdan sonra öğrendiğini, 11'i toplum tarafından ve 10'u sağlık çalışanları tarafından aile hekimliği uzmanlığının tanınmadığını düşündüklerini söylediler.

17 öğrencinin 15'i tıp fakültesi eğitimi boyunca, birinci basamakta çalışmanın özendirilmediğini, aksine birinci basamakta çalışmak kötü bir şeymiş gibi gösterilip, soğutulduklarını düşünmektedir. Özendirildiğini düşünen öğrenciler ise bu durumun sadece aile hekimliği stajında yapıldığını özellikle belirtmektedir.

'Dönem VI aile hekimliği stajı birinci basamağa bakış açınızı değiştirdi mi?' sorusuna 10 öğrenci olumlu yönde değiştirdiği yönünde cevap verirken, 4'ü değiştirmedini söylemiştir. Öğrencilerin 7'si aile hekimliği stajının hem staj, hem de intörnlük eğitimi şeklinde verilmesinin, 2'si dönem 6'nın başında verilmesinin, 2'si ise bir aylık stajın iki aya uzatılmasının, 3 öğrenci ise aile hekimliği stajının dönem 1'den itibaren yaz stajları şeklinde kısa dönemler halinde yapılmasının gerektiğini söylerken, 3 öğrenci mevcut olan bir aylık dönem 6 stajının yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

SONUÇ: Birinci basamağa olan ilgiyi artırmak, öğrencilerin algısını olumlu yönde geliştirmek için, Aile Hekimliği staj programı tüm tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi müfredatında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, mezuniyet öncesi tıp eğitimi

P-126

KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIKLI OLGULARIN KOMORBİD HASTALIK YÜKÜ DEĞERLENDİRMESİ

Leyla Akoglu¹, Nazmiye Kacmaz¹, Fatmanur Celik Basaran², Tanju Yilmazer¹, Ayse Ozsoz², Kurtulus Ongel¹

¹Tepecik Eğitim ve Arastirma Hastanesi, Aile Hekimligi Ana Bilim Dalı, İzmir

²Dr. Suat Seren Gogus Hastaliklari ve Cerrahisi Eğitim ve Arastirma Hastanesi, İzmir

AMAÇ: Birçok hastalığın nedeni, başta genetik faktörler olmak üzere karışık ve anlaşılması zor çelişkilerdir. Herhangi bir kaynaktan gelen gelen kronik endişeler, birbirinden farklı birçok hastalığıdaki davranışsal ve fiziksel olaylar üzerinde etkilidir. Dolayısıyla organizma ve çevre arasındaki farklı etkileşimler, aynı anda farklı rahatsızlıklara yolaçabilirler. Bu çalışma ile de; önemli oranlarda mortalite ve morbiditeye sahip olan kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olgularda komorbid hastalık birlikteliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Çalışma 1 Aralık 2011 - 12 Şubat 2012 tarihleri arasında İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi 6. Onkoloji Servisinde gerçekleştirilmiştir. KOAH akut alevlenmesi nedeni ile hastaneye yatırılarak izlenen 60 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler SPSS 16.0 programı ile çözümlenmiş, yüzde dağılım analizi yapılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya yaşları 35-85 (median 64,5; sd:1,1) yaş arasında değişen, 45 (%75) erkek ve 15 (%25) kadın olmak üzere toplam 60 hasta dahil edilmiştir.

Olguların 26'sının (%43,3) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. 35 (%58,3) olgunun evinde eşi ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir. Olguların hastalık süresi 1-52 yıl arasında değişmekte olup akut alevlenme nedeni ile hastane yatış sayılarının 1-10 kez arasında olduğu görülmüştür. Olguların 29'unda (%48,3) hipertansiyon, kardiyak kökenli hastalık ya da Tip 2 Diyabetes Mellitus'tan en az birinin olduğu görülmüştür. Kronik hastalık nedeni depresyon varlığı 14 (%23,3) hastada tespit edilmiştir. Medikal tedavinin yanısıra ek vitamin tablet kullanımı olguların 18'inde (%30) görülmüştür.

SONUÇ: KOAH'lı olguların gerek koruyucu, gerek tedavi edici hekimlik anlamında komorbid hastalık yükünün bilinmesi ve bu yükün hastaların hayat kalitesinde önemli rol oynayan depresyona yaklaşımda gözönünde bulundurulması, hastanın hastalıklarıyla başetmesi ve tedavi uyumunun artırılması bakımından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, komorbid hastalık, depresyon, hayat kalitesi

P-127

ÇOCUK ACİL POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN İKİ TESTİS TORSİYONU: OLGU SUNUMU

Ayşe Özlem Kılıçaslan, Selma Çivi, Ruhuşen Kutlu
Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, KONYA

GİRİŞ

Testis torsiyonu, testislerin kendi etrafında dönerek spermatik kordonun bükülmesi ile kan dolaşımının bozulması sonucu oluşan, nadir görülen ancak tedavi edilmediği takdirde fertilité açısından geriye dönüşümsüz değişikliklere yol açabilen acil ürolojik bir patolojidir. Bu çalışmada Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniğine aynı gün başvuran iki testis torsiyonu olgusu sunulmuştur.

OLGU 1: 14 yaşında erkek hasta sol kasık bölgesinde şiddetli ağrı, şişlik şikayetleri ile başvurdu. Ağrının son bir saat içinde başladığı, giderek arttığı ve beraberinde testiste şişlik ve kızarıklık da meydana geldiği, travma öyküsünün olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sol hemiskrotumda şişlik ve kızarıklık, palpasyonla ileri derecede hassasiyet ve ağrı mevcuttu, ağrı testis elevasyonu ile azalmıyordu. Renkli doppler ultrasonografide (RDUS) sol testis kanlanması ileri derecede azalmış ve sol spermatik kord ödemli idi. Hasta çocuk cerrahisi tarafından “testis torsiyonu” ön tanısı ile acil olarak ameliyata alındı. Sol inguinal kesi ile cerrahi uygulanan hastada funiculus spermaticusunun 360 derece torsiyone olduğu görüldü. Funiculus spermaticus detorsiyone edildi. Testisin kanlanması iyi idi, nekroz yoktu, ödem mevcuttu. Sol testis skrotuma tespit edildi.

OLGU 2: 13 yaşında erkek hasta, sol testiste 6 saat önce başlayan ve giderek artan ağrı, şişlik şikayetleri ile başvurdu, travma öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sol hemiskrotumda şişlik, palpasyonla ileri derecede hassasiyet ve ağrısı mevcuttu. Ağrısı testis elevasyonu ile azalmıyordu. RDUS ile skrotal sıvı miktarında solda hafif artış izlendi. Sol testis kanlanması minimal düzeyde idi. Hasta çocuk cerrahisi tarafından “testis torsiyonu” ön tanısı ile acil olarak ameliyata alındı. Inguinal transvers cilt kesisi ile funikulus spermaticusa ulaşıldı. Sol skrotumdan testis çekildiğinde testisin ödemli ve yer yer kanlanmasının ve testiküler arter ve venin torsiyone olduğu görüldü. Testiküler damarlar detorsiyone edilip sıcak uygulama sonrası kanlanması kısmen yerine döndü. Testis anatomik pozisyonda skrotuma tespit edildi.

TARTIŞMA

Testis torsiyonu yeni doğan ve puberte öncesi olmak üzere yaşamın iki döneminde sıklıkla karşımıza çıkar. Olguların yaklaşık olarak 2/3’ü 12-18 yaş aralığındadır ve en sık görüldüğü yaş ise 14’tür. Bizim de her iki olgumuz bu yaş aralığı ile uyumlu idi. Tanıda iyi bir öykü ve sonrasında yapılacak fizik muayenenin önemi büyüktür. Bizim her iki olgumuzda da sol yumurtalıkta ani başlayan şişlik, ve ağrı mevcuttu. Tanıda ilk başvurulacak görüntüleme yöntemi testise yönelik olarak uygulanan RDUS’dır. Tedavi yaklaşımı hastanın yaşı, ilk doktora başvuru süresi ve oluş şekli de dikkate alınarak genellikle cerrahidir.

Anahtar Kelimeler: ANAHTAR KELİMELER: Testis torsiyonu, çocuk acil, Renkli doppler ultrasonografi.

P-128

AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN ERİŞKİNLERDE METABOLİK SENDROM SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİRuhuşen Kutlu, Selma Çivi

Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.KONYA

GİRİŞ-AMAÇ: Metabolik sendrom (MS), insülin direnciyle başlayan abdominal obezite, glukoz intoleransı veya diabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı (KAH) gibi sistemik bozuklukların birbirine eklendiği ölümcül bir endokrinopatidir. Bu çalışmada aile hekimliğine başvuran erişkinlerde metabolik sendrom sıklığı ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve YÖNTEMLER: Kesitsel tipteki bu araştırma Şubat 2009-Eylül 2011 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 930 kişide yapıldı. Katılımcıların ağırlık, boy, bel çevresi, kan basıncı, açlık kan şekeri, total kolesterol, HDL kolesterol, ve trigliserid düzeyleri ölçüldü. Metabolik sendrom tanısı NCEP ATP III kılavuzuna göre konuldu.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların 930 kişinin 676'sı kadın (%72.7) 254'ü erkek (%27.3), yaş ortalaması 52.64±12.16 yaş, 851'i evli (%91.5), 238'i okuryazar değil (%25.6), 319'u (%34.3) ilköğretim eğitimi, 556'sı (%59.8) ev hanımı idi. Tüm katılanlarda metabolik sendrom sıklığı %39.9 (Kadınlarda %49.1, erkeklerde %30.7) idi. Kadınlarda MS görülme sıklığı erkeklere göre 2.11 kat daha fazla bulundu [OR=2.110, %95 CL; (1.557-2.861)], bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($\chi^2=23.610$) ($p=0.000$). Hipertansif olanların %73.0'ünde MS mevcut idi. Hipertansif olanlarda MS gelişme riski hipertansif olmayanlara göre 8.62 kat daha fazla idi [OR=8.622, %95 CL; (6.392-11.631)], bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ($\chi^2=220.425$) ($p=0.000$).

SONUÇ: Çalışma grubumuzda metabolik sendrom sıklığının kadınlarda daha fazla olmak üzere yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sorun gelişmesini tamamlamış batı ülkeleri kadar, halen gelişmekte olan ülkemiz için de ciddi bir sorundur. Kronik hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştıran bu sendromun, beslenme, fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam biçimi ile önlenileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Metabolik sendrom, NCEP ATP III, obezite.

P-129

ÜRİNER İNKONTİNANSTA YAŞAM KALİTESİ

Selen Güngör¹, Ayşegül Uludağ¹, Meryem Gencer², Emel Peker¹, Evrim Koç²

¹çanakkale 18 mart üniversitesi araştırma ve eğitim hastanesi aile hekimliği abd

²çanakkale 18 mart üniversitesi araştırma ve eğitim hastanesi kadın hastalıkları ve doğum abd

AMAÇ: Üriner İnkontinans, Uluslararası İnkontinans Derneği'nin son terminolojisinde, kişinin sosyal ya da hijyenik açıdan sorun oluşturan, objektif olarak görülebilen her türlü idrar tutamama yakınması olup toplumlarda sık görülen bir problemdir ve yaş ile birlikte insidansında artış olsada yaşlılığın doğal süreci değildir. Ancak kişilerin hayat kalitelerini etkilemektedir. Hedefimiz üriner inkontinans şikayeti olan bireylerin çoğunlukla hangi tip inkontinans tariflediklerini belirlemek, bu bireylerin yaşam kalitelerini belirlemek ve karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Araştırma ve Eğitim Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Aile Hekimliği polikliniklerine 1 Ocak-1 Mart 2012 tarihlerinde herhangi bir şikayet ile başvuran ve yapılan sözel sorgulamada üriner inkontinansları olduğunu belirten hastalara üriner inkontinans çeşidini ayırt ettiren, kendisine göre tedavi ihtiyacı olup olmadığını sorgulayan sorular ve üriner inkontinans için hayat kalitesi ölçeğini (I-QOL) içeren bir anket uygulandı.

BULGULAR: Toplam 64 hastaya anket uygulandı. 13 kişide stres, 3 kişide urge ve 48 kişide miks tip inkontinans saptandı. Hastaların yaşam kalitesi davranış sınırlanma skorları ortalama %65,4±17,8, psikolojik etki skorları ortalama %73,1±20,0, sosyal yaşam sınırlanma skoru ortalama %66,1±19,3 ve toplam I-QOL skorları %67,7±17,5 idi. Yaşam kalitesi toplam veya alt ölçek skorları açısından urge inkontinans grubu ile miks inkontinans grubu arasında anlamlı fark bulunmazken stres ve urge inkontinans grupları arasında sadece davranış sınırlanma açısından stres inkontinans lehine anlamlı fark bulundu (p=0,035). Stres inkontinans ve mix inkontinans grupları arasında toplam I-QOL skoru yanında (p=0,045), davranış sınırlanma (p=0,005) ve sosyal yaşam sınırlanma (p=0,019) alt ölçek puanları açısından stres inkontinans lehine anlamlı fark saptandı. Hastaların 49'u (%76,6), stres inkontinans hastalarından 9'u (%72,3), urge inkontinans hastalarından 2'si (%66,7) ve mix inkontinans hastalarından 38'i (%79,2'si) tedaviye ihtiyaçları olduğunu düşündüklerini bildirdi. Tedaviye ihtiyaçları olduğunu bildirenlerin I-QOL yaşam skorları ve her üç alt ölçek skorları açısından diğer gruba göre anlamlı dezavantajlı oldukları görüldü (p<0,01).

SONUÇ: Üriner inkontinansı olduğunu belirten kişilerin pek çoğu yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğinin ve aslında tedavi ihtiyacı olduklarının farkında olmalarına rağmen üriner inkontinansı bir sağlık problemi olarak görmeyip hekime başvurmamakta ve üriner inkontinansı yaşamın olağan bir süreci olarak düşünmektedirler. Yaşam kalitesi açısından stres inkontinans alt grubunun görece şanslı olduğu ve yaşam kalitesinin hastaların tedavi ihtiyaçlarını belirlemelerinde önemli bir değişken olduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: üriner inkontinans, yaşam kalitesi, üriner inkontinans tedavi ihtiyacı

P-130

SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA HUZURSUZ BACAK SENDROMU SIKLIĞI, ŞİDDETİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Selma Çivi¹, Ruhuşen Kutlu¹, Serhat Tokgöz²

¹Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, KONYA

²Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji AD, KONYA

GİRİŞ-AMAÇ: Huzursuz bacak sendromu (HBS), uyku ya da istirahat esnasında bacaklarda hissedilen rahatsızlık, huzursuzluk, hareket ettirme ihtiyacı, uyuşma, karıncalanma bazen de tam olarak tanımlanamayan bir histir. Popülasyonun %5-15'inde görülmektedir. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde pozitif aile öyküsü vardır ve otozomal dominant geçişlidir. Etiyoloji tam olarak bilinmese de ferritin eksikliği ve hipotiroidi birçok olguda hastalığa eşlik etmektedir, nörolojik muayene genellikle normaldir. Bu araştırmanın amacı sağlık amacı sağlık personelinde huzursuz bacak sendromunun sıklığı, şiddeti ve risk faktörlerini saptamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Kesitsel tipteki bu çalışma Ekim 2010-Haziran 2011 tarihleri arasında Meram Tıp Fakültesinde çalışan 354 sağlık personelinde yapıldı. Uluslararası Huzursuz Bacaklar Sendromu Çalışma Grubu (IRLSSG) tanı kriterlerine göre; özellikle bacaklarda olmak üzere ekstremitelerde zorunlu hareket ettirme isteği ile beraber adlandırılmayan motor huzursuzluk hissinin bulunması, bu semptomların istirahat sırasında ve belirgin olarak geceleri artması ve aktivite ile azalması tanı koydurucudur. Hastalık şiddeti uluslararası huzursuz bacaklar sendromu değerlendirme ölçeği kullanılarak hastalığın şiddeti belirlendi. HBS semptomları olan kişilerin nörolojik muayenesi yapıldı.

BULGULAR: Katılanların 277'si (%78.2) kadın idi. Sağlık personelinin 53'ünde (%15.0) HBS'u tespit edildi. Şiddet skalasına göre 2 kişide (%9.5) hafif, 25'inde (%47.6) orta, 23'ünde (%42.9) ağır derecede HBS mevcut idi. HBS'li kişilerin %54.7'sinde aile hikayesi pozitif idi.

SONUÇ: Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu (IRLSSG) tarafından oluşturulan ve hasta öyküsüne dayanan 4 soruluk temel tanı kriterleri hastalığın tanısında esastır. Sadece dört ana tanı kriteri ile hastalığın tanımlanması, dopamin agonistleri, demir preparatları gibi ilaçlarla tedavisinin mümkün olması bu sendromun tanımlanmasında bilinçli hikaye alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Huzursuz Bacak Sendromu, IRLSSG tanı kriterleri.

P-131

RADYOLOJİ TEKNİSYENLERİNDE SENELİK MUAYENE SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİRuhuşen Kutlu, Selma Çivi, Meltem Cömert

Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, KONYA

GİRİŞ-AMAÇ: Dünyada doğal olarak bulunan radyasyonun kaynağı, uzaydan gelen, yeryüzünde sulara, karada ve havada bulunan radyoaktif elementlerden yayılan ışınlardır. Dolayısıyla insanlar yaşamları boyunca düşük dozda radyasyona maruz kalmaktadır. Maruz kalınan radyasyon doza bağlı olarak hiçbir biyolojik etki göstermeyebileceği gibi ölüme kadar varabilen etkilere de neden olabilir. Önemli olan, hangi radyasyon dozunun hücrede iyonlaşma sonucu hücresel hasara ve kansere neden olabileceğinin belirlenmesidir. Bu çalışmada radyoloji teknisyenlerinin yıllık rutin muayeneleri sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi radyoloji bölümünde çalışan 64 personelde yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı Radyasyon Çalışanı Sağlık Raporu formlarına uygun olarak tüm personelin fizik muayeneli, tam kan sayımı, göz muayeneleri değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 64 personelin yaş ortalaması 32.5 ± 7.4 (21-52), 40'ı (%62.5) erkek, 24'ü (%37.5) kadın, 23'ü lise mezunu (%35.9), 40'ı yüksek okul mezunu (%62.5), 46'sı (%71.9) evli olup, 26'sı (%40.6) halen sigara içmekte idi. Radyoloji bölümünde çalışma yılı ortalaması 8.96 ± 7.11 (1-27) yıl idi. Hematolojik parametreler değerlendirildiğinde hemoglobin, hematokrit, MCV, RBC, beyaz küre, trombosit sayıları normal sınırlar içinde idi. Katılanlardan 6'sı (%9.4) doğrudan el ve cilt teması yoluyla radyoaktif maddeye maruz kalmıştı, 54 kişi (%84.4) X-ışınlarına dışarıdan maruz kalmışlardır. Son bir yıl içinde kişisel dozimetri ölçümlerinde 4 kişi (%6.3) limit aşımına uğramıştı. Sağlık durumu ile ilgili olarak 15 kişide (%23.4) ciltte solukluk, 40 kişide (%62.5) genel yorgunluk, 13 kişide (%20.3) baş dönmesi, 9 kişide (%14.1) diş eti kanaması, 6 kişide (%9.4) kıl dökülmesi, 16 kişide (%25.0) görmede bulanıklık tespit edildi. Görme bulanıklığı olanların göz muayenelerinde katarakt tespit edilmedi. Ciltte hiperkeratoz, telenjektazi ve atrofi tespit edilmedi. Periferik lenfadenopati, hepatosplenomegaliye raslanmadı.

SONUÇ: Radyasyonun biyolojik sistemler ve hücreler üzerine olan olumsuz etkilerini erken dönemde saptamak, koruyucu önlemler konusunda eğitim vermek, doz aşımına maruziyetin önlenmesi için senelik rutin genel sağlık muayeneleri, göz ve hematolojik değerlendirmeler hayati önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anahtar kelime: Radyoloji teknisyeni, X-ışını maruziyeti.

P-132

BASİT BİR KARIN AĞRISI MI?..Tolga Taymaz¹, Özgür Gözer¹, Yekta Kişioğlu²¹Amerikan Hastanesi, Acil Servisi, İstanbul²Amerikan Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Karın ağrısı hem acil serviste, hem aile hekimliği polikliniklerinde en sık rastlanan semptomlardan biridir. Ayırıcı tanı listesi oldukça uzundur. Anamnezde sorgulanan ağrının yeri, niteliği, süresi, başlama şekli, yayılımı, eşlik eden patolojilerin varlığı birçok zaman tanıya götürür, gerekirse laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme tanıyı sağlamlaştırır. Ancak bazen hiç beklenmeyecek düşük riskli gruplarda bile, alttan ciddi bir patoloji çıkabilir.

VAKA: 31 yaşında erkek hasta. Birkaç saattir olan sol tarafta karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Spazm çözücü ile şikayetin azaldığını, ama 2-3 saattir yine arttığını söyledi. Genel durumu iyi idi. Geçmişinde 1 kez olan spontan pnömotoraks dışında özellik yoktu. Sistem muayenelerinde bir özellik bulunmadı. Dispne, göğüs veya sırt ağrısı tanımlamıyordu. Epigastrium ve sol üst kadranda hassasiyet vardı. Kan basıncı:140/90 mmHg, Nabız:80/Ritmikti. Lökosit:8.7, Hb:14.2, ALT:46 (üst değer 41), Amilaz, Lipaz, GGT, CRP, Troponin normal sınırlardaydı. Abdominal Bilgisayarlı Tomografide paraaortik ve inguinal reaktif lenf nodları dışında bir özellik görülmedi, genel cerrahi ve kardiyoloji konsültasyonları akut patoloji düşünmedi. Spazmolitik ile rahatladı, ancak bu arada, aslında bu ağrının hafif şeklinin 5-6 aydır zaman zaman rahatsız ettiğini, Proton Pompa İnhibitörü (PPI) ve spazm çözücü ile rahatladığını söyledi. Kilo kaybı hiç olmamış, iştahı iyiymiş. Gastroenterolojiye gelmek üzere taburcu edildi. Ertesi gün kendini iyi hissedince gastroenterolojiye gitmeyen hasta, akşam ağrısı başlayınca yine acil servise geldi. Akşam sadece çorba içebildiğini belirtti. Bugün PPI iyi gelmemiş, gaz gaita çıkışı normalmiş. Muayenede üst kadranda hassasiyet dışında özellik yoktu. ALT düzeyi 46'dan 63'e çıkmıştı. Ultrasonografide grade 1 hepatosteatoz vardı. (Boy:186, Kilo:117 idi), endoskopi planlandı ancak hasta yine evine gitmek istedi. Ertesi gün yine aynı şikayetle gelen hastada laboratuvarında değişiklik yoktu, ancak bu kez D-Dimer da bakıldı: 0.869 bulundu, PPI ve spazmolitik ile ağrısı hafifleyen hasta bu kez yatışı kabul etti. Yapılan endoskopisinde mide antrum kenarında malinite şüpheli ülser saptandı, biyopsi sonucu "az diferansiye adenoca" olarak geldi, hasta genel cerrahiye yönlendirildi.

TARTIŞMA: Karın ağrısı ayırıcı tanısı çok geniş olmasına rağmen anamnez özellikleriyle bu liste daraltılabilir. Ancak genç, sağlıklı, iştah-kilo kaybı olmayan, tedaviyle rahatlayan böyle bir hastada bile alttan malinite çıkabileceği akılda tutulmalıdır. Burada ağrının, daha önce cevap verdiği tedavilere artık cevap vermemesi daha ileri araştırma için bir gerekçe idi. Bunun yanında, D-Dimer birçok zaman özellikle yaşlılarda yüksek ölçülmekle birlikte, genç ve komorbiditesi olmayan bir hastada gördüğümüz yükselme bizi daha ciddi bir patolojiyi de araştırmaya yöneltmelidir.

Anahtar Kelimeler: tedaviye dirençli karın ağrısı, malinite

P-133

TEDAVİYE DİRENÇLİ DİSPEPSİ HASTALARINDA ENDOSKOPI SONUÇLARINA GÖRE TANI PROFİLİOktay Sarı¹, Alpaslan Tanoğlu², Ümit Aydoğan¹¹GATA Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara²GATA Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Dispepsi, toplumda oldukça yaygın olarak görülen önemli bir sağlık problemidir. Hastaların yaklaşık % 40'ında organik bir neden saptanmaktadır. Peptik ülser, gastroözefagial reflü organik sebeplerin büyük kısmını oluşturmaktadır. Çalışmamızda tedaviye dirençli dispepsi hastalarında dispepsinin nedenlerini araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM: Birinci basamakta tedavisi düzenlenip, kontrol muayenesinde yakınmaların hala düzelmediği veya şikayetlerin tekrar ettiği 149 tedaviye dirençli dispepsi hastasının endoskopi sonuçları, hasta dosyalarından geriye dönük olarak tarandı.

BULGULAR: Hastaların %51'i (n=76) kadın, %49'u (n=73) erkekti. Ortalama yaş 49,7±18,0 (18-85 yıl) olarak bulundu. En sık tanı %88,7 ile (n=132) gastrit ve %38,6 (n=58) ile özefajit bulundu. Daha sonra sırasıyla %25,1 (n=38) hiatal herni, %18,7 (n=28) duodenit, %9,3 (n=14) duodenogastrik reflü, %2,0 (n=3) duodenal ülser, %1,3 (n=2) gastrik ülser tanıları saptandı. 102 hastada (n=68,5) endoskopi sonucuna göre birden fazla tanı mevcuttu. Sadece 2 (%1,3) hastanın sonucunda organik bir neden bulunamadı.

TARTIŞMA: Dispepsi hastalarında, tedaviye dirençli vakalarda altta yüksek oranda organik bir patoloji çıkmaktadır. Tedavi bitiminde semptomlar tekrar eder veya tedavi ile gerilemezse, altta yatan organik bir patolojiyi ekarte etmek için bir üst basamağa yönlendirilerek endoskopi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tedaviye dirençli dispepsi, endoskopi, tanı

P-134

MENAPOZ DÖNEMİNDE HASTANEYE BAŞVURAN KADINLARDA SEMPTOM YAYGINLIĞI VE YAŞAM KALİTESİ

Ayşegül Uludağ¹, Ayşe Nur Çakır Güngör², Meryem Gencer², Erkan Melih Şahin¹, Emine Coşar²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Çanakkale

Kadınlarda menopoz; son menstrual periyottan sonra en az bir yıl menstruasyon görülmemesi olarak adlandırılır ve bu dönem kadın yaşamının en önemli dönemlerden biridir.

AMAÇ: Çalışmamızda hastaneye başvuran kadınlarda menopoz döneminde semptom yaygınlığını saptamak ve menopozla ortaya çıkan şikayetlerin yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amaçlandı.

METOD: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ile Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine Ocak ve Şubat 2012 tarihleri arasında başvuran 40-65 yaş arasında menopozlu kadınlar sözel görüşme ile ayrılıp sosyo-demografik özellikleri, boy ve vücut ağırlıkları, Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MRS) ile menopoz şikayetleri ve kısa form SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği yüz yüze anket şeklinde uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya 147 menopozlu kadın dahil edildi. Kadınların yaş ortalaması 54,4±5,8 ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ortalaması 28,8±5,2, ortalama menopoz yaşı 47,7±5,6 olarak saptandı. Kadınların 108'inde (%85) sıcak basması, 68'inde (%54,4) kalp rahatsızlığı, 90'ında (%66,1) uyku sorunları, 97'sinde (%79,5) keyifsizlik, 98'inde (%79,6) sinirlilik, 83'ünde (%68) endişe, 97'sinde (%79,5) yorgunluk, 74'ünde (%62,7) cinsel sorunlar, 81'inde (%64,8) idrar sorunları, 68'inde (%57,6) vajinal kuruluk, 109'unda (%85,8) eklem yakınmaları bulunmaktaydı. MRS ölçek ortalaması 17,6±8,9 (0-36) olarak saptandı. SF-36 fiziksel fonksiyon 23,8±4,9; rol güçlüğü 6,4±1,7; ağrı 5,1±1,9; genel sağlık 14,4±3,1; viabilite (enerji) 14,4±2,3; sosyal fonksiyon 5,6±1,0; rol güçlüğü (emosyonel) 4,6±1,3; mental sağlık 18,4±2,8 olarak saptandı. Yaşam kalite skorları VKİ ve sigara içme durumlarıyla değişmiyordu. MRS; fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü (emosyonel) ve mental sağlık skorları ile negatif korelasyon gösteriyordu.

SONUÇ: Menopozda ortaya çıkan şikayetler kadınların yaşam kalitelerini etkilemekle birlikte, çalışmamızda yaşam kalite ölçek skorları Türk toplumu için belirlenen ham puanlardan daha yüksek saptanmıştır. Birinci basamak aile hekimliği uygulaması açısından kadınlarda menopozla ilişkili belirtilerin sorgulanmasının önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Menopoz, MRS, yaşam kalitesi

P-135

TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK TEKNİSYENLERİNDE HEPATİT B SEROPREVALANSI VE AŞILANMA SIKLIĞI

Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi, Ahmet Koçak, Raziye Aslan
Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Konya

GİRİŞ-AMAÇ: Hepatit B enfeksiyonu (HBV) aşı ve korunma yöntemlerine rağmen kronik hepatit, siroz ve hepatosellüler karsinomun başlıca nedenidir. Ülkemizde HBV enfeksiyonu sıklığı ortalama %5 olarak düşünülürse, yaklaşık 3 milyon kişinin bu virüsle kronik olarak enfekte olduğu söylenebilir. HBV sağlık çalışanlarının risk altında olduğu bir patojendir. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre her yıl Avrupa'da 304 000 sağlık çalışanı HBV ile kontamine delici bir cisimle perkütan bir travmaya maruz kalmaktadır. En fazla risk altında olan kişiler, hekimler, laboratuvar, diyaliz ve acil ünitesi çalışanları, hemşireler, diş hekimleri, kan bankası personeli ve sağlık teknisyenleridir. Bu çalışmada Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi hastanesinde çalışan sağlık teknisyenlerinde hepatit B seroprevalansını ve aşılama sıklığını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 20 Ocak- 10 Mart 2012 tarihinde 358 sağlık teknisyeninde yapıldı. Katılanların hepatit B aşısı olup olmadığı sorgulandı. Serum örneklerinde HBs Ag ve anti HBs düzeylerine bakıldı. İstatistiksel analizler SPSS 16,0 bilgisayar programı ile yapıldı.

BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalaması 32.53 ± 7.25 (min=19, max=63) yaş olup, 279'u (%77.9) erkek, 79'u (%22.1) kadın, 261'i (%72.9) evli idi. Eğitim düzeyleri incelendiğinde; 105'i (%29.3) ilkokul, 46'sı (%12.8) ortaokul, 139'u (%38.8) lise ve 68'i (%19.0) yüksek okul mezunu idi. Sigara içme durumu incelendiğinde; 199'u (%55.6) halen sigara içiyordu. HBsAg pozitifliği %2.5 (n=9) olup, %47.5'inde (n=170) antiHBs negatif, %52.5' (n=188) antiHBs pozitif idi. Katılımcıların %58.3'ü (n=208) daha önce aşılanmıştı.

SONUÇ: Hepatit B aşısı 1998 yılında Ülkemizde Genişletilmiş Bağışıklama programı içinde yer aldı. Bu tarihten önce doğanlar Hepatit B aşısı olmamışlardır. Hepatit B insidansını azaltmak için özellikle sağlık personelinin işe giriş muayenelerinde HBsAg ve antiHBs testleri rutin olarak yapılmalıdır. Sağlık teknisyenleri hastane ortamında, hem de görevleri gereği yaptıkları işlerde enfeksiyonlara maruz kalmakta olup, enfeksiyonların gerek kendilerine bulaşmasında, gerekse hastane içinde yayılmasında önemli rol oynarlar. HBsAg pozitif olanlar ileri incelemeye alınmalı ve hasta ile direk ilişkili oldukları birimlerde görevlendirilmemeli ve yakın aile çevresi taranarak aşılanmalıdır. HBsAg negatif olup, antiHBs testleri negatif olanlar bu enfeksiyona hassas olduklarından 3 doz hepatit B aşısı programına alınmalıdırlar. Hastane sağlık idarecileri ve aile hekimliği bölümleri bu konuya önem vermeli ve sistematik sürekli hizmet içi eğitim aktiviteleri ile de desteklemelidirler. Bu çalışma sırasında seronegatif olanların birinci hepatit B aşıları yapılmış ve aşı programına alınmışlardır.

Anahtar Kelimeler: ANAHTAR KELİMELER: Hepatit B enfeksiyonu, HBsAg, antiHBs, Hepatit B aşısı

P-136

SİSTİTE BAĞLI BULANTI VE İŞTAHSIZLIK?ANCAK?

Tolga Taymaz

Amerikan Hastanesi Acil Servis

GİRİŞ: Baş ağrısı, bulantı ve iştahsızlık gerek acil serviste gerek aile hekimliği polikliniğinde sık karşılaştığımız sorunlardandır. Anamnezi, hastanın işaret ettiğinden farklı yönlerde doğru derinleştirmek yüz güldürücü olabilir. İntrakranyal hipotansiyon, farklı sebepleri olan, postural baş ağrısı ve düşük beyin omurilik sıvısı basıncı ile karakterize bir tablodur.

OLGU: 21 yaşında bayan hasta. Bulantı, kusma, iştahsızlık, baş ağrısı ile acil servisimize başvurdu. 2 gündür gittiği 2 ayrı merkezdekendisine herhangi bir tanı bildirilmediğini söyledi. Kalp kapakçıklarında da bir problem olduğunu, bunu saptayan kardiyoloğun “kalp iltihabı” için de uyardığını, belki öyle bir tablosu da olabileceğini belirtti. Ayrıca 2 yıldır süren kronik sistit şikayetleri için zaman zaman antibiyotik kullanmakta imiş. 2 gün önce de bunun için sistoskopi yapılmış. her zamanki antibiyotikleri bu sefer sistite bağlı bulantısını geçirmemiş. Genel durumu orta-iyi, aktif, koopere, bilinci açıktı. Nörolojik muayenede motor ve duyu kusuru yok, refleksler normal, göz hareketleri tam, nistagmus yok, fundus ve kranyal sinirler normal. Ense sertliği şüpheli ancak başka meningeal iritasyon bulgusu yok, kalp sesleri doğal, ek ses üfürüm yok, solunum sesleri doğal, batin rahat ancak suprapubik hassasiyet vardı. Hemogram, CRP değerleri normadil. Anamnez derinleştirildiğinde 2 gün önce sistoskopi yapılırken epidural anestezi aldığı anlaşıldı. İştahsızlık ile bulantısının ise baş ağrısından sonra geliştiği öğrenildi. Baş ağrısı pozisyonla değişmekte idi, yatarken rahattı ama otururken veya ayakta artıyordu. Bu bulgularla hastada sekonder intrakranyal hipotansiyona bağlı pozisyonel baş ağrısı düşünüldü Acil serviste uygulanan ağrı için parasetamol 1000 mg, bulantı için ondansetron 4 mg ve 1000 ml IV sıvıdan sonra çok daha iyi olduğunu belirterek taburcu oldu. Parasetamol ve kafeinli içecekler önerilerek kontrole çağrıldı.

TARTIŞMA: Yukarıdaki hastanın yaşı genç olmasına rağmen şikayetlerinin çok yönlü olması, gerçek probleme odaklanılmasını güçleştirmişti. Bize geldiğindeki şikayetlerinde baş ağrısının yanında başka birçok semptom tanımlıyordu. ayrıca bulantısını, çok sık yaşadığı sistit ataklarına bağlıyordu. Ancak baş ağrısının ayırıcı tanısında ağrının karakteri çok önemlidir. Yatarken azalan, otururken veya ayağa kalkınca artan bir baş ağrısı intrakranyal hipotansiyon için tipiktir. Bu spontan gelişebileceği gibi epidural anesteziler sonrası iyatrojenik de oluşabilir. Beyin omurilik sıvısı kaybında beyin aşağı doğru iner, kranyal sinirlerde gerilme olur. Ayrıca tinnitus, baş dönmesi, işitme kaybı, yüzde hipoestezi, boyunda sertlik, bulantı da bulunabilir. Kranyal Magnetik Rezonans Görüntüleme de hem kranyal hem spinal patolojiler gözlenebilir. Hastamızda aldığı anestezinin sorulması ve baş ağrısının karakteri, daha ileri tetkiklere gerek bırakmadan tanıya ulaşılmasını sağladı. İntrakranyal hipotansiyonda tedavi öncelikle konservatiftir. İV sıvı replasmanı yanında kafein veya teofilin verilebilir. Konservatif tedavi ile düzelmezse epidural kan yaması yapılabilir. Bu, çoğu zaman tam düzelmeyi sağlar.

Anahtar Kelimeler: postural baş ağrısı, sekonder intrakranyal hipotansiyon, epidural anestezi

P-137

MEME POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN MEME KANSERİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ

Necibe Üsterme¹, Ümit Aydoğan¹, Zafer Kılbaş², Yusuf Çetin Doğaner¹, Aslı Ebioloğlu¹, Servet Yüksel¹, Halil Akbulut¹, Oktay Sarı¹, Kenan Sağlam³, Müjdat Balkan², Turgut Tufan²

¹Gülhane Askeri Tıp Fakültesi,Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı,Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Fakültesi,Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı,Ankara

³Gülhane Askeri Tıp Fakültesi,İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Ankara

AMAÇ: Kansere bağlı ölümlerin kadınlardaki en sık nedeni meme kanseridir. Bu çalışmada, meme polikliniğine başvuran kadınların meme kanseri hakkındaki bilgi düzeylerini, müracaat nedenlerini, fizik muayene ve ileri tetkikler sonucu konulan tanılarını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: 2012 Ocak ayı içinde Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Meme Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 102 kadın hastaya, tarafımızca hazırlanan bir anket formu uygulandı. Hastaların meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyleri, müracaat nedenleri ve semptomları ile konulan tanılar kayıt altına alındı. Elde edilen veriler SPSS 15 istatistik programına aktararak analiz edildi.

BULGULAR: Hastaların en genci 31 yaşında,en yaşlısı ise 75 yaşında idi. Hastaların yaş ortalamaları 50.93±9.88 (Ort±SS) olarak bulundu. Hastaların, meme polikliniğine başvuru nedenleri incelendiğinde; %46.1 (n=47) kontrol, %19.6 (n=20) memede kitle, %18.6 (n=19) memede ağrı, %14.7 (n=15) tedavi olduğu diğer polikliniklerden meme polikliniğine sevk, %3.9 (n=4) aksiller kitle,%2 (n=2) meme başı akıntısı olarak tespit edildi. Hastalara meme kanseri ile ilgili bilgi düzeylerini ölçmek için sorulan sorularda; hastaların %61.8'i (n=63) meme kanseri genetik geçişlidir, %93.1'i (n=95) meme kanserinin erken tanı ile tedavisi mümkündür, %74.5'i (n=76) meme kanseri ölümcüldür, %75.5'i (n=77) meme kanseri diğer organlara yayılır, %70.6'sı (n=72) meme kanseri emzirende nadir görülür ve %24.5'i (n=25) meme kanseri kadınlık özelliklerini kaybettirir şeklinde cevap verdikleri görüldü. Fizik muayene ve ileri tetkikler sonucunda, hastaların %64.7'sinde (n=66) herhangi bir meme hastalığı tespit edilmezken, %11.8'inde (n=12) ise meme kanseri tespit edildi. Diğer tanılara bakıldığında; hastaların %17.6'sında (n=18) fibrokistik mastopati, %3.9'unda (n=4) mastit, %1'inde (n=1) fibroadenom, %1'inde (n=1) lipom tespit edildi.

TARTIŞMA: Meme kanserinin erken teşhis ve tedavisi, mortalitenin azaltılması için büyük önem taşımaktadır. Erken teşhis için alınması gereken tedbirlerden biri de toplumun meme kanserinde belirtiler ve risk faktörleri hakkında bilinçlendirilmesidir. Daha erken dönemde sağlık kuruluşlarına başvurular ile meme kanserinden ölümlerin büyük oranda önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: bilgi düzeyi,meme kanseri

P-139

ANNELERİN ANNE SÜTÜ VERİLMESİ KONUSUNDAKİ TUTUMLARI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dilek Toprak Evcik, Sinem Aslan, Rabia Özel, Nazan Özkal
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Amaç

Bu çalışma; annelerin anne sütü verilmesi konusundaki uygulamalarını saptamak ve bu uygulamalar üzerine etkili olabilecek çocuk ve aile ile ilgili faktörleri belirlemek amacı ile yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Çalışma; Kasım - Ocak 2011 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin farklı polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran, 6 aylıktan büyük bebeği olan 120 annenin katılımı ile gerçekleşti. Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve 25 sorudan oluşan anket, yüzyüze görüşme yöntemi ile uygulandı. Sonuçlar SPSS 17.00 programı ile değerlendirildi. Grupların karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı.

Bulgular

Anket yapılan annelerin 100'ü (%83) çalışmıyordu ve 65'inin (%54) eğitim düzeyi ilk ve ortaokuldu. Çalışma grubumuzdaki annelerin %70'inin (n=84) bebeklerini doğumdan sonra ilk bir saatte, %29,2'sinin (n=35) ise ilk bir gün veya bir günden sonra emzirdikleri belirlendi. Normal ya da sezaryenle doğum yapma, ailenin gelir düzeyi ve annenin eğitim durumunun emzirmeye başlama zamanı ile anlamlı bir ilişkisi olmadığı saptandı (p>0,05). Çalışmaya katılan annelerin 69'u (%57,5) 6 ay sadece anne sütü vermişti. Anne yaşı, baba yaşı, anne ve babanın eğitim düzeyi, aile tipi, aile gelir düzeyi ile ilk 6 ay sadece anne sütü verme arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).

Annelerin 68'i (%56,7) daha önce emzirme deneyimine sahipti ve daha önce emzirme deneyimi ile ilk 6 ay sadece anne sütü verme süresi arasında anlamlı bir ilişki yoktu (p>0,05).

Annelerin 70'i (%58,3) 6 aydan önce anne sütünü kesmişti ve kesme etkeni olarak annenin veya bebeğin hastalığı, anne sütünün kesilmesi veya yetersizliği olarak belirlendi.

Bebeklerin 53'ünde (%44,2) ilk 6 ayda emzik kullanımına, 62'sinde (%51,7) ilk 6 ay biberon kullanımına başlanmıştı.

Annelerin 73(%60,8)'ü bebeklerine ilk 6 ayda su veya bitkisel çay vermişti. Su verenler bebeklerinin susadığını düşünürken, bitkisel çay verenler gaz gidermek amacıyla vermişti.

Annelerin 73'ü (%60,8) doğumdan önce anne sütü ile beslenme konusunda bilgi almıştı.

Bunun 14'ü (%11,7) doktor, 40'ı (%33,3) hemşire, 20'si (%16,7) aile büyükleri tarafından verilmişti.

Sonuç

Bu çalışmada emzirmenin hala yaygın olduğu, bebeklerin hemen hepsinin bir dönem emzirildiği saptandı. Bebekler uzun dönem emziriliyor olmalarına karşın; ilk emzirme zamanı, emzirme öncesi mama verilmesi, sadece anne sütü verilmemesi ve ek gıdaya erken veya geç dönemde başlanması gibi konularda annelerin bilgi gereksinimleri olduğu belirlendi. Bebek beslenme pratikleri konusunda düzenli olarak ailelere eğitim verilmesi, bebeklerin doğru beslenmesi konusunda faydalı olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: anne sütü, ek gıda, ocuk beslenmesi, eğitim

P-140

BİRİNCİ BASAMAKTA SAĞLAM ÇOCUK TAKİBİNDE GELİŞİMSEL TARAMA TESTLERİNİN KULLANIMIGüler Şahoğlu Ünver, Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Gelişim; dil, motor, davranış, sosyal, duygusal ve mental alanları içeren geniş bir terimdir. Küçük çocukların gelişimindeki sapmaları rutin fizik muayene sırasında anlamak güçtür. Gelişimsel bozukluğun varlığı genellikle çocukta yürümeme, konuşmama gibi belirgin sorunlar ortaya çıktığında ya da okulda başarısız olduğunda fark edilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde gelişimsel bozukluk sıklığı %16'dır ve bunların sadece %30'u okul öncesi dönemde saptanmıştır. Geç dönemde gelişme geriliği saptanan çocuklar erken müdahale şansını kaçırmaktadırlar.

AMAÇ: Çocuk gelişimini taramak amacı ile geliştirilmiş olan tarama testlerinin birinci basamakta kullanım için uygunlukları ile Türk dilinde var olan tarama testlerinin saptanması.

YÖNTEM: Pubmed, Googlescholar ve Ulakbim veritabanları İngilizce; well child, developmental delay, primary care, developmental screening, Türkçe; çocuk gelişimi, gelişim taraması, birinci basamak anahtar kelimeleri ve bu kelimelerin kombinasyonları verilerek taranmıştır. Konu ile ilgili kılavuzlar, yöntemi iyi tarif edilmiş derlemeler, randomize kontrollü çalışmalar incelenmiştir.

BULGULAR: Gelişme geriliği olan çocukların erken dönemde saptanması amacıyla 'American Academy of Pediatrics' Derneği tarama yapılmasını önermektedir. Standardize tarama testlerinin 9., 18., 24., 30. aylarda olmak üzere en az 4 kez uygulanması önerilmektedir. Tarama testi; kısa, formal, standardize değerlendirme yapabilmeli, şüphelenilmeyen sapmaları normalden ayırabilmeyi hedeflemelidir. Tarama; tanı koymayı sağlamaz ancak ek bir incelemeye ihtiyaç olup olmadığını belirler. İyi bir tarama testinin duyarlılığı %70-80'in, özgüllüğü %80'in üzerinde olmalıdır.

Tarama testlerinin bir kısmı ailenin verdiği bilgilere; diğer bir kısmı ise gelişim becerilerini direkt gözlemlemeye dayanarak bilgi sağlar.

Ailenin verdiği bilgilere dayanan testler şunlardır: Ages and Stages Questionnaire 3 (ASQ), Child Development Inventory (CDI), Child Development Review-Parent Questionnaire (CDR-PQ), Infant Development Inventory, Infant-Toddler Checklist for Language and Communication (ITC), Parents' Evaluations of Developmental Status (PEDS), PEDS: Developmental Milestones (PEDS:DM)

Gelişim becerilerini direkt gözlemlemeye dayanan testler ise şunlardır: Bayley Infant Neurodevelopmental Screen (BINS), Battelle Developmental Inventory Screening Tool (BDI-ST), Brigance Screens-II, Denver Developmental Screening Test-II (DDST-II)

SONUÇ: Bu tarama testlerinden sadece Denver Gelişimsel Tarama Testi-II ve Bayley Bebekler İçin Gelişim Envanteri'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ayrıca Türkiye'de geliştirilmiş bir tarama testi olan Ankara Gelişim Tarama Envanteri bulunmaktadır.

Türkiye'de ikinci ve üçüncü basamaklarda, gelişim geriliklerinin risk faktörlerini saptama amaçlı yapılan birçok çalışmada kullanılmakla birlikte birinci basamakta sağlam çocuk taraması amaçlı yapılan az sayıda çalışma bulunmaktadır. Oysa öngörülemeyen gelişme geriliklerin erken dönemde saptanabilmesi ve uygun eğitim müdahaleleri ile düzeltilebilmesi için birinci basamak pratiğinde kolaylıkla uygulanabilecek tarama testlerine gereksinim

duyulmaktadır. Bu nedenle ülkemizde standart tarama testlerinin rutin sağlam çocuk takibi esnasında kullanıldığı çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, sağlam çocuk takibi, gelişimsel tarama testleri

P-141

BİRİNCİ BASAMAKTA TİP 2 DİABETES MELLİTUS HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan Demirci

Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

GİRİŞ: Aile hekimleri hastaları ile çok yönlü ilgilenmelidirler. Bağlamsal bakımda hastanın kendi öz yaşam kalitesini nasıl hissettiği önemlidir. Bu çalışmada Tip 2 diabetes mellitus hastalarında yaşam kalitesinin aile hekimleri tarafından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Kesitsel olarak 180 Tip 2 diabetes mellitus hastası ve 180 kontrol vakasının sonuçları analiz edildi. Yaşam kalitesini değerlendirmede WHOQOL-BREF ölçeği kullanıldı.

BULGULAR: Diyabetin süresi ve insülin kullanımı diyabet hastalarında yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkiye sahipti. WHOQOL-BREF ölçeği skorları diyabetiklerde anlamlı olarak düşük tespit edildi. 50 yaş üzeri diyabetik hastalarda aynı yaş grubu kontrol vakaları ile karşılaştırıldığında yaşam kalitesi skorları anlamlı olarak düşüktü.

TARTIŞMA: Diyabetik hastalarda yaşam kalitesi aile hekimlerince uygun ölçekler kullanılarak değerlendirilebilir. Uygulanan tedavilerin ve mevcut komplikasyonların yaşam kalitesi üzerine etkisini ölçmek standart diyabet bakımında yer almaktadır. Bunun için uygun ölçeklerin geliştirilmesi veya mevcut ölçeklerin dilimize uyarlanması gerekmektedir.

SONUÇ: Standart diyabetik hasta bakımında 'yaşam kalitesinin' aile hekimleri tarafından değerlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, diyabet, yaşam kalitesi

P-142

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE AÇIĞA DÖNÜŞÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE NEDENLERİMustafa Gökhan Usman¹, Ahmet Yılmaz², Faruk Coşkun³¹Merkez 84 nolu ASM, Sivas Merkez²Merkez 15 nolu ASM, Van Merkez³Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği

Laparoskopik kolesistektomi (LK), semptomatik safra kesesi hastalıklarının tedavisinde altın standarttır. Bu çalışmada LK hastalarında açığa geçiş oranları, nedenleri ve risk faktörleri, açığa geçişin operasyon sonrası izleme etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Ocak-2003 ile Aralık-2010 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Bölümünde opere edilmiş olan 914 elektif LK hastasının kayıtları retrospektif olarak incelendi. Risk faktörleri, açığa geçiş nedenleri, patoloji sonuçları ve postoperatif izlem bilgileri belirlenerek data oluşturuldu.

Açığa geçiş oranı tüm hastalar için % 9.95 çıktı. İncelenen parametrelerde erkek cinsiyet, yaş, koledokolitiazis tanısı, USG de safrayollarında genişleme veya taş görülmesi, ERCP ve DM öyküsü, murphy bulgusu, umblikus altı trokarın kapalı teknikle girilmesi, keseye retrograd olarak diseksiyon yapılması, per-operatif görünüm bulguları ve komplikasyon varlığının açığa dönüşte istatistiksel olarak anlamlı risk oluşturdukları tespit edildi. Ayrıca en sık açığa geçiş nedenleri yapışıklık (26,4%), anatomik güçlük (24,2%), KC yatağında kanama veya laserasyon (13,2%), akut kolesistit bulguları(9,9%), kısa/taşlı sistik kanal (4,4%) ve koledokta taş (4,4%) tespit edilmesi olarak belirlendi. Patoloji sonuçları Kronik kolesistit (KK) grubuna göre sırasıyla; Akut atak gösteren kronik kolesistit (AAGKK), diğer ve patolojisi belli olmayan gruplarda açığa dönme riskinin istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p<0.001$, $p=0.005$ ve $p<0.001$). Postoperatif yatış, oral alım ve defekasyon başlangıcı süreleri açığa dönülen hastalarda daha uzun çıktı ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). Hastaya ait risk faktörleri (yas, cinsiyet, tanı, DM, USG bulguları ve per-operatif görünümü) ile birlikte cerrahın trokar giriş tekniği, kese diseksiyon şekli ve operasyon sırasında gelişmiş olan komplikasyonlar da açığa geçişte etkili görüldü. Patoloji sonuçlarına göre de akut kolesistit ve nadir görülen (ksantogranulomatöz k., nekrotizan k., iyi diferansiye adenokarsinomu, granüloamatöz reaksiyon ve adenomiyomatozis) patolojilerde operasyonun zorlaştığı ve açığa dönüşün arttığı görüldü. Hastalarda risk faktörlerinin tespit edilmesi veya riski artıran patoloji tipleriyle ilgili bulgular saptanması, cerrahın hastaya işlem riskleriyle ve hastanedeki izlem süresiyle ilgili bilgi vermesinde, vaka yönetiminde ve operasyon teknikleri seçiminde yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Açığa dönüş nedenleri, konversiyon, laparoskopik kolesistektomi

P-145

BEYAZ ÖNLÜK HİPERTANSİYONUNUN VE DİJURNAL KAN BASINCI RİTMİNİN SOL VENTRİKÜL KİTLE İNDEKSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Burhan Alagöz¹, Ayşe Semra Demir Akca², Fatih Akca³, Nejat Demircan²

¹Çaycuma 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi Zonguldak

²Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Zonguldak

³T.C. Sağlık Bakanlığı Gökçebey İlçe Devlet Hastanesi Zonguldak

AMAÇ: Çalışmamızda Beyaz önlük hipertansiyonunun (BÖH) ve diurnal kan basıncı ritminin sol ventrikül kitle indeksi üzerine olan etkilerini incelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Çalışma geriye dönük olarak planlandı. Toplam 199 hasta alındı. Hastalar ofis kan basınçları ve ambulatuvar kan basıncı monitörizasyonuna (AKBM) göre Kontrol (n=63), BÖH (n=62) ve hipertansif (HT) (n=74) olarak 3 gruba ayrıldı. Ayrıca AKBM göre hastalar dipper (n=98) ve non-dipper (n=101) olarak gruplar halinde değerlendirildi.

BULGULAR: Kontrol, BÖH ve HT gruplar sol ventrikül kitle indeksi (SVKİ) açısından karşılaştırıldığında, BÖH (119 ± 20 gr/m²) olan hastaların kontrol (103 ± 20 gr/m²) gruba göre anlamlı derecede artmış ($p=0.003$) olduğu, ancak HT'lerde (133 ± 33 gr/m²) SVKİ'nin BÖH'lulardan daha fazla artmış olduğu gözlemlendi ($p=0.004$). Dipper ve non-dipper gruplar SVKİ değerleri açısından karşılaştırıldığında ise non-dipper (124 ± 30 gr/m²) grubun dipper (114 ± 25 gr/m²) gruba göre anlamlı olarak arttığı gözlemlendi ($p=0.016$). Çalışmaya alınan BÖH grubundaki hastaların 19 tanesinde sol ventrikül hipertrofisi tespit edildi.

SONUÇ: Beyaz önlük hipertansiyonu normalden ve hipertansiyondan farklı bir durumdur. Kardiyak komplikasyonlar açısından normotansiflere göre artmış riskin olduğu ancak hipertansiyonda görülenden daha az olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: ambulatuvar kan basıncı monitörizasyonu, beyaz önlük hipertansiyonu, diurnal kan basıncı ritmi, sol ventrikül kitle indeksi

P-146

AİLE HEKİMLİĞİ VE SANAT

Adem Özkara¹, Seren Sümer¹, Pınar Döner¹, Oğuz Tekin², Gökçe Dilek², Rabia Kahveci¹, İrfan Sencan¹, İsmail Kasım¹, Meltem Koç¹

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

AMAÇ: Tarih boyunca, sanat ve tıp yakın temas içinde olmuştur. Hem sanatçıların hem de doktorların profesyonel anlamda ilgi alanları insan üzerinde yoğunlaşmaktadır. Her iki meslek grubunun da çabası insanların iyi hissetmesine aracı olmaktır. Çeşitli tıp alanlarında, birçok doktor sanata yakından ilgi duymuştur; Dr.Henri Monder ve Dr Anton Çehov yazdı, Dr. Billroth kemanistti, Dr George Chicotot ressamdı ve Dr.Süheyl Ünver bestekardı. Doktorların sanata ilgisini desteklercesine Hipokrat "tıp sanattır" görüşünü ileri sürmüştür, sanat ve tıp beraberliğinin önemini vurgulamıştır. Birçok sanat dalı, tıbbi tedavi yöntemlerine destek olarak kullanılmıştır ve günümüzde de kullanılmaktadır. Resim, dans, müzik terapileri tamamlayıcı tıbbin önemli birer parçasını oluşturmaktadırlar. Sanat terapileri stres ve anksiyeteyi gidermek, hasta ve hasta yakınlarının ağrılarını azaltmak için kullanılmaktadır. Günümüzde pek çok doktorun ilgi duyduğu sanat dalları tamamlayıcı olarak tedavide hastalarına önerdikleri gözlenmektedir. Bu çalışmada, Türk aile hekimlerinin sanata ilgileri, ilgi düzeyleri ve ilgilenilen sanat dallarının hangileri olduğunun ortaya konması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışmada 1500 pratisyen hekim ve aile hekimine sanata olan ilgileri hakkında yapılandırılmış anket yöneltildi. Anket çalışmasına 272 (%18) katılımcı yanıt verdi. Veriler SPSS 15.0 ile analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların % 48,9'unu erkekler, % 51,1'ni kadınlar oluşturdu. 156 (%57,3) katılımcı sanatla ilgilenmekteydi. Bunların 12'si profesyonel düzeydeyken 96'sı amatördü. Katılımcıların ilgi alanlarını şunlar oluşturmaktaydı: 38 (% 14.0) boyama, 40 (% 14.7) yazı- hat, 8 (% 2.9) piyano, 28 (% 10.3) şarkı, 24 (% 8.8) sinema-tiyatro, 15 (% 5.5) gitar, 17 (% 6.3) ney, 7 (% 2.6) keman, 16 (% 5.9) bağlama, 17 (% 6.2) diğer sanatsal faaliyetler, 24 (% 16.8) fotoğraf, 72 (% 26.5) ebru sanatı (ebru), 4 (% 1.5) hat, 15 (% 5.5) el işi. Katılımcılardan ailesi içinde en az bir sanatçıya sahip olanların sayısı 49'du (%18). Sanata ilgi olması ve ailesinde bir sanatçı olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0.008). Katılımcıların % 63,6'sı tıbbin sanatla bir ilişkisi olduğunu düşünmekteydi. "Tıp bir sanattır" düşüncesi ve sanatla ilgilenmek isteyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,001).

SONUÇ: Tüm yaratılan canlılar içinde insan mükemmel bir dengeyle yaşayan mükemmel bir sanat eseridir. Özellikle birinci basamak hekimleri hastaları ile süreklilik halinde iletişimde oldukları için bu dengedeki aksaklıkları önleme ve giderme adına önemli görevlere sahiptir. Aile Hekimliğinin oldukça önemli yere sahip olan biyopsikososyal yaklaşım gereği bu mükemmel denge fiziksel ve ruhsal gereksinimlerin tümü göz önünde bulundurularak sağlanabilmektedir. Bu nedenle sanatın, sanatın tüm inceliklerini üzerinde taşıyan insanoğluna sağlık açısından katkı sağlayabilmesi için hekimlerin hastalarını hatta kendilerini sanata yönlendirme desteğine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: sanat, aile hekimliği

P-147

KONGRE BİLDİRİLERİ: MAKALE OLABİLENLER VE DİĞERLERİ

Hakan Demirci

Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Kongre bildirisi yazarken çok çeşitli motivasyonlar ön plandadır. Bildiri yazmak makale yazmaya niyet etmektir ve aynı zamanda hipotezi sahiplenmektir. Kongreler herhangi bir hipotezi sınamak ve diğer hekimlerle araştırmayı tartışmak için de önemli bir platformdur. Çalışmamızda 10. Ulusal Aile Hekimliği kongresinde sunulan posterlerden 1 yıl içerisinde araştırma makalesi olarak yayınlanmış olanların özelliklerini analiz ettik.

YÖNTEM: 2011 yılında gerçekleştirilen 10. Aile Hekimliği kongresi özet kitabında yer alan çalışmaların yayınlanışlıkları bildiriye sunan araştırmacının adı soyadı, bildiri başlığı ve anahtar kelimeler (ingilizce ve türkçe) kullanılarak Google Akademik ve Pubmed üzerinden internette tarandı. Bildiriden makaleye dönüşen çalışmaların genel özellikleri diğerleri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: 10. Aile Hekimliği Kongresi özet kitabında 164 poster sunumu ve 32 sözel sunum olmak üzere toplam 196 bilimsel çalışma yayınlanmıştır. Poster çalışmalarında 14 olgu sunumu ve 150 özgün araştırma çalışma, sözel sunumlarda 2 olgu sunumu ve 30 özgün çalışma mevcuttu. Çalışmaların 29 (% 15) tanesi birinci basamak, 77 (% 40) tanesi eğitim ve araştırma hastanesi ve 90 (% 45) tanesi üniversite kaynaklıydı. Araştırma sonuçlandırıldığında birinci basamakta yürütülen çalışmalardan 4'ü (% 13), hastane kökenli araştırmalardan sadece bir tanesi (% 2) ve üniversite kökenli araştırmalardan 2'si (%2) yayınlanmıştı. Tespit edilen yayınlanmış yazıların hepsinde araştırmacı grubunda en az bir akademisyen ismi yer almaktaydı. SCI kapsamındaki dergilerde yayınlanan bir araştırma yazısı bulunamadı.

SONUÇ: 1 yıl makale kabulü ve yayınlanması için kısa bir süre olarak kabul edilebilir. Ancak yine de araştırmaların bildiriden makaleye dönüşme oranları genel olarak düşüktü. Birinci basamakta yapılan araştırma sayısı olması gerekenden azdı. Çalışma grubunda en az bir akademisyenin olması bildirinin makale olarak kabulünde anlamlı pozitif etkiye sahipti. Akademisyenlerin danışmanlığında sahada yapılacak çalışmalar disiplinimiz için daha verimli olabilir.

Anahtar Kelimeler: aile hekimliği, araştırma, saha çalışması

P-148

KLİNİKTE EGZERSİZ İMKÂNI SAĞLANMASININ OBEZİTE TEDAVİSİNDEKİ ETKİNLİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

Memet Işık, Turan Set, Abul Sattar Hkan, Ümit Avşar
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabil Dalı, Erzurum

GİRİŞ-AMAÇ:

İhtiyaç duyulandan fazla gıda tüketimi, fiziksel aktivitenin yetersiz olması, genetik yatkınlık obezitenin gelişmesinde ana etkenlerdir.

Bu olgu sunumunda obezite tedavisinde hastanın hekime olan güveninin kazanılması, klinikte yapılandırılmış egzersiz programı ile diyet, akupunktur ve metformin tedavilerinin birlikte uygulanması sonucu elde edilen sonuç tartışılacaktır.

OLGU:

SA 38 yaşında hiç evlenmemiş ortaokul mezunu bir ev hanımı. 6 yaşından sonra kilo almaya başlamış. Erzurum'da ailesi ile yaşıyor. Annesi ve 2 kız kardeşi de obez. Çok yemek yemediğini, ilk defa ortaokula başladığı gün sınıfta tartıldığını ve 90 kg geldiğini söylüyor. 1995 yılında başlayan ve bir yıl devam eden kusmaları ve başladığında 2 saat kadar sürebilen ağlama ve gülme krizlerinin olduğu sıkıntılı bir yıl yaşamış, faka bu yıl da kilo almaya devam etmiş.

Kendisini çevresiyle barışık iyi bir arkadaş olarak tanımlıyor. Genellikle yakın arkadaşları da şişman.

Bariatrik cerrahi planlandığı için gastroskopi yapılan hastanın midesinin küçük olduğu görüldüğü için cerrahi müdahaleden vazgeçilerek polikliniğimize gönderildi. Geldiğinde hasta 134 kg ağırlığında, 160 cm boyundaydı [vücut kütle indeksi=52 kg/m²].

Hastaya haftada 3 günü klinikte koşu bandında olmak üzere her gün, başlangıçtaki 2 hafta, günde 7 km, daha sonra da 10 km hızlı tempoyla düz koşu yaptırıldı. Gramlarla ölçülen diyet listelerini uygulayamayacağını bildiren hastaya her öğünde, tabağına aldığı yiyeceklerinin 1/3'ünü geri bırakması, kendisine verilen ve yemeklerin içerdiği kalori miktarını gösteren bir listeden de düşük kalorili ve düşük glisemik indeksli gıdaları tercih etmesi, günlük öğün sayısının 3'ü geçmemesi, 5 saat geçmeden yemek yememesi, akşam 20.00'den sonra da hiçbir şey yememesi önerildi.

Ayrıca akupunktur polikliniğimizde 2 haftada bir iğneler değiştirilerek; Nogier kulak atlasına göre 29c (arzu) noktası ve 87 (mide) noktasına olmak üzere sadece 2 noktaya kalıcı iğne akupunktur uygulandı. Son 3 aydır akupunktur yapılmıyor.

İlk 3 ayda 16 kg kilo veren hastanın kilo verme hızının 4 ve 5. aylarda azalması üzerine 1000 mg/gün metformin başlandı. Sonraki aylarda ayda ortalama 3 kg kaybeden hasta 16 ay sonunda 82 kg'a düştü ve 70 kg'a düşme amacıyla yüksek motivasyonla diyet ve egzersiz programına devam ediyor.

Tartışma ve SONUÇ:

Kilo verme programlarının uygulanmasında bütünsel bir tedavi yaklaşımının oldukça etkili olduğu görülmüştür. Klinik ortamda kontrol altında yapılan egzersiz kilo vermede hastanın yalnız yaptığı egzersizden çok daha etkilidir. Kilo vermenin durduğu dönemlerde hasta ile daha sık görüşülerek motive edilmeli ve ısrarla programa devam etmesi sağlanmalıdır.

Hastanın güvenini kazanıp motivasyonunu yüksek tutmasını sağlamak, klinik ortamda egzersiz imkânı sunmak, destekleyici tedaviler ve ihtiyaç duyulduğunda da medikal tedavi kullanmak kilo vermede etkilidir.

Anahtar Kelimeler: akupunktur, diyet, egzersiz, metformin, motivasyon, obezite

P-150

AİLE HEKİMLİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERDE DEPRESYON DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİRaziye Aslan, Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi

Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

AMAÇ: Bu çalışmada Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran kişilerde sigara içme durumu ile depresyon varlığı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Kesitsel tipteki bu analitik çalışma 01.05.2011- 01.12.2011 tarihleri arasında Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 20-50 yaş arasında sigara içen 100 kişi ve sigara içmeyen 100 kişide yapıldı. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerini ve sigara kullanım durumlarını içeren bir anket formu uygulandı. Katılımcıların depresyon durumunu değerlendirmek amacıyla Beck depresyon ölçeği uygulandı. Bu ölçeğe göre toplam puanı 17 ve üzerinde olanlar depresyonda olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmamıza katılan 122 erkek ve 78 kadın katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması 31.80 ± 6.98 idi. Çalışmamızda depresyon sıklığı %16 olarak bulundu. Kadınlarda depresyon sıklığı erkeklere göre 4.4 kat daha fazla idi [OR=4.400, %95 CL; (1.951-9.925)] (p=0.000). Depresyon varlığı ev hanımlarında ($\chi^2=12.552, p=0.028$), dul olanlarda ($\chi^2=10.574, p=0.005$) ve ilkokul mezunlarında ($\chi^2=15.070, p=0.002$) anlamlı derecede yüksekti. Çalışmamızda ortaokul ve altı eğitim almışlarda lise ve üzeri eğitim almışlara göre depresyon sıklığı 2.6 kat artmıştı [OR=2.661, %95 CL;(1.212-5.842)]. Çalışmamızda sigara içenlerin beck depresyon ölçeği (BDÖ) ortalaması 10.37 ± 8.83 iken sigara içmeyenlerin BDÖ ortalaması 5.85 ± 5.58 idi. Çalışmamızda sigara içenlerde depresyon sıklığı sigara içmeyenlere göre 4.4 kat daha fazla idi [OR=4.429, %95 CL; (1.816-10.801)] (p=0.001). Depresyonu varlığı ile ilk sigara içme yaşı, sigara içme süresi, Fagerström puanı ve paket/yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05).

SONUÇ: Toplumda depresyon durumunun belirlenmesinde ve depresyona etkileyen etmenlerin analizinde Beck Depresyon Ölçeği kolay uygulanan bir değerlendirme aracıdır.Elde edilen sonuçlarla depresyondan korunma mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Beck depresyon ölçeği,Sosyo Demografik Özellikler

P-152

YAŞLILARDA YAŞLILIKLA İLGİLİ TUTUMLAR ÜZERİNE BİYOPSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİN ETKİLERİ

Emine Yıldırım, Mustafa Ülkü Uçkan, Oğuz Tekin, Duygu Yengil Taci, Gülay Gülmez, Aslıhan Sıgnak, Gökçe İşcan, Didem Sunay, Zeynep Doğangüzel, Ümit Eren
S.B. ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, AİLE HEKİMLİĞİ, ANKARA

AMAÇ

Aile Hekimliği disiplininde biyopsikososyal yaklaşım önemlidir. Yaşlı yetişkinler, bütüncül sağlık hizmeti veren Aile Hekimliğinde önemli bir yere sahiptir. Yaşlıların yaşadıkları yerin özellikleri de yaşlıların biyopsikososyal durumunu etkiler. Çalışmamızda, yaşlıların evde tek başına yaşama ve ailesi ile birlikte yaşama özelliklerine göre yaşlılıkla ilgili tutumlarını gözlemlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada prospektif, gözlemsel ve analitik yöntemler kullanıldı. Çalışma 2012 Mart ayında, S.B.Ankara E.A.H. Aile hekimliği polikliniklerinde yürütüldü. Çalışmaya gönüllü olan 60 yaş ve üstü yaşlı yetişkinler alındı. Demans gibi mental fonksiyonları etkileyen hastalığı olan yaşlı yetişkinler çalışmaya dahil edilmedi. Bu gruptaki kişilere 'Fatih-Bursa Yaşlılıkla İlgili Tutum Ölçeği' uygulandı. Bu, 5 Faktör ve 21 cümleden oluşan ve geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmış bir ölçektir. Ölçekteki cümlelerin değerlendirilmesi 5 li Likert tipi skorlama ile yapıldı. Ölçeğin faktörleri, Yaşlanma ile ilgili düşünceler (YD), Yaşam ve Ölümle ilgili düşünceler (YOD), Aile statüsü (AS), Hedef ve idealler (HI), Sosyal durum (SD) idi. Grupların skorları SPSS istatistik programında Mann-Whitney-U bağımsız gruplar testi ve Faktöryel ANOVA analiziyle karşılaştırıldı. P değeri 0.05 den küçük olanlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Vakalarımız, 28 erkek ve 44 kadından oluşuyordu. Yaş ortalamaları; erkeklerde (73 ± 7), kadınlarda (70.7 ± 6) idi. Aile kişi sayısı ortalamaları; erkeklerde (2.5 ± 1.8), kadınlarda (2 ± 1.7) idi. Eğitim yılı ortalamaları; erkeklerde (9 ± 4), kadınlarda (4.6 ± 4) idi. Çalışmada kullandığımız ortalama faktör skorlarını hesapladık. Faktöryel ANOVA analizinde; YD üzerine Eğitim yılının ($p=0.015$ Effect size 0.089), AS üzerine Yaşam şeklinin ($p=0.048$ Effect size 0.060), SD üzerine Düzenli kitap okuma durumunu ($p=0.009$ Effect size 0.102) etkili olduğunu gördük. YD skorları ile Eğitim yılı arasında pozitif korelasyon vardı ($n=72$ $r=0.376$ $p=0.0001$). Yaşam şekli durumuna göre grubu ikiye ayırdığımızda ise diğer insanlarla birlikte yaşayanların AS skor ortalamaları (4 ± 0.9) yalnız yaşayanlardan (3.6 ± 1) daha yüksekti ($p=0.038$). Düzenli Kitap okuma durumuna göre grubu ikiye ayırdığımızda ise düzenli kitap okuyanların SD skor ortalamaları (3.9 ± 0.9) okumayanlardan (4.5 ± 0.6) daha düşüktü ($p=0.033$).

SONUÇ

Çalışmamızda, yaşlılık ölçeği skorları üzerine genel yaşam şeklinin, düzenli kitap okuma durumunun ve eğitim yılının etkili olduğunu gördük. Eğitim yılı ve diğer insanlarla bir arada yaşama skorları olumlu yönde etkiliyordu. Düzenli kitap okuyanların SD skorları okumayanlardan daha düşük bulundu. Bu durum, sosyal yönden kendisini yetersiz hisseden yaşlıların düzenli kitap okumaya yönelmeleri şeklinde açıklanabilir. Yaşlılarda planlanacak olan rehberlik hizmetlerinde yukarıdaki faktörlerin göz önüne alınması bu konudaki etkinliği artıracaktır. Daha önce geliştirilmiş olan 'Fatih-Bursa Yaşlılıkla İlgili Tutum Ölçeği' bu konuda yapılacak olan çalışmalarda kullanılabilir.

REFERANSLAR

- 1.Engel, 1980. Engel GL: The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychol 1980; 137:535.
- 2.Rakel. 3th ed. Ch.7. Care of the Elderly
- 3.Yaşlılıkla İlgili Tutumların Değerlendirilmesi:
Bursa'da 254 Kişi Üzerinde Pilot Çalışma

Anahtar Kelimeler: Biyopsikososyal Yaklaşım,Yaşam Şekli,Yaşlı Yetişkinler

P-153

SİGARA KULLANANLARDA TOTAL ANTİOKSİDAN STATUS (TAS), TOTAL OKSİDAN STATUS (TOS) VE PARAOKSONAZ (PON1) DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Raziye Aslan, Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi
konya üniversitesi meram tıp fakültesi

AMAÇ: Sigara başta akciğer ve kalp hastalıkları olmak üzere birçok hastalığın etiyolojisinde rol alması nedeniyle tüm dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Sigaranın bu olumsuz etkilerinin içerdiği serbest radikallere bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada sigara içen ve içmeyenlerde total antioksidan status (TAS), total oksidan status (TOS) ve paraoksonaz (PON1) durumunu değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Kesitsel tipteki bu analitik araştırma Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran sigara içen 100 kişi ve hiç sigara içmemiş veya en az son 6 aydır sigara içmeyen 100 kişide yapıldı. Hipertansiyon, diyabet, kronik obstruktif akciğer hastalığı, koroner arter hastalığı gibi bilinen sistemik bir hastalık öyküsü olanlar ile son 2 ay içerisinde antioksidan özellikli ilaç kullanım öyküsü olanlar çalışmaya alınmadı. Katılımcılara sosyodemografik özelliklerini ve sigara kullanım durumlarını içeren bir anket formu uygulandı. Katılımcıların 10–12 saat açlık sonrası alınan kanlarında LDL, HDL, total kolesterol, trigliserit, açlık kan şekeri, TAS, TOS, PON1 düzeyleri tayin edildi. TOS / TAS formülü ile Oksidatif Stres İndeksi (OSİ) hesaplandı. Çalışmadan elde edilecek verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri bilgisayarda SPSS 16.0 paket programında yapıldı.

BULGULAR: Çalışmamıza 78'i kadın (%39.0), 122'si erkek (%61.0) 200 kişi katıldı. Katılanların yaş ortalaması 31.80 ± 6.98 (min=21, max=50, ortanca=31) idi. Sigara içen ve içmeyen gruplar arasında TAS, TOS, PON1 ve OSİ açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$). İlk sigara içme yaşı ile TOS arasında negatif yönde, zayıf derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($r = -0,227$, $p = 0.023$).

Sigara içme süresi, paket/yıl ve Fagerström bağımlılık puanı ile TOS arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). İlk sigara içme yaşı ile TAS arasındaki korelasyon incelendiğinde negatif yönde, orta derecede anlamlı bir ilişki bulundu ($r = -0.337$, $p = 0.001$). Sigara içme süresi, paket/yıl, Fagerström bağımlılık puanı ile TAS arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). İlk sigara içme yaşı, sigara içme süresi, paket/yıl ve Fagerström bağımlılık puanı ile PON1 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$).

Anahtar Kelimeler: Paraoksonaz, Sigara kullanımı, Total Antioksidan Status, Total Oksidan Status

P-154

HEPATİT B VİRÜSÜ İLE KARŞILAŞMADA ÜLKEMİZDEKİ BÖLGESEL FARKLILIKLAR

Servet Yüksel, Halil Akbulut, Ümit Aydoğan, Oktay Sarı, Osman Tansu Tombuş, Mücahit Sabri Bilgin, Bayram Koç
Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Hepatit B, tüm dünyada hem akut hem de kronik karaciğer hastalıklarının en sık nedeni olarak bilinmektedir. Önemli bir sağlık problemi olan ve tanı konulmadığında ciddi morbidite/mortaliteye sebep olan hepatit B virüsünden korunmak için Türkiye'de rutin aşılama programı 1998 yılından itibaren yapılmaktadır. Biz çalışmamızda daha önce aşılanması yapılmamış genç erişkin bireylerdeki hepatit B taşıyıcılık oranlarının ülkemizdeki bölgelere göre dağılım durumunu incelemeyi amaçladık.

Gereç YÖNTEM: Çalışmamız Aile sağlığı merkezinde kayıtlı dosyalar üzerinde kesitsel olarak ve daha önce aşılanması yapılmamış, 20-29 yaş arası 240 birey üzerinde yapıldı. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile HBsAg, Anti-HBs, HBeAg test sonuçları kayıt edildi. Veriler SPSS -15 veritabanına aktarılarak istatistiksel analizleri yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 240 genç erkek dahil edildi. Bireylerin ortalama yaşları 21.28 ± 2.18 idi. Hastalardaki HBsAg pozitiflik oranı %1.25 (n=3), Anti-HBs oranı %3.33 (n=8) olarak tespit edildi. HBsAg pozitif olanların %66.6'sı (n=2) HBeAg de pozitif olarak tespit edilirken 1 hastada da Anti-HBe pozitif olarak tespit edildi. HBsAg pozitifliği saptanan hastaların biri Marmara, biri Karadeniz ve biri de Güneydoğu Anadolu'da ikamet etmekteydi. Anti-HBs pozitif olan sekiz bireyin ise beşi Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşarken, kalan üç kişide İç Anadolu bölgesinde yaşıyordu. Bölgeler hepatit B virüsü ile karşılaşma oranlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p < 0.05$). Bölgeler incelendiğinde bu farkın Güneydoğu Anadolu bölgesinden kaynaklandığı görüldü (Tablo-1).

SONUÇ: Türkiye'de hepatit B hastalığının prevalansı %2-7 arasındadır. Coğrafik olarak ise orta endemik bölgede yer almaktadır. Ülkemizin batısında HBsAg (+)'liği %3-4 iken, doğu bölgelerinde ise %8'e kadar çıkabilmektedir. Hepatit B ile mücadelede en önemli basamak aşılamadır ve ülkemizde etkin aşılama çalışmalarının artmasıyla önümüzdeki yıllarda HBsAg seropozitifliğinin daha da düşeceği görülmektedir. Hem aşılanma oranlarının artırılmasında hem de toplumun hastalık hakkında bilgilendirilmesi konusunda ve hijyen şartlarının öneminin vurgulanması açısından aile hekimlerine büyük görev düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hepatit B, Taşıyıcılık, Bölgesel

P-156

GENÇ ERİŞKİN ERKEKLERİN RUH SAĞLIĞINI ETKİLEYEN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN BELİRLENMESİ

Mücahit Sabri Bilgin¹, Ümit Aydoğan¹, Osman Tansu Tombuş¹, Servet Yüksel¹, Halil Akbulut¹, Oktay Sarı¹, Türker Türker², Bayram Koç¹

¹Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Depresyon, anksiyete ve stres bozukluğu sık karşılaşılan toplum ruh sağlığı sorunlarından biridir. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru nedenlerinin önemli bir kısmını bu rahatsızlıklar oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1997 yılında yaptığı çalışmaya göre, depresyonun 2020 yılına kadar zaman kaybına, yeti yitimine ve ölüme neden olan etkenler arasında ikinci sırada yer alacağı öngörülmektedir. Bu çalışmanın amacı, DAS (Depresyon, Anksiyete ve Stres) ölçeği aracılığıyla genç erişkinlerin sosyodemografik özelliklerinin ruh sağlığına etkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya birinci basamak sağlık merkezine başvuran 2605 genç erişkin erkek dahil edilmiştir. DAS ölçeği ve sosyodemografik özellikleri içeren anket formu, katılımcıların onamları alındıktan sonra, yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Uygulanan DAS ölçeği; son hafta içerisindeki depresyon, anksiyete ve stres durumu ile ilgili kırk iki duygu durum cümlesinden (her biri sağlık sorunu için on dört madde) oluşmaktadır.

BULGULAR: Çalışmamıza katılan 2605 kişiye ait yaş ortalaması 19.5 ± 1.6 yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %9.8'i üniversite mezunu olduğunu, %41.1'i köyde ikamet ettiğini, %15.3'ü herhangi bir işte çalışmadığını, %46.9'u sigara içtiğini, %6.4'ü alkol kullandığını bildirmiştir. Çalışmaya katılanların %21.2'sinin depresyon puanı 0, depresyon puan ortalaması 5.3 ± 5.6 ; %23.7'sinin anksiyete puanı 0, anksiyete puan ortalaması 5.3 ± 5.6 ; %19.2'sinin stres puanı 0, stres puan ortalaması 7.3 ± 6.8 ; %14.1'inin DAS toplam puanı 0, DAS toplam puan ortalaması 17.9 ± 16.9 olarak bulunmuştur. Zaman zaman, "olaylara aşırı tepki vermeye meyilli" olduğunu ifade eden %47.1 kişiden daima aşırı tepki verdiğini bildirenlerin sıklığı %3.6 olarak saptanmıştır. "Hiçbir beklentisi olmadığı hissine kapıldığını" ifade edenler %32.6; "hiçbir zaman kendisini depresif hissetmediğini" ifade edenler %61.6; zaman zaman, "neredeyse her şeye karşı olan ilgisini kaybettiğini" ifade edenler %76.0 olarak bulunmuştur. Farklı eğitim düzeylerine sahip gruplar arasında, depresyon, anksiyete, stres ve DAS toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Depresyon puanı yönünden okuryazar olmayan grup ile okuryazar grubun (herhangi bir okula gitmemiş) diğer gruplardan farklı olduğu saptanmıştır. Anksiyete puanı açısından da gruplar arasında gözlenen farkın kaynağının okuryazar olmayan ve okuryazar grup (herhangi bir okula gitmemiş) olduğu saptandı. Stres puanı açısından sadece üniversite ile okuryazar olmayan gruplar arasında fark saptandı. DAS toplam puanı açısından gözlenen farkın kaynağı okuryazar olmayan grubun puanlarının yüksekliği olduğu saptanmıştır.

SONUÇ: Eğitim düzeyi arttıkça DAS puanlarının anlamlı derecede azaldığı dikkati çekmektedir. Eğitim düzeyi daha yüksek olanların depresyon, anksiyete ve stresi hem daha az yaşamakta hem de bu olumsuz duygularla daha kolay başa çıkabildiği değerlendirilmektedir. Buna bağlı olarak toplumun eğitim seviyesinin artırılmasının Depresyon, Anksiyete ve Stres bozukluğunun görülme sıklığını azaltacağı

BİLDİRİLER

değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Genç Erişkin

P-158

ULTRASONOGRAFİ YAPILAN HASTALARIN ÖNTANILARIYLA ULTRASONOGRAFİ TANILARI ARASINDAKİ UYUMUN VE ULTRASONOGRAFİ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Osman Tansu Tombuş¹, Servet Yüksel¹, Ümit Aydoğan¹, Halil Akbulut¹, Bilal Battal², Oktay Sarı¹, Fatih Örs², Mutlu Sağlam², Kenan Sağlam¹

¹Gata Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

²Gata Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Ultrasonografi insan kulağının işitemeyeceği kadar yüksek frekanslı ses dalgalarını (2-15 mega Hz) kullanarak iç organları görüntüleyen bir tanı ve görüntüleme yöntemidir. USG; tetkiki yapanın deneyimine oldukça bağımlı, sübjektif yanılgılara açık olmasına karşın, günümüzde tanıda en çok kullanılan görüntüleme yöntemi haline gelmiştir. Bunun başlıca nedeni USG'nin ucuz ve her yerde, istenilen sıklıkta ve her yaşta kullanılabilir olması, yan etkilerinin neredeyse önemsiz olması, anında görüntü oluşturan "real time" potansiyeli ile çeşitli girişimlerin izlenerek yapılmasına olanak tanınmasıdır. Ayrıca USG dokuların iç yapısını oldukça ayrıntılı biçimde görüntülemesinde önemini arttırmaktadır. Biz bu çalışmamızda çeşitli klinik dallarından değişik ön tanımlarla radyoloji servisine başvuran hastalarda öntanı ile ultrasonografi sonuçlarının uyumluluğunu karşılaştırmak amacıyla hedefledik.

GEREÇ YÖNTEM: Bu çalışmaya hastanemiz çeşitli klinik veya polikliniklerinden ultrasonografi tetkiki istenen toplam 631 hasta dahil edilmiştir. Yapılan ultrasonografi sonuçları gruplandırıldıktan sonra veriler SPSS-15 veritabanına aktarılmış ve istatistiksel analizleri yapılmıştır. Veriler Ortalama±Standart sapma, minimum, maksimum olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 631 hastanın yaş ortalaması 44,1±17.85 (min 2 – max 87) idi. Hastalarımızın % 28,2 si erkek (n=178), %71.8 i kadındı (n=453). Ultrasonografi tahlilinin istendiği klinikler arasında genel cerrahi servisi %36.1 (n=228) ilk sırada bulunmaktaydı. Kalp ve damar cerrahisi %21.1(n=133), iç hastalıkları %11.1(n=70), çocuk sağlığı ve hastalıkları %6.7 (n=42) olarak sıralanmaktaydı. Genel olarak ultrasonografi tahlili sonucuyla, muayeneyi yapan hekimin öntanısı arasındaki uyumluluk oranı ise %49.8 (n=314) olarak bulundu. Tanıların uyumluluğu açısından incelendiğinde KBB ve Üroloji (sırasıyla % 80, % 78) iken; en düşük uyumluluk nefroloji ve göğüs hastalıkları branşlarında idi (sırasıyla % 11, % 25). Kliniklerden yapılan istekler en sıklıkla meme dokusu, venöz sistem ve batin olarak tespit edildi.

TARTIŞMA: Günümüzde hekimlerin kısa zamanda, doğru ve kesin tanıya varmaları gerekmektedir. Bunu yaparken olabildiğince noninvaziv şekilde kolaydan zora, ucuzdan pahalıya şekilde laboratuvar tetkikleri kullanılmalıdır. Çalışmamızda da tanı amaçlı USG kullanımının yaklaşık iki hastadan birinde çözüme yardımcı olduğunu görmekteyiz. Bu nedenle, Aile Hekimliğinde de USG kullanımından doktor ve hastaların büyük fayda göreceğini düşünmekteyiz. Ancak sosyoekonomik nedenlerin önem kazandığı günümüzde doğru hastaya doğru test önem taşımaktadır. Bu açıdan hekimlerin USG kullanım alanları hakkındaki bilgilerini arttırması ve bu konuda aile hekimlerine kursların düzenlenmesi ile; noninvaziv bir test olan ultrasonografinin kullanımı daha efektif olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ultrasonografi, Tanı, Uyum

P-160

YAŞLI KİŞİLERDE SOSYAL İLİŞKİLERİN YAŞLILIKLA İLGİLİ TUTUMLAR ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Duygu Yengil Taci¹, Feryal Atmaca Yalçın¹, Erhan Yengil², Emine Yıldırım¹, Gülay Gülmez¹, Aslıhan Sıgınak¹, Gökçe İşcan¹, Ümit Eren¹, Oğuz Tekin¹, Didem Adahan Sunay¹

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Aile Hekimliği,Ankara

²Arhavi Devlet Hastanesi,Aile Hekimliği,Artvin

GİRİŞ

Yaşlılarla ilgili uygulamalar biyopsikososyal yaklaşımın önemli bir parçasıdır.Yaşlıların sosyal ilişkileri ve eğilimleri bu açıdan önemlidir.Aile Hekimliği uzmanlığında yaşlı popülasyonun önemli bir yeri vardır.Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri yaşlıların psikososyal eğilimlerini ve sosyal ilişkilerini gözlemeyi amaçladık.

MATERYEL VE METOD

Gözlemsel, prospektif ve analitik olan çalışmamızı 2011 Aralık-2012 Ocak aylarında Yenimahalle Aile Hekimliği Polikliniğinde yürüttük.Çalışmaya 65 yaş ve üstü, istekli, demansı olmayan 204 yaşlı alındı.Yaş, cinsiyet, medeni durum, okul yılı ve evdeki kişi sayısı kaydedildi.Bu kişilere, Lubben Sosyal Ağ Ölçeği 18 ve Fatih-Bursa Yaşlılıkla İlgili Tutum Ölçeği uyguladık.Yaşlılıkla ilgili tutum ölçeğinde(YİTÖ) 5 Faktör ve 21 cümle mevcut. Ölçeğin faktörleri; Yaşlanma ile İlgili Düşünceler(YD), Yaşam ve Ölümle İlgili Düşünceler(YÖ), Aile Statüsü(AS), Hedef ve İdealler(Hİ), Sosyal Durum(SD) olarak belirlendi.Lubben Sosyal Ağ Ölçeği ise aile, komşu ve arkadaş ilişkilerini ölçen ve 18 soruluk bir testtir.Skorun yüksek olması olumlu bulunan bir ölçektir.Analizleri SPSS istatistik programında yaptık. Bağımsız gruplar için Mann-Whitney U testi yapıldı.Multivariate analizer için korelasyon analizi yapıldı.P değeri 0.05 den düşük olanlar anlamlı düşünöldü.

SONUÇLAR

Vakalarımız 107 erkek ve 97 kadından oluşuyordu.Yaş ortalamaları erkek (73 ± 6yıl) kadın (72±5yıl) idi. Okul yıl ortalamaları erkek (9.3 ± 4.7 yıl) kadın (5±4.7yıl) idi. Evdeki kişi sayısı ortalamaları erkek (2.5 ± 1.2) kadın (2±1.2) idi.Her iki ölçeğin ortalama faktör skorlarını belirledik.Cinse göre ikili karşılaştırmalarda;Erkekler ve Bayanlar arasında Lubben Arkadaş(13±7; 9.6 ±6.7, p<0.001), YİTÖ nin YD faktörü (2.8 ±1.37; 2.3 ±1.3, p=0.011),AS faktörü (4.3 ±0.78; 4 ±0.9, p=0.03), HI faktörü (2.9 ±1.3; 2.5 ±1, p=0.003) skorları bakımından anlamlı farklılık vardı.

YİTÖ üzerine diğer faktörlerin etkilerini görmeyi amaçladık. Faktöryel ANOVA analizi uyguladık.YD üzerine Medeni Durum(p=0.003) ve Lubben Arkadaş (p=0.028),YÖ üzerine Lubben Arkadaş (p= 0.001),AS üzerine Medeni durum (p<0.001),HI üzerine medeni durum(p=0.026), Lubben komşu(p=0.018) ve Lubben arkadaş(p=0.03),SD üzerine Lubben Aile (p< 0.001) faktörlerinin anlamlı etkileri vardı.

Medeni duruma göre ikili karşılaştırma analizi uyguladık.Evli olanların YD(2.8 ±1.4; 2 ±1, p<0.001) AS(4.5 ±0.7; 3.5 ±0.9, p<0.001), HI (2.9 ±1.2; 2.3 ±1, p=0.002) skorları bekarlardan yüksekti.Lubben Arkadaş ile YD, YÖ, AS arasında pozitif korelasyonlar vardı (r=0.213,0.219, 0.136 n= 204 p= 0.002, 0.002, 0.05).Lubben Aile ile SD arasında pozitif korelasyon vardı (r=0.368, n=204, p<0.001

TARTIŞMA

Medeni durum grupları arasında YİTÖ skorları bakımından istatistiksel farklılık vardı.Evlilerde YD, AS, HI skorları bekarlardan yüksekti.Lubben ölçeğinin skorlarının YD,AS,SD skorlarını olumlu yönde etkilediği görülmektedir.Yaşlılıkla ilgili yaklaşımlarda bulunurken medeni durumun ve sosyal ilişki ağının göz önüne alınması ve rehberlik hizmetlerinin buna göre planlanması bu yöndeki hizmetlerin kalitesini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Sosyal ilişkiler,yaşlılıkla ilgili tutumlar

P-161

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ'NDE 35 YAŞ VE ÜZERİ ÇALIŞANLARDA HİPERTANSİYON PREVALANSI, FARKINDALIK DURUMU VE TEDAVİ ÖZELLİKLERİŞaban Ünver¹, Cem Yenicesu², Mustafa Haki Sucaklı³, Yeltekin Demirel², Mustafa Çelik³¹Meydan Aile Sağlığı Merkezi Mut/Mersin²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Sivas³Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Kahramanmaraş

AMAÇ: Bu çalışmada, Cumhuriyet Üniversitesinde çalışan, 35 yaş ve üzeri personel'de hipertansiyon yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilgili veri elde etmek ve gereksinim duyulan kontrol programına ilişkin temel noktaları ortaya koymak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamız 35 yaş üzeri olan 1264 hastane personelinden rastgele sayılar tablosundan yararlanılarak belirlenen 400 kişiden ulaşılabilen 378'i üzerinde yapıldı. Kişilere özgeçmiş, soy geçmişi, sigara ve alkol alışkanlıkları, aile öykülerini yaşam stillerini içeren, 42 sorudan oluşan bir anket uygulandı. Anket öncesinde ve sonrasında tansiyonları ölçüldü. Kan basıncı değerleri sistolik <120mmHg ve diyastolik <80mmHg olanlar normotansif, sistolik 120-139mmHg ve diyastolik 80-89mmHg olanlar prehipertansif ve sistolik >140mmHg ve diyastolik >90mmHg olanlar hipertansif olarak kabul edildi.

BULGULAR: Araştırma grubumuzun 287'si erkek, 91'i kadındı. Erkeklerde ortalama yaş 44.5, kadınlarda ise 40.3 idi.

HT prevalansı %27.0, pre-HT prevalansı %32.8 olarak belirlendi. Erkeklerde HT ve pre-HT prevalansı %29.3 ve %35.9, kadınlarda ise %19.8 ve %23.1 idi. HT ve pre-HT erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sıklıkla (p< 0.001). Daha önce 54 kişi hipertansiyon tanısı almıştı. Yapılan ölçümlerde 48 kişinin daha kan basıncı hipertansif düzeyde ölçüldü. Daha önce tanı almış ve yeni tanı konan (kan basıncı 140/90 mmHg ve üzerinde ölçülen) toplam hasta sayısı 102 (%27) olarak tespit edildi. Pre-hipertansif olan kişi sayısı ise 124 (32.8) idi. Hipertansiyon sıklığı yaşla birlikte artma eğilimi gösteriyordu. Hipertansif kişilerin %68.6'sının ailesinde hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Vücut kitle indeksi, aile öyküsü ve hipertansiyon arasındaki ilişki anlamlı bulundu. Ayrıca tansiyonu yüksek olanlarda sigara bırakma oranı, tansiyonu olmayanlardan yüksekti.

Hipertansif olduğunu bilen kişilerden %14.8'i ilaç kullanmıyor, %45.7'sinin ise ilaç kullanmasına rağmen tansiyonları yüksek idi. Hipertansif katılımcıların %26.4'ünde hiperlipidemi, %3.9'unda diabetes mellitus, %3.9'unda ise kalp yetmezliği mevcuttu.

SONUÇ: Bu bulgular ışığında, kampüste çalışanlara birincil sağlık hizmeti verenler, Aile hekimliği Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve klinisyenler işbirliği yaparak bir koruma ve kontrol programı oluşturmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, üniversite çalışanları

P-162

DELİBAL ZEHİRLENMESİ İLE BAŞVURAN BİR AİLE; OLGU SUNUMU

Erhan Yengil¹, Mehmet Maşuk Akhan², Duygu Yengil Taci³, Hüseyin Evren Öztürkoğlu⁴

¹Arhavi Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Arhavi/Artvin

²Arhavi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Arhavi/Artvin

³Ankara Eğitim Arş.Hst. Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

⁴Bandırma Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Balıkesir

GİRİŞ: Deli bal zehirlenmeleri, Türkiye’de özellikle Doğu Karadeniz Bölgesinde halk arasında “delibal” olarak bilinen “Rhododendron ponticum” ve “Rhododendron luteum” çiçeklerinden beslenen arıların ürettiği grayanotoksin içeren balın tüketilmesiyle oluşmaktadır(1,2,3). Tipik zehirlenme tablosu; gastrointestinal sistem irritasyonu, kardiyak aritmiler ve nörolojik belirtilerden oluşur(4).

OLGU: Arhavi Devlet Hastanesi Acil servisine yakınları tarafından getirilen bir ailede baba (38 y) bulantı, kusma, karın ağrısı,baş dönmesi, fenalık hissi, görmede bulanıklık ve renkli (yeşil) görme; Anne (35 y) baş dönmesi, bulantı, kusma ve fenalık hissi; 10 ve 5 yaşında iki kız kardeş hafif bulantı ve halsizlik şikayetleri mevcuttu. Yapılan sorgulamada daha önce herhangi bir rahatsızlıklarının olmadığı ve iki saat önce sabah kahvaltısında bütün ailenin yerli bal yediği öğrenildi. Baba ve annenin tansiyon değerleri sırası ile 50/30 mm/hg - 60/30 mm/hg, nabızları 42 - 50 /dk. olup baba hafif konfüze idi. Her iki hastaya damar yolu açıldı ve monitörize edildi. İV bolus 0.9% NaCl infüzyonu başlandı. Çekilen EKG’lerde sinüs bradikardisi saptanıp 1 mg atropin yapıldı. Atropin sonrası nabızları 98 /dk ve 115 /dk sinüs ritmi olarak saptandı. Müşahadeye alınan hastaların yaklaşık 4 saat sonra tansiyonları normale geldi. Klinik şikayetleri bulantı, halsizlik olan çocuklardan büyük olanın (10 yas) hafif baş dönmesi mevcut idi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi olan çocukların tansiyon değerleri normal olup nabızları sırası ile 60-66 dk bradikardik idi. Yalnızca iv 0.9% NaCl infüzyonu yapılarak takip edilen çocukların şikayetleri tedavi sonrası düzeldi.

TARTIŞMA: Deli bal zehirlenmesi Türkiye’de Karadeniz bölgesinde, dünyada ise Nepal, Brezilya ve Japonya’da görülmektedir. Deli bal zehirlenmesi olgularının incelendiği olgu serilerinde, semptomların bal alımından bir ile üç saat sonra oluşabileceği, farklı miktarlarda bal alımı ile semptomların başlayabileceği (5-180 gr) ve olguların çoğunun orta yaşta erkek olması dikkat çekicidir(6,7,8,9). Tüm aile bireylerinin etkilendiği olgu sunumumuzda, iki çocuğun yetişkinlere göre klinik şikayetlerinin daha hafif olduğu ve tedaviye daha hızlı yanıt verdiği gözlemlendi. Literatürlerde deli bal zehirlenmesi ile Karadeniz bölgesinde 8 yaşında bir erkek çocuğunda gastrointestinal ve nörolojik şikayetlerin varlığından bahsedilmiştir(10). Ayrıca Hong Kong’tan grayanotoksin içeren bir bitkinin kaynatılarak süt ile birlikte verildiği 57 günlük bir bebekte ani gelişen kusma ve konvulziyon vakası bildirilmiştir(11).

SONUÇ: Literatürde çocuklarda deli bal zehirlenmesi vakaları nadirdir. Deli bal zehirlenmesinin yaygın görüldüğü bölgelerde gastrointestinal şikayetler, nörolojik şikayetler ve kardiyak aritmi ile başvuran çocuklarda deli bal zehirlenmesinin göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bradikardi, grayanotoksin, deli bal zehirlenmesi

P-163

RENAL GLUKOZÜRİLİ OLGUErhan Yengil¹, Mehmet Maşuk Akhan², Duygu Yengil Taci³¹Arhavi Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Arhavi/Artvin²Arhavi Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Arhavi/Artvin³Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Renal glukozüri ya da renal diyabet adı verilen primer renal glukozüri, kanda glukoz seviyesi normal iken ve proksimal tübüler disfonksiyon olmaksızın renal glukoz atılımı ile karakterize bir durumdur. Tanı kriterleri alınan tüm idrar örneklerinde (hiperglisemi olmaksızın) glukoz tespit edilmesi, oral glukoz tolerans testinin (OGTT) normal olması, glukoz geri emilimini etkileyecek herhangi bir renal patolojinin olmamasıdır. Görülme sıklığı %0.16-6.3'tür(1). Kalıtım otozomal resesiftir (OR), otozomal dominant kalıtım da bildirilmiştir. İdrarda glukoz atılımı genellikle 5-30 g/gün arasında değişebilir(1-2).

OLGU: 41 yaşında bayan hasta aile hekimliği polikliğimize ellerde titreme, terleme, halsizlik, fenalaşma ve yüzde uyuşma şikayeti ile başvurdu. Tansiyonu 145/90 mm/Hg olan hastanın fizik muayenesinde tiroid bezi sol lobu hafif dolgun olup ve alt ekstremitelerde yaygın varisler mevcut idi. Özgeçmişinde 2 yıldır şikayetleri olup ve zaman zaman arttığını belirtti. Soygeçmişinde anne baba akraba değil, annede hipertansiyon ve diyabetes mellitus nevcut. İstenen tetkiklerde spot idrarda 4+ (2000 mg/dl) glukozüri tespit edildi. (Lökosit: neg, PH:6.0, Prot: neg, Dansite: 1.020) Eş zamanlı AKŞ: 90 mg/dl iken kan elektrolitleri, diğer biyokimya parametreleri ve tiroid hormonları normal sınırlarda idi. OGTT'si normal olan hastanın açlık insülin ve c-peptit seviyeleri normal geldi. Troid USG'sinde hafif diffüz hiperplazi, ürüner sistem USG'sinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Tansiyon takibi önerilerek ileri tetkik için Üniversite Hastanesi Nefroloji polikliniğine sevk edildi. Proksimal renal tübüler disfonksiyonu için bakılan 24 saatlik idrarda kreatin, kreatin klirensi, albumin, sodyum, potasyum, fosfor, kalsiyum ve aminoasit seviyeleri normal bulundu. Tansiyon holter takılan hastanın tansiyon değerleri normal olarak belirlendi. Kanda ve 24 saatlik idrarda adrenalin, noradrenalin, dopamin, serotonin seviyeleri ve idrardaki metabolitleri olan metanefrin, valinmandelik asit, homovanilik asit normal bulundu. SGLT2 mutasyonu için tetkik yapılmadı.

TARTIŞMA: Primer renal glukozüri otozomal resesif bir geçişe sahip olduğu ve proksimal tübüler glikoz trasportunda izole selektif bir bozukluk olduğu bilinmektedir(3-4). Vakamızda anne-baba arasında bir akrabalık, kardeşlerinde benzer şikayet ve bulguların olmadığı saptandı. Renal glikozürinin uzun süreli prognozu iyi olup yaşam boyu süren bir durumdur (5). Sadece nadiren hipovolemi ve hipoglisemiye hafif bir eğilim tarif edilmiştir. Sunulan vaka literatürde yer alan ve anne-baba akrabalığı tespit edilmemiş ikinci primer renal glukozüri vakasıdır.

Anahtar Kelimeler: glukoz, primer renal glukozüri

P-164

HİPERTANSİF HASTADA HİPOKALEMİ SAPTANIRSA: OLGU SUNUMU

Derya Işıklar,özberk, Selma Çivi, Ruhuşen Kutlu
Konya Üni.Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.Konya

GİRİŞ: Primer hiperaldosteronizm (PHA); sürrenal korteksteki, genellikle tek bir adenom ya da bilateral hiperplazi, sonucu otonom aldosteron salgılanması ve plazma renin aktivitesinin bas-kılanmasından kaynaklanan bir sendromdur. PHA sekonder hipertansiyonun önemli bir nedenidir. PHA'nın kesin görülme sıklığı belli değildir.Hipertansif olgulardaki prevalansı %5-15dir. Hastalar ciddi hipokalemiye bağlı kas güçsüzlüğü, bulantı, kusma, konstipasyon ve uyuşma gibi nonspesifik yakınmalarla gelebilirler.

OLGU:40 yaşında kadın halsizlik,yorgunluk,yaygın vücut ağrısı yakınmasıyla dahiliye polikliniği-ne başvurdu.11 yıldan beri hipertansiyonu olduğu hastanın dönem dönem antihipertansif ilaçlar kullandığı,(isoptin 80 mg tb) en son hastaneye yattığı dönemlerde kan basıncının sistolik değerinin 180-190 lara yükseldiği öğrenildi.Hasta sekonder hipertansiyon araştırılmak üzere bozulmuş açlık glikozu,hipokalemi,prerenal azotemi tanılarıyla endokrinoloji servisine yatırıldı.Fizik muayenede kan basıncı 130/90 mmHg,AKŞ 115 mg/dl,CKMB 52 ng/mL, Na: 149 mEq / L, K: 2.07 mmol /L, kreatinin: 1.0 mg /dl, BUN: 20 mg/dl, AST: 34 U/L, ALT: 24 U/L, ST3 3.00 pg/ml (2.5-3.9 pg/ml), ST4:1.07ng/dl (0.61-1.12),TSH.1.40 microIU/ml (0.34-5.6 microIU/ml) idi.Karın ultrasonografisinde ve renal arter doppler USG'de patolojik bulgu tesbit edilmedi.Potasyumu düşük olan hastaya K replese edildi.24 saatlik kan basıncı takibi başlandı. 24 saat idrar sodyum düzeyi ölçüldü. İdrarda sodyum:117 mEq / gün (40-220mEq/gün) idi.Kan aldosteronu: 500 pg/ml (70-300) dilüe aldosteron: 1520pg/ml,renin: 0.16 ng /ml/ saat(0.7 -3.3), aldosteron /renin oranı:950 pg/ml idi.Salin infüzyon testi yapıldı.Salin infüzyon testinde 0.saatte K: 3.2 mEq / L (3.6 – 5.1) kortizol: 13.85 micgr / dl (6.7 -22.6), aldosteron: 166 ng / dl (1-16),renin: 3.88 ng / ml / saat (0.51 – 2.64)..4.saate K:2.9 mEq / L (3.6 – 5.1), kortizol: 4.94 micgr / dl (6.7 -22.6), aldosteron: 92.95 ng / dl, renin: 2.86 ng / ml / saat idi. İleri tetkik için çekilen Sürrenal BT incelemesinde; sağ sürrenal bez normal,sol sürrenal bezde dansite artışı ve adenom ile uyumlu yaklaşık 28x21 mm ebadında lezyon izlendi.Hasta sürranelektomi yapılmak üzere genel cerrahi bölümüne yönlendirildi.Genel cerrahi bölümünde hastaya genel anestezi altında laparoskopik yöntemle sol sürrenalektomi yapıldı.Komplikasyon gelişmeyen hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Adrenal bez hastalıkları ikincil HT'nin klinik olarak önemli sebeplerindedir..Genç ve hipertansif hastalarda hipokalemi tespit edilirse primer hiperaldosteronizm hatıra gelmelidir.Kas ağrısı,halsizlik nedenleri arasında hiperaldosteronizm düşünülmelidir

Anahtar Kelimeler: aldosteron,sekonder hipertansiyon,,primer hiperaldosteronizm renin

P-165

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN KİŞİLERDE DİYABET RİSK TESTİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİRuhuşen Kutlu, Selma Çivi, Ahmet Koçak

Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ-AMAÇ: Diyabetes Mellitus (DM) insülin hormon sekresyonunun ve/veya insülin etkisinin mutlak veya göreceli azlığı sonucu karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozukluklara yol açan kronik hiperglisemik bir metabolizma hastalığıdır. Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle müracaat eden bireylerde açlık kan şekeri bakılmaksızın “diyabet risk testi” ile önümüzdeki 10 yılda tip 2 diyabet olma risklerini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 10 Ocak- 30 Mart 2012 tarihinde Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 356 kişide yapıldı. Katılanların boy, kilo ve bel çevreleri ölçüldü, vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandı. Sosyodemografik özellikleri kaydedildi ve diyabet risk testi uygulandı. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği tarafından 2011 yılında yayınlanan Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzunda yer alan, sekiz sorudan oluşan diyabet risk testinde elde edilen toplam puana göre önümüzdeki 10 yılda tip 2 diyabet olma riskleri hesaplandı. İstatistiksel analizler SPSS 16,0 bilgisayar programı ile yapıldı.

BULGULAR: Katılımcıların yaş ortalaması 32.59 ± 7.22 (min=20, max=63) olup, 278’i (%78.1) erkek, 78’i (%21.9) kadın, 261’i (%73.3) evli idi. Eğitim düzeyleri incelendiğinde; 105’i (%29.5) ilkokul, 46’sı (%12.9) ortaokul, 139’u (%39.0) lise ve 66’sı (%18.5) yüksek okul mezunu idi. Sigara içme durumu incelendiğinde; 199’u (%55.9) halen sigara içiyordu. VKİ ortalaması 25.63 ± 4.54 (min=16.14, max=43.25) idi. Katılanların %46.1’i (n=164) normal kilolu, %32.9’u (n=117 fazla kilolu, %17.7’si (n=63) obez idi. Diyabet risk testi ortalama puanı 5.84 ± 3.97 (min=0, max=21) idi. Katılımcıların %68.5’i (n=244) <7 puan ile düşük, 20.8’i (n=74) 7-11 puan aralığında hafif, %8.1’i (n=29) 12-14 puanla orta, %2.2’si (n=8) 15-20 puan ile yüksek risk ve bir kişi (%0.3) >20 puan ile çok yüksek risk grubunda yer alıyordu. Diyabet risk anketi sonuçlarında kadın ve erkek cinsiyetler arasında bir fark tespit edilmedi (p=0.128).

SONUÇ: Diyabet risk testi birinci basamakta açlık kan şekeri bakılmaksızın kolay uygulanabilen, önümüzdeki 10 yılda tip 2 diyabet olma risklerini belirleyen bir tarama testidir. Bu test sonucunda elde edilen skorlara göre <7, 7-11, 12-14, 15-20, >20 olanlarda 10 yılda tip 2 diyabet olma riski sırasıyla %1, %4, %16, %33 ve %50’dir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği polikliniği, diyabetes mellitus, diyabet risk testi.

P-166

POLİKLİNİKTE BİR PNÖMOTORAKS OLGUSU- OLGU SUNUMU

Kamuran Bahar İnce, Burcu Kayhan Tetik, Aylin Baydar Artantaş, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

35 yaşında erkek hasta, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Semt polikliniğine, göğüs ve sırt ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Anamnezinde, önceki gün işyerinde masa başında çalışırken; sağ göğüs ve skapular bölgede ani başlayan batıcı tarzda ağrısı olduğu, ağrı kesiciyle şikayetlerinin kısmen hafiflediği öğrenildi. Şikayetleri yaklaşık bir haftadır devam etmekteymiş, birkaç gündür de burun akıntısı ve hafif öksürüğü varmış. Özgeçmişinde bilinen kronik hastalığı ve sürekli ilaç kullanımı olmayan hastanın 15 paket/yıl sigara içme öyküsü olduğu öğrenildi. Ağrıya sebebiyet verecek herhangi bir travma öyküsü bulunmayan hastanın, TA:120/90mmHg, nabız:68/dk, ateş:36,7°C olarak ölçüldü. Kardiyovasküler ve solunum sistemi muayenesinde kalp sesleri normal-ritmik, her iki akciğerde solunum sesleri normal olarak değerlendirildi. EKG'inde normal sinus ritmi ve posteroanterior akciğer grafisinde sağ akciğer apikalinden başlayıp kostofrenik sinüse uzanım gösteren lineer çizgi izlendi. Eldeki bulgularla hasta pnömotoraks olarak değerlendirildi ve en yakın acil servise yönlendirildi.

Pnömotoraks, parietal ya da viseral plevranın bütünlüğünün bozulması ile plevra boşluğuna hava girmesidir. Temel olarak spontan, travmatik ve iatrojenik olarak gruplandırılabilir. Spontan pnömotoraks en sık görülen tiptir; primer veya sekonder olabilir. Primer spontan pnömotoraksın en sık sebebi, akciğer apeksinde yerleşen subplevral amfizematöz bleblerin rüptürü sonrasında oluşan hava kaçağıdır. Olgumuzdaki gibi sıklıkla genç, uzun boylu, sigara içen, zayıf erkeklerde ve en sık istirahatte rastlanır. Sekonder spontan pnömotoraksli hastalarda ise sebep kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astma, tüberküloz ve akciğer kanseri gibi altta yatan akciğer hastalığıdır. Travmatik pnömotoraks künt göğüs travmaları veya kesici-delici alet yaralanmaları sonucu gelişir. İatrojenik pnömotoraks ise tanı ve/veya tedavi amacıyla yapılan girişimler sonucu oluşur.

Hastalar ilk başvurularını ani ve batıcı göğüs ağrısı, nefes darlığı, öksürük ve taşikardi gibi semptomlarla yaparlar. Tanıda anamnez kadar fizik muayenede solunum seslerinde azalma, hipersonorite, siyanoz, taşikardi, hipotansiyon ve venöz dolgunluğun (Tansiyonlu pnömotoraks) gözlenmesi de önemlidir. Pnömotoraks gelişen alanın büyüklüğüne (serbest hava alanı miktarı) göre, fizik muayene bulguları normal olarak saptanabilir. Olgumuzda dinlemekle her iki akciğerde solunum sesleri net olarak alınırken, çekilen PA akciğer grafisinde viseral plevra çizgisinin ayrı olarak görülmesi ve bu çizginin distalinde akciğer parankiminin görülmemesiyle pnömotoraks tanısı konulmuştur. Hastamızda altta yatan bir akciğer hastalığı öyküsü olmaması ile de tanımız primer spontan pnömotoraks lehine olmuştur.

Pnömotoraks birinci basamakta sık karşılaşılan göğüs cerrahisi acillerindedir. Tanıda esas olan pnömotoraksı ayırıcı tanıda düşünmektir. Erken zamanda yapılan radyolojik değerlendirmeye hastanın uygun tedavi için yönlendirilmesi hayat kurtarıcı olmaktadır. Bu açıdan aile hekimliği merkezlerinde direk grafilerin çekilebilmesi için radyoloji hizmetinin yaygınlaştırılması, pnömotoraks gibi tanısının birinci basamakta rahatlıkla konulabilecek ancak geç kalındığında birçok ciddi komplikasyonlara ve hatta mortaliteye neden olabilecek hastalıklar açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Spontan Pnömotoraks, aile hekimliği, radyoloji

P-167

BİTKİSEL TEDAVİ KULLANAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE BU YÖNTEMİ TERCİH NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİGökhan Özçelik, Dilek Toprak Evcik

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) uygulamaları tedavi edici olmaktan çok, hastalık yakınmalarını dindirmeyi veya tıbbi tedavinin yan etkilerini azaltmayı amaçlayan uygulamalardır. Toplum, modern tıp yaklaşımlarına oranla, TAT yöntemlerine giderek daha fazla yönelmektedir.

Bu güne kadar yapılan birçok araştırmada TAT kullanımının birçok faktörden etkilendiği görülmüştür. Eğitim durumu, cinsiyet ve gelir düzeyinin TAT kullanımını arttırdığı ya da azalttığı yönünde bulgular vardır. Bu çalışmada bitkisel tedavi (BT) kullanan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bu yöntemi tercih nedenlerinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamız, İstanbul ilinde, halka açık bitkisel ürünlerin satışının yapıldığı bir merkezde, bitkisel ürün almaya gelen kişilere yüz yüze sorular sorularak ya da anket sorularını kendilerinin doldurması istenerek yapıldı. Çalışma verileri, Ocak-Şubat 2012 tarihleri arasında toplandı ve değerlendirmesi Mart 2012'de tamamlandı.

BULGULAR: Çalışma topluluğu 102'si erkek (%53,7) ve 88'i kadın (%46,3) olmak üzere toplam 190 kişiden oluşmaktaydı. Bireylerin 20'si (%10,5) 0-19 yaş arası, 86'sı (%45,3) 20-39 yaş arası, 84'ü (%44,2) 40-90 yaş arasındaydı. Çalışmadaki hastaların 159 kişisi evliydi. BT kullanımı erkeklerde daha fazlaydı (%53,7) ve her iki cinsiyet arasında BT tercih konusunda anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). BT kullanan kişilerin büyük bir kısmı genç erişkin (20-39 yaş) ve 40 yaş üzeri idi. BT tercihinde mesleğin önemli olmadığı ($p=0,065$) belirlendi.

Çalışmamızdaki kişilerin 141'i (%74,2) BT yöntemi kullanacağını ya da kullandığını doktoruna danışmamıştı. Danışmamalarında da doktorlarının zaten BT yöntemine karşı olduğu ve bu yöntemi kullanmalarını tavsiye etmeyebileceği fikri hakimdi. Kişiler BT yöntemini en fazla aynı rahatsızlığı çeken diğer hastaların tavsiyesi ile kullanmaya başladıklarını bildirdiler (%43,7, n=83). BT yöntemini kullanmaktan memnuniyet çalışmanın tamamında mevcuttu.

Kişilerin %81,1'i (n:154) Bitkisel tedavi dışında diğer TAT yöntemi de kullanabileceklerini bildirdiler. Diğer TAT yöntemleri içinde Akupunktur en fazla tercih edilen yöntemdi.

Hastaların çoğunun (%74,2, n:141) en fazla akupunktur ve aromatik tedaviyi tercih etmesine rağmen, diğer TAT yöntemleri konusunda tam bilgi sahibi olmadıkları belirlendi.

Çalışmamızda eğitim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olmasa ($p>0,05$) da yüksek eğitilmiş kişilerin bitkisel tedavi yöntemini daha fazla tercih ettikleri belirlendi.

SONUÇ: Sağlık çalışanları ve hastaların sağlık eğitiminde kullanılmak üzere TAT yöntemleri hakkında bilimsel veri kaynaklarının oluşturulması, sağlık personelinin giderek yaygınlaşmakta olan TAT yöntemi kullanımı sebebiyle, tıp ve sağlık eğitimi süresince gerekli eğitimlerin alınması, danışmanlık yapabilecek seviyeye getirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Alternatif tıp, bitkisel tedavi,

P-168

HASTANEDE YATAN YAŞLI HASTALARDA UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMININ ARAŞTIRILMASI

Ömer Ertem, Rabia Kahveci, İsmail Kasım, İrfan Şencan, Coskun Öztekin, Adem Özkara
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

AMAÇ: Yaşlılık dönemi, tıpkı bebeklik, çocukluk, gençlik ve yetişkin dönemi gibi hayatın doğal ve kaçınılmaz bir parçasıdır. Gelişen bilim ve teknolojiyle insan ömrü uzamakta, dolayısıyla yaşlılık dönemi daha uzun olmaktadır. Yaşlanan insanla birlikte yaşlılığa bağlı sorunlarda artmakta, bunların çözümünde sıkça ilaca başvurulmaktadır. Ancak uygunsuz ilaç kullanımı sorunları çözmek yerine daha da kötüleştirebilir. Önümüzdeki 20 yıl içinde Türkiye'deki yaşlı nüfusun genel nüfustaki payının ikiye katlanacağı, 2050 yılında ise Avrupa'nın en fazla yaşlı nüfusa sahip ülkesinin Türkiye olacağı tahmin edilmektedir. Buna rağmen ülkemizde uygunsuz ilaç kullanımıyla ilgili yeterli çalışma mevcut değildir. Bu çalışmanın amacı hastanede yatan yaşlı hastalarda uygunsuz ilaç kullanımının klinik ve tanılara göre dağılımının değerlendirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM: Hastanemizde Ocak 2011- Mart 2011 tarihleri arasında acil, yoğun bakım ve yanık servisleri dışındaki tüm servislerde yatan 65 yaş ve üzeri 512 hastanın verileri kullanıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, yatış-çıkış tarihleri, tanıları ve yatış sırasında kullandıkları ilaçları retrospektif olarak değerlendirildi. 2003 Beers Kriterlerine göre uygunsuz ilaç kullanımlarına ve kronik hastalıklarla ilişkisine bakıldı. Uygunsuz kullanımlar yüzdesel oranlar olarak, değişkenler arasında bağımlılık ise Ki Kare Analizi ile incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 512 hastanın yaş ortancaları 73 ve kullandıkları ilaç ortanca değeri 9'du. 2003 Beers kriterlerine göre 164'ünde (%32), 219 çeşit uygunsuz ilaç kullanılmıştı. Dağılımına bakıldığında; bir uygunsuz ilaç kullananlar %23.8 (n=122), iki uygunsuz ilaç kullananlar %6.4 (n=33), üç ve daha fazla uygunsuz ilaç kullananlar %1.8 (n=9) olarak bulundu. En fazla 71 hastayla (%13.87) NSAİİ'lerin uygunsuz kullanıldığı, bunu 47 hasta (%9.18) ile uzun etkili benzodiazepinlerin ve 22 hasta (%4.3) ile barbitüratların izlediği görüldü. Kronik hastalık sayıları ile uygunsuz ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelenmiş, kronik hastalık sayısının artışı ile uygunsuz ilaç kullanımı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). En fazla uygunsuz ilaç kullanılan hastalık ya da durum 21 hastayla (%4,1) hipertansiyon olmuştur.

SONUÇ: Aile hekimleri yaşlı hastalarının ilaçları konusunda özellikle dikkatli olmalı ve her eklenen ilacı uygunluğu yönünden değerlendirmelidirler

Anahtar Kelimeler: YAŞLI, UYGUNSUZ İLAÇ KULLANIMI

P-171

CERRAHİ HASTALARIN SEMPTOMLARINI ANLATIM SÜRELERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Şükrü Ümit Eren¹, Tonguç Utku Yılmaz², Oğuz Tekin¹, Mustafa Ülkü Uçkan¹, Duygu Yengil Taci¹, Emine Yıldırım¹, Salih Dilber¹, İzzet Fidancı¹, Gülay Gülmez¹, Aslıhan Sıgnak¹

¹S. B. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ankara

²S. B. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ankara

• Tıp pratiğinde hastaların şikayetleri ile ilgilenmenin yanı sıra biyopsikososyal yaklaşım da önemlidir

• Uygun bir yaklaşım için hastanın şikayetlerini yeterince anlatması sağlanmalıdır

• Bunun için hastaya yeterli süre verilmelidir

• Hastanın da yeterli sürede şikayetini anlatması önemlidir

• Çalışmamızda, cerrahi polikliniğine gelen hastaların şikayetlerini anlatma süreleri üzerine etki edebilecek olan biyopsikososyal faktörleri araştırdık

• Çalışma, 2012 Mart ayında, Hüseyin Gazi Semt Polikliniği Genel Cerrahi ve Aile Hekimliği polikliniğinde yapıldı

• Gözlemsel, prospektif ve analitik yöntemler kullanıldı

• Değişik şikayetlerle gelen hastaların yaş, cinsiyet ve eğitim yılları kaydedildi

• Şikayetlerini anlatma süreleri saniye olarak kaydedildi

• Bu süreler üzerine diğer faktörlerin etkileri incelendi

• Analizler SPSS paket programında yapıldı

• Önce faktörlerin bir aradaki etkilerini görmek için Faktöryel ANOVA analizi uygulandı

• Daha sonra, ikili karşılaştırma için Student's T testi uygulandı

• Devam eden değişkenlerin birbiri üzerine etkilerini görmek için Korelasyon analizi uygulandı

• Çalışmaya 23 erkek ve 108 kadın hasta katıldı

• Yaş ortalamaları erkek (38±18), kadın (40.8±17)

• Eğitim yılı ortalamaları erkek (7.6±3.9), kadın (5.4±3.8) idi

• Faktörlerin bir aradaki etkilerini görmek için Faktöryel ANOVA analizi yapıldı

• Semptomları anlatım süresi üzerine yaş (p=0.018 effect size=0.043) ve cinsiyet (p<0.001 effect size=0.148) etkili idi

– Yaş ile semptomları anlatım süresi arasında pozitif korelasyon vardı (n=131, r=0.220, p=0.011)

– İkili karşılaştırmada erkeklerin ortalamaları (29.6±14), kadınlarınkinden (21±8.6), daha yüksekti (p<0.001)

• Çalışmamızda, hastaların şikayetlerini anlatım süreleri üzerine erkek cinsiyet ve yaş olumlu etki yapıyordu

• Bayan cinsiyet, anlatım süresi bakımından negatif bir faktör teşkil ediyordu

• Poliklinikte hastalara bu yönden yaklaşırken yukarıdaki faktörlerin göz önüne alınarak yaklaşımda bulunulması, başarımız artıracaktır

Anahtar Kelimeler: cerrahi hastalar, semptom anlatım süresi, biyopsikososyal faktörler

P-172

YAŞLI HASTALARDA UYGUNSUZ ADH SALINIMINA BAĞLI CİDDİ HİPONATREMİBerrin Telatar¹, Aslı Çurgunlu², Deniz Eker³¹İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı³Psikiyatri Anabilim Dalı

AMAÇ: Yaşlı hastalarda medikal problemlerin çokluğu birden fazla ilaç kullanımını gerektirmektedir. Bu da ilaçlara bağlı yan etkilerin daha sık ve daha şiddetli olarak ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sunumda antiepileptik ve antidepresan kullanan yaşlı hastalarda tiyazid grubu diüretik etkili ilaçların derinleştirdiği ciddi hiponatremiye dikkat çekmeyi amaçladık.

BULGULAR: Üniversite Hastanesi Acil Polikliniğine bulantı, kusma, halsizlik ve şuur bulanıklığı şikayeti ile getirilen yaşları 68-99 arasında değişen ve % 80'i bayan olan beş hasta vaka grubumuzu oluşturdu. Hastaların hepsi yatarak tedavi edildi. Hiçbirinde konvülsiyon ve yoğun bakım ihtiyacı gelişmedi.

İki olgumuzda tiyazid ve antidepresan, üçüncü olguda tiyazid ve antiepileptik, dördüncü olguda tiyazid içermeyen ikili antihipertansif ve antidepresan, son olgumuzda ise tiyazid, antiepileptik ve antidepresan ilaçlar birarada kullanılıyordu. Antiepileptik tedavi bir olguda epilepsi, diğerinde ise serebrovasküler olay nedeniyle başlanmıştı. Antiepileptik olarak karbamazepin ve okskarbazepin; antidepresan olarak da SSRI (serotonin geri alım inhibitörü) grubundan citalopram kullanıldığı tespit edildi.

Özetle olguların % 80'ni hipertansiyon nedeniyle tiyazid grubu diüretik içeren antihipertansif kullanmaktaydı; % 40'ı tiyazid ve SSRI, % 40'ı tiyazid ve antiepileptik, % 20'si ise tiyazid, SSRI ve antiepileptik ilacı birarada kullanıyordu. Olguların tümünde böbrek fonksiyon testleri (BUN, kreatinin) ve glukoz normaldi. Hastaların serum sodyum değerleri 107-119 mEq/L aralığında değişiyordu. Sadece bir olguda hipopotasemi gelişti ve potasyum replasmanı yapıldı. Vakaların tümünde Normovolemik Hipozozmolar Hiponatremi tespit edildi. Vakalarımızda plazma osmolalitesi 225-250 mOsm/L arasında saptandı. Tedavide aralıklı izotonik ve serum sale perfüzyonu uygulandı. Tiyazid grubu diüretik ve/veya SSRI grubu antidepresanın kesilmesi ile serum sodyum değerleri normale döndü.

SONUÇ: Ciddi hiponatremi (serum sodyum konsantrasyonunun < 115 mEq/L olması) şuur bulanıklığı, konvülsiyonlarla seyreden ve agresif tedaviyi gerektiren acil bir durumdur. Nörolojik bulgular sıklıkla Na değerleri 125 mEq/L'nin altına indiğinde ortaya çıkmaktadır. Antiepileptik ve özellikle SSRI grubu antidepresan kullanımının Uygunsu ADH (Antidiüretik Hormon) Salınımı'na neden olduğu bilinmekte ve ortaya çıkan hiponatremi tiyazid kullanımı ile tehlikeli bir hale gelmektedir. Bu nedenle özellikle yaşlı hastalarda antiepileptik, SSRI ve tiyazid grubu ilaçların bir arada kullanılması durumunda çok dikkatli olunması ve belirli aralıklarla serum elektrolit kontrolü yapılması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı, SSRI, Tiyazid, Antiepileptik, Hiponatremi, Uygunsu ADH Salınımı

P-173

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ PORTRESİ: BATMAN 11 NO'LU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

Sercan Bulut Çelik¹, Hüseyin Can¹, Tahsin Çelepkolu²

¹11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Polikliniği, Batman

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Batman'da 9 Ağustos 2010 tarihinde Aile Hekimliği Uygulamasına geçildi. Aile Hekimliği Uygulamasının başlangıcından yaklaşık sekiz ay sonra A grubu ASM olarak çalışmalarımıza devam ettik. Şu anda, 3 aile hekimliği uzmanı, 7 aile hekimi, 13 yardımcı sağlık personeli, 1 tıbbi sekreter, 2 temizlik personeli olarak çalışmaktayız.

Poliklinik hizmeti dışında aktif tüberküloz hastalarının doğrudan gözetimli tedavisi tarafımızdan takip edilmekte ve Verem Savaşı Dispanseri'ne düzenli olarak bilgi aktarılmaktadır. Tarafımıza kayıtlı olan nüfusta evde bakım hizmetine ihtiyacı olan kişilere müdürlüğümüzün öngördüğü şekliyle hizmet verilmektedir. Toplum Sağlığı Merkezi'nde yeterli hekim bulunmadığından dolayı müdürlüğümüzün üst yazısı ile defin ruhsatları verilmektedir. Eksik bebek izlem, bebek aşısı, gebe izlemi ve tespiti, 15-49 yaş kadın izlemi, evde bakım hizmetine ihtiyacı olan kişilerin tespiti için haftanın bir günü saha çalışması yapılmaktadır. Aile Hekimliği uygulaması başladığından beri bölgemizde bulunan okullarda iki kez okul taraması yaptık. Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmeti kapsamında kronik hastaların takip ve bilgilendirilmesi için uygun bir ortamın yokluğunu hissettik. Bu nedenle de ASM mizde kronik hastalık takip odası hazırlamaktayız. Amacımız, bu odada hem kronik hastaların takibini, bilgilendirilmesini sağlamak, hem de sağlam ve sağlıklı bireylere bilgilendirici eğitim programları düzenlemektir.

Aile Hekimliği Uzmanı arkadaşlarımızla birlikte birinci basamağa yönelik iki proje hazırlayarak, Ulusal Kongremizde mansiyon ödülü aldık. Gerekli maddi olanak sağlanamadığı için projelerden birini ertelemek zorunda kaldık. "Esansiyel hipertansiyon tedavisinde hedef değerlere ulaşmada aile hekimliğinin yeri ve önemi" adlı projemizi Türkiye çapında 26 ilde uygulamaya başladık. Şu an çalışmamız devam etmektedir. Bunun yanı sıra Verem Savaşı Dispanseri'nde aktif tüberküloz hastalarında Hamilton Anksiyete Ölçeği ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğini uygulayarak iki adet çalışma başlattık. Çalışmalarımız yayın aşamasındadır. Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ndeki verileri kullanarak poster ve sözlü sunumlar hazırladık. Birinci basamakta intihara meyilli hastaların yönetimi ile ilgili bir derleme hazırlayıp Aile Hekimliği dergimize gönderdik.

İlimizdeki hekimler arasında internet üzerinde bir iletişim ağı kuruldu. Daha sonra İl Sağlık Müdürlüğü'nden de izin alarak, ve bu durumu tüm ASM lere resmi yazı ile bildirerek bir eğitim programı oluşturmaya karar verdik. Amacımız, hekimlerle bir araya gelerek hem uygulama hem de bilimsel olarak klinik bilgi alışverişinde bulunmak idi. Bu fikrimizi destekleyen arkadaşlarımızla birlikte her hafta çarşamba günleri Batman'daki tüm Aile Hekimlerine yönelik klinik eğitim programı başlattık. Bu eğitimlerde yeri geldi bizler kendi aramızda konular belirleyip bu konudaki son bilimsel yayınlar hakkında konuştuk, yeri geldi farklı uzmanlık alanındaki arkadaşlarımızla bir araya gelerek onların klinik tecrübelerinden yararlandık. Çok keyifli olan bu eğitimlerimize halen devam etmekteyiz. Umarız benzer çalışmalarla ülkemizdeki Aile Hekimliği Uygulamasını daha verimli hale getirebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, Aile Hekimliği Uygulaması, Eğitim

P-174

NÖROKUTANÖZ BİR HASTALIK- TUBEROSKLEROZ: OLGU SUNUMU

Abdurrahman Ersü, Tefik Tanju Yılmaz, Kurtuluş Öngel
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Tuberoskleroz, yaklaşık 1/ 10000 sıklıkta görülen, otozomal dominant geçiş gösteren ve nörokutanöz hastalıklar grubuna giren, motor ve mental retardasyona neden olan bir hastalıktır. Hastalığın klasik triadı mental retardasyon, nöbet ve sebace adenomlardır. Hastaların en sık ve ilk başvuru şikayeti ise konvülsiyonlardır. Ayrıca intrakraniyel tuberomlar (özellikle subependimal bölgede), foramen Monroe civarında dev hücreli astrositomlar, hipopigmente maküller, sakral veya gluteal bölgede Shagreen plakları, kardiyak rabdomiyomlar, malign dejeneresans görülebilen renal anjiyomiyolipomlar saptanabilir. Tuberosklerozun ortalama tanı yaşı 5 yaş olup adolesan dönemde de tanınabilir. Tuberosklerozun kesin bir tedavisi olmamakla birlikte tutulan organ ya da organlara yönelik tedavi girişimleri uygulanabilmektedir. Örneğin; malign dejeneresans geçirme riski bulunması nedeniyle renal anjiyomiyolipomların eksizyonu, intrakranial basınç artışına neden olabilmesi nedeniyle tuberomların veya dev hücreli astrositomların eksizyonu, aritmilere neden olma riski nedeniyle kardiyak rabdomiyomların eksizyonu gerekebilir. Ayrıca tedavide fizyoterapinin yeri vardır. Birinci basamak sağlık hizmetinde karşılaşılabilecek ve gözden kaçırılacak bir rahatsızlık olmasından dolayı, bu vakanın sunulması uygun bulunmuştur.

OLGU: Onüç yaşında kız hasta 2012 Mart ayında konvülsiyon geçirme şikayetiyle İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi' ne başvurdu. Aileden alınan detaylı anamnezde hastanın iki buçuk yaşından beri tuberoskleroz tanısı bulunduğu öğrenildi. İlk olarak iki buçuk yaşındayken konvülsiyonlarla başvurduğu hastanede kranial bilgisayarlı tomografide beyinde hipodens lezyonlar görülmesi sonucunda tuberoskleroz tanısı konduğu öğrenildi. Motor ve mental retardasyonu bulunan olguda çeşitli dönemlerde sıklaşan ve tedaviye dirençli konvülsiyonlar olduğu öğrenildi. İlerleyen dönemde hastada cilt lezyonları da gelişmeye başlamıştı. Fizik muayenesinde sebace adenomlar, sakral bölgede Shagreen plakları, hipopigmente maküller görüldü. Batın ultrasonografisinde ise renal hamartomlar saptandı. Kranial manyetik rezonans görüntülemesinde yaygın subependimal tuberomlar ve foramen Monroe düzeyinde dev hücreli astrositomla uyumlu lezyon mevcuttu. Hasta bu klinik ve laboratuvar bulgularıyla tuberoskleroz ile uyumluydu. Konvülsiyonları kontrol altına alınan olgu poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA: Nöbet öyküsü olan ve herhangi bir nedenle aile hekimine başvurmuş hastalarda tam bir fizik muayenenin yapılması ve cilt lezyonlarının da belirlenmesi durumunda tuberosklerozun düşünülmesi gereklidir. Tuberoskleroz otozomal dominant geçişlidir ve ülkemizde akraba evliliklerinin sık olduğu göz önüne alındığında tuberosklerozun genetik geçişinin de kolay olacağı akla gelmelidir. bu nedenle tuberosklerozlu çocuğu olan bir aileye bu durum, aile hekimleri tarafından anlatılmalı ve aileye genetik danışmanlık sağlanmalıdır. Böylece aile hekimleri yeni vakaların ortaya çıkmasını önleyebilir ya da erken tanı konmasını sağlayarak meydana gelebilecek organ tutulumlarının daha erken dönemde tanınması ya da öngörülmesine katkıda bulunabilirler.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, plak, tuberom, tuberoskleroz.

P-175

SPOT İDRARDA MİKROALBUMİNÜRİ DEĞERLENDİRMESİ KOLAY AMA PAHALIDIR, YA SIKLIĞI?

Hakan Demirci

Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

GİRİŞ: Mikroalbuminürinin spot idrar da ölçümü aile sağlığı merkezlerinde kolay yapılabilecek ancak geri ödeme kapsamında olmayan bir tetkiktir. Mikroalbuminüri hem metabolik sendrom tanı parametrelerindedir hem de koroner arter hastalığının erken dönem belirteçlerindedir. Daha küçük proteinler ateş veya egzersiz sonrası idrarda görülebilirken albumün önemli bir glomerüler kaçak olmadan idrarda görülmez (1). Toplumlardaki sıklıkları konusunda çeşitli rakamlara ulaşmış olmamıza rağmen ülkemizde mikroalbuminüri sıklığı konusunda net bir sonuca varamadık (2). Bu çalışmada bölgemizde mikroalbuminüri sıklığını araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışma grubu polikliniğe başvuran 18-65 yaş arası ardışık 239 kişiden oluşturuldu. Üriner enfeksiyon, ağır dehidratasyon, son 24 saatte aşırı fizik aktivite ve kanser öyküsü olmayan hastalarda mikroalbuminüri spot idrarda değerlendirildi. 1(+) ve üzeri değerler mikroalbuminüri pozitif kabul edildi ve bu şekilde hastalar gruplandı.

BULGULAR: 77 (%32) vakada spot idrarda mikroalbuminüri testi pozitifti.

TARTIŞMA: Çalışma sonuçlarımıza göre mikroalbuminüri beklenenden fazla bir oranda karşımıza çıkmış olsa da bu sonuçlar bölgemizdeki metabolik bozukluk yoğunluğunu yansıtıyor olabilir. TURDEP II sonuçlarına göre Bursa diyabetin en hızlı arttığı illerdedir (3). Diyabetin son 10 yılda %100 arttığı bir ilde mikroalbuminürinin sık olması sürpriz değildir. Ancak çalışmanın spot idrar da mikroalbuminüri stripleri ile yürütülmüş olması sonuçları tartışmaya açabilir.

SONUÇ: Bölgemizde yaklaşık üç yetişkinden bir tanesinde (1/3) mikroalbuminüri vardır.

Anahtar Kelimeler: Mikroalbuminüri sıklığı, spot idrar, Türkiye

P-176

DIYABETİK AYAK: OLGU SUNUMUMeltem Cömert, Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi

Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ: Diyabetik Ayak Sendromu, sinir dejenerasyonu ve/veya periferik arter hastalığı zemininde gelişen nöropatik ve iskemik lezyonlarla giden bir durumdur. Diyabetli hastaların %2 ila %7'sinde ayakta lezyon görülmektedir. Genel toplumda uygulanan amputasyonların % 50–70'inin diyabetli hastalarda olduğu saptanmıştır. Amputasyon yapılan bir diyabetlide, ikinci bir ameliyat ihtiyacı riski iki yıl içinde %50 olmaktadır. Diyabetin kronik komplikasyonlarından olan diyabetik ayak gelişimi, morbidite ve mortaliteyi etkilemesi açısından diyabetin kronik komplikasyonları arasında en önemlilerindedir. Burada endokrin servisinde yatarak tedavi gören bir diyabetik ayak olgusu takdim edildi.

OLGU. 73 yaşında erkek hasta sağ ayak tabanında ve bazı parmaklarında yara şikayeti ile Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi endokrin servisine yatırıldı. Hikayeden 23 yıldan beri Tip 2 diyabetes mellitusu olduğu, 18 aydan beri insülin kullandığı, bir sene önce diyabetik ayak tanısı ile sağ ayağından opere olduğu ve enfeksiyon hastalıkları servisinde yatarak takip edildiği öğrenildi. Sistemik muayene bulguları normal olan hastanın ekstremitelerinde sağ ayak tabanında 2X3 cm'lik nekroze alan, sağ ayak 1. parmak distalinde 0.5X1 cm'lik nekroze alan, sol ayak 5. parmak distalinde 0.5X0.5 cm'lik nekroze alan, 2. parmak distalinde 1X0.5 cm'lik nekroze alan mevcuttu. Hasta sorgulandığında ayaklarını sıcak su ile yıkadığını ve hiç bir yere çarpmadığını belirtiyordu. Laboratuvar tetkiklerinde AKŞ 214 mg/dl, HbA1C % 8.5 olup diğer incelemeler normaldi. Hastaya 2x1 serum fizyolojik ile pansuman yapıldı. Çekilen MR sonucu osteomyelit olmadığı saptandı ve başlangıçta profilaktik olarak başlanan İV. cefoperazon sulbactam+teicoplanin tedavisine devam edildi. Diyabeti regüle olan hasta antibiyotik tedavisi 14 güne tamamlanıp oral moxifloksasilin tedavisi, diyabet diyeti, egzersiz eğitimi verildi, ayak bakımı anlatıldı, yıllık göz kontrolleri tavsiye edilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Ayak ülserleri diyabetli hastalarda en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Non travmatik ekstremiteler amputasyonlarının yaklaşık % 50 sinden sorumludur. Diyabetik ayak yara ve enfeksiyonlarının başarılı yönetimi, ciddi komplikasyonların önlenmesi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. Bu ekibin içerisinde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, plastik cerrahi, endokrin, damar cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, radyoloji, nöroloji, dermatoloji, nükleer tıp, hiperbarik tıp uzmanlarının, ayak bakım hemşirelerinin yer almaları diyabetik hastalara mümkün olan en kısa sürede en uygun tanı ve tedavilerin uygulanmasını kolaylaştırır. Güncel olarak uygulanmakta olan hiperbarik oksijen tedavisi ile artan vücut oksijenasyonu sayesinde, fibroblastların çoğalması ve kollajen sentezi, anjioneogenez ve hipoksik lökositlerin fagositik kapasiteleri artar. Bütün bunlar yara iyileşmesini hızlandırır. Birinci basamakta görev yapan aile hekimleri diyabetik hasta takiplerinde hastalara koruyucu ayak bakımı, özel ayakkabılar konularında bilgi vererek amputasyon gibi ciddi komplikasyonları önleyebilirler.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik Ayak Sendromu, diyabetik nöropati, diyabetes mellitus.

P-177

TALASEMİ MAJOR KOMPLİKASYONU OLARAK GELİŞEN DİYABETES MELLİTUS VE HİPOPARATİROİDİ: OLGU SUNUMU

Ayşe Özlem Kılıçaslan, Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi

Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Konya

GİRİŞ: Talasemi major otozomal resesif geçiş gösteren, hemoglobinin beta zincirinin yapılamaması nedeniyle oluşan hipokrom mikrositer anemi ile karakterize bir kan hastalığıdır. Dünya nüfusunun %3'ü beta talesemi taşıyıcısıdır. Bu oran ülkemizde %2.1 dir. Ülkemizde özellikle Çukurova, Akdeniz kıyı şeridi, Ege ve Marmara bölgelerinde görülür. Hayatın 4-6 ayında anemi bulguları oluşmaya başlar ve zamanla sürekli kan nakli gerektirir. Sürekli kan naklinden dolayı zamanla vücutta ferritin birikir ve sonunda, bronz ten, kalp yetmezliği, siroz, endokrin organ hasarına bağlı diabetes mellitus, hipoparatiroidi gelişebilir. Tanı hemoglobin elektroforezi ile koyulur. Talasemi majorde ise Hemoglobin F >%50, Hemoglobin A2 < 4 dür.

OLGU: 21 yaşında bayan hasta, Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Endokrin polikliniğine kaslarda uyuşma, titreme, ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişini sorgulandığında, talasemi major hastası olduğu bu nedenle ayda 1 kez kan transfüzyonu aldığı, demir şelasyon tedavisi gördüğü ek olarak 6 yıldır tip 1 diabetes mellitus nedeniyle insülin kullandığı ve 8 yıl önce hastaya splenektomi yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde hastada mukoza ve cildin soluk olduğu, alnın geniş, zigomatik ve maksiller bölgenin belirgin olduğu gözlemlendi. Kalpte taşikardi ve dinlemekle 2/6 sistolik üfürüm vardı. Batın muayenesinde splenektomi skarı mevcuttu ve karaciğer subkostal 3 cm ele geliyordu. Laboratuvar tetkiklerinde Hemoglobin: 9.7gr/dL serum glukoz: 220mg/dL, hemoglobinA1C: %11.5, kalsiyum: 6.5 mg/dL, fosfor: 7.8 mg/dL, parat hormon: 6.5 pg/mL, protein:7.1 gr/dl, albumin: 3.8gr/Dl, serum ferritin düzeyi: 5419ng/ml idi. Hastaya hipoparatiroidi tanısı koyularak takip ve tedavi için servise yatırıldı. Tedavide rocaltrol tablet ve kalsiyum laktat başlandı. Takibi sırasında hipoglisemi ve hiperglisemi atakları olan hastaya diyabet eğitimi verildi. Hastanın 2/6 sistolik üfürümü nedeniyle çekilen kardiak T2MR'ında kalpte ileri derecede demir birikimi ve kalp yetmezliği olduğu rapor edildi. Hastanın demir şelasyonu 40 mg/kg/gün olacak şekilde yeniden düzenlendi. Takiplerinde kalsiyumu düzelen ve kan şeker regülasyonu sağlanan hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Her iki ebeveynin de talasemi minor olduğu durumlarda %25 talasemi majorlu çocuk doğma riski vardır. Bu yüzden evlilik öncesi testlerin yapılması ve talasemi minorlu hastalara genetik danışmanlık verilmesi son derece önemlidir. Talasemi için birinci basamakta pratik olarak tam kan sayımı yapılarak, Mentzer Formülü = MCV/RBC kullanılabilir. Bu oran >13 ise demir eksikliği anemisi, <13 ise talasemi minor düşünülür ve hastadan hemoglobin elektroforez istenir. Talasemi majorun tedavisi ise eritrosit transfüzyonu, demir şelasyon tedavisi, splenektomi, komplikasyonların tedavisi gibi güncel yaklaşımlardır. Küratif tedavi kök hücre transplantasyonudur.

Anahtar Kelimeler: Diabetes mellitus, hemoglobin elektroforez, hipoparatiroidi, talasemi major,

P-178

EBEVEYNLERİN ÇOCUKLARININ BEDENSEL GELİŞİMİ VE İŞTAHLARI HAKKINDA DEĞERLENDİRMELERİ

Emel Peker¹, Naci Topaloğlu², Ertan Eşsizoglu³, Ayşegül Uludağ¹, Selen Güngör¹, Hasret Ağaoğlu¹

¹Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilimdalı

²Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı

³Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Anabilimdalı

AMAÇ: Ebeveynlerin çoğunun çocuklarının gelişim durumları ya da iştahları ile ilgili endişelerinin olması yaygın bir durumdur. Ebeveynlerin kendi Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve vücut algıları ya da toplumsal eğilimleri bu algıları etkiliyor olabilir. Konunun dünyanın önemli sorunlarından pediatrik obezite ile bağlantısı ise önemini arttırmaktadır. Bu çalışmada ebeveynin çocuğun bedensel gelişimi hakkındaki görsel algısının, çocuğunun ve kendi BKİ ile karşılaştırılması ve çocuğun iştah durumu ile ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Ocak - Şubat 2012 tarihleri arasında herhangi bir şikayet ile başvuran çocuklar ve anne veya babaları çalışmaya alındı. Çocuk ve ebeveynlerin boy ve kiloları ölçülüp BKİ hesaplanmıştır. Ebeveynlerden çocukların iştahını 5'li Likert skalada değerlendirmeleri ve yaş ve cinsiyete göre beden gelişimi için hazırlanmış 7'li görsel grupları içinden çocuklarına en uygun resmi işaretlemeleri istendi. Çocukların BKİ değerleri Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi yaşa göre BKİ persentil eğrileri kullanılarak persentil gruplarına dönüştürüldü.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 92 (%80,7) anne, 22 (%19,3) baba toplam 114 ebeveynin ortalama yaşları 32,8±5,8 (23-54) idi. Annelerin BKİ 26,6±5,2, babaların BKİ 29,1±5,2 idi. Çocukların ortalama yaşları 6,4±2,8 (2-14) idi. Ebeveynlere göre çocukların iştahları 5 (%4,4) çocukta çok kötü, 29 (%25,4) çocukta kötü, 48 (%42,1) çocukta normal, 18 (%15,8) çocukta iyi ve 14 (%12,3) çocukta çok iyiydi. Ebeveynlerin görseller üzerinden değerlendirmelerinde 72 (%63,2) çocuk normalden daha kilolu, 16 (%14,0) çocuk normal gelişimde ve 26 (%22,8) çocuk normalden daha zayıf gelişimdedi. İştah ve görsel değerlendirmeleri ebeveyn ya da çocuğun cinsiyeti ile fark göstermiyordu. Çocukların BKİ persentil değerlendirmeleri 50 (%43,9) çocukta >75 persentil, 34 (%29,8) çocukta 25-75 persentil ve 30 (26,3) çocukta < 25 persentil aralığındaydı. Çocukların gerçek BKİ persentil aralıklarıyla ebeveynlerin görseller üzerinden yaptığı değerlendirmeler 12 (%10,5) çocuk için aynı aralıktayken, ebeveyn değerlendirmesinin 11 (%9,7) çocukta çocuğun olduğundan daha şişman, 91 (%79,8) çocukta ise çocuğun olduğundan daha zayıf olduğu görüldü. İki değerlendirme arasında anlamlı fark bulunmaktaydı (X²=30,833; p<0,001). Bu değerlendirmeler arasındaki fark ebeveyn veya çocuğun cinsiyetine ya da ebeveynin BKİ açısından bulunduğu gruba bağlı anlamlı fark oluşturmuyordu.

SONUÇ: Ebeveynlerin çocukları hakkında vücut algıları pek çok etkiyle çocuğun objektif gelişimini yansıtmaktan farklılaşmaktadır. Ebeveynlerin çoğunun çocuklarını olduğundan daha zayıf gördüğü yani daha kilolu olmayı normalleştirdiği anlaşılmaktadır. Çalışma örneklemini hastane başvurularından seçtiğinden ebeveynlerin kilolu olmayı sağlıklı olma göstergesi algıladıkları düşünülebilir. Bunun sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve çocukluk çağı

obesitesi ile olan bağları ayrıca incelenmelidir. Ebeveynlerle çocuklarının vücut ağırlığı ve iştahları hakkında görüşmek, çocuk sağlığı danışmanlığının temel parçalarından biri haline getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: bedensel gelişim, iştah, ebeveyn algısı, beden kitle indeksi

P-179

BAŞEDİLMESİ GEREKEN BİR SORUN: UYGUNSUZ ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Burcu Kayhan Tetik, Kamuran Bahar İnce, Aylin Baydar Artantaş, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Antibiyotikler sık kullanılan ilaçlardır. Dünyada tüm ilaçlar içinde antibiyotiklere harcanan pay ortalama % 9,9 iken ülkemizde % 26 ile yaklaşık bir milyar dolara karşılık gelmektedir. Bunun %40-50'sinin gereksiz kullanıma bağlı olduğu bildirilmektedir.

Ülkemizde, uygunsuz antibiyotik kullanımının çeşitli nedenleri vardır. Çok net sınırlarla ayrılmasa da, hekime ve hastaya bağlı nedenler olarak ikiye ayırabiliriz. Hekimden kaynaklanan nedenlerin başında; Tıp fakültesindeki farmakoloji derslerinde, ağırlıklı olarak teorik bilgilerin verilmesi, bu bilgilerin klinik uygulamayla yeterince bütünleştirilmemesi sayılabilir. Ayrıca "akılcı antibiyotik kullanımı" ilkelerinin tıp öğrencilerine tam olarak anlatılmaması belki de sorunun ortaya çıkışındaki temel noktayı teşkil etmektedir. Yeni mezun olan hekimler, ilaçlarla ilgili eksikliklerini kapatmak için kendilerinden daha tecrübeli hekimlerin tedavi protokollerini taklit etmekte, daha kötüsü ilaç firmalarının rasyonel olmayan tedavi şemalarını uygulayabilmektedirler. Ülkemize özgü olarak, hekimin çalıştığı bölgenin coğrafik koşullarının kötü olması, hastanın hekime ulaşmada zorluk yaşadığı durumlar da hekimin antibiyotiği erken başlamasına neden olabilmektedir. Özellikle pediatrik hastalarda ailenin sosyokültürel ve ekonomik özellikleri nedeniyle hastanın bakımının iyi yapılamayacağı ön kabul'üyle hareket eden hekim, klinik tabloya bakteriyel enfeksiyon eklenme ihtimalini düşünerek antibiyotikleri daha kolay başlayabilmektedir. Hekim başına düşen hasta sayısının Avrupa ülkelerine kıyasla fazla olması nedeniyle, hekim hastaya istediği zamanı ayıramamakta ve muayenesini istediği gibi gerçekleştirememektedir. Bunun yanında özellikle aile sağlığı merkezlerinde kan ve/veya radyoloji tetkiklerini yaptırabilmesi her zaman mümkün olmamaktadır, bu gibi durumlarda hekim hastasına en fazla yararı sağlayabilme düşüncesiyle kimi zaman endikasyon olmasa da ampirik olarak "geniş spektrumlu antibiyotikleri" reçete edebilmektedir.

Hastalar açısından baktığımızda, her ne kadar Aile Hekimliği uygulamasına geçişle birlikte hekime ulaşmak kolaylaşsa da, geçmişten gelen alışkanlıkla vatandaşların hekime danışmadan daha önce kullandığı, komşusunun tavsiye ettiği ilacı kullanması toplumda "uygunsuz antibiyotik kullanımı" oranlarını artırmaktadır. Tüm bunların yanında hastaların antibiyotikler konusundaki aşırı ısrarcı tutumları hekimleri iradeleri dışında ilaç yazmaya zorlayabilmektedir.

Antibiyotiklerin yetersiz dozda ambalajlanmaları bir diğer sorundur. Özellikle çocuklar için hazırlanan suspansiyonlar çoğu zaman 3 ya da 5 günde tükenmekte, bu da aileyi reçetesiz antibiyotik almaya yönlendirmekte, veya hekimin sık sık antibiyotik yazmasına yol açmaktadır. Yetersiz tedavi nedeniyle reenfeksiyon da uygunsuz antibiyotik kullanımı oranlarını artırmaktadır.

Aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle ülkemizde uygunsuz antibiyotik kullanımı oranlarının azalacağı kanaatindeyiz. Aile hekiminin kendine özgü görüşme süreciyle tekrarlayan görüşmeler sayesinde, hastayla etkili bir iletişim sağlanabilecek, hekim ve hasta birbirini tanıdıkça güven ortamı oluşacak, böylelikle hastanın doğru yönlendirilmesi mümkün olabilecektir.

Aile hekimleri, kişilere hastalıklarıyla ilgili kapsamlı danışmanlık vererek, devamlı ve koordineli bir sağlık hizmeti sunarak bu sorunun çözümüne büyük katkı sağlayacaklardır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimi, Aile Hekimliği, Uygunsuz antibiyotik kullanımı

P-181

TİROİDEKTOMİLİ HASTALARDA CEP TELEFONU KULLANIM DURUMU

İzzet Fidancı¹, Oğuz Tekin¹, Akif Hakan Demirel², Gökçe İşcan¹, Aslıhan Sıgnak¹, Zeynep Doğangüzel¹, Salih Dilber¹, Ümit Eren¹, Onur Cumbul², Evren Kenan Ortaç²

¹S.B.Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Aile Hekimliği,Ankara

²S.B.Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi,Ankara

AMAÇ

- Radyasyon, elektromanyetik dalga oluşturan parçacıklar vasıtası ile oluşur
- Radyasyonun bazı olumlu etkileri yanı sıra pek çok olumsuz etkisi de bulunmaktadır
- Günlük hayatta, radyasyon yayan cihazların kullanımı gittikçe yaygınlaşmaktadır
- Bu sebeple bu cihazlarla oluşan radyasyonun olumsuz tesirleri sonucu ortaya çıkabilecek olan durumların incelenmesi gerekmektedir
- Çalışmamızda tiroit hastalığı geçirmiş ve opere olmuş kişilerin cep telefonu kullanım durumunu gözlemeyi amaçladık

GEREÇ VE YÖNTEM

- Çalışma 2012 Mart ayında, A.E.A.H.Genel cerrahi kliniğinde yürütüldü
- Gözlemsel ve deskriptif yöntemler kullanıldı
- Klinikte tiroidektomi olmuş olan hastalara ulaşıldı
- Bu hastaların yaş, cinsiyet, cep telefonu kullanım durumu ve kullanıyorsa sıklığı (Günlük saat olarak) kaydedildi
- İstatistiksel Analiz SPSS paket programında yapıldı

BULGULAR

- Çalışmaya 13 erkek, 45 kadın toplam 58 kişi katıldı
- Yaş ortalamaları erkek(45.4±14), kadın (48±12.5) idi
- Erkeklerin 11'i (%84.6), kadınların 30'u (%66.7) cep telefonu kullanıyordu
- Ancak 2x2 tabloda Ki-Kare analizinde cinsler arasında istatistiksel bir anlamlılık yoktu
- Cep telefonu kullananlarda günlük saat olarak kullanım sürelerinin ortalamaları
- Erkek(1.64±0.8), kadın (1.5±0.77) idi
- Cinsler arasında kullanım süresi açısından bir anlamlılık yoktu

SONUÇ

- Çalışmamızda tiroidektomili hastalarda hem kadın hem de erkek cinsiyette cep telefonu kullanım yüzdesi kullanmayanlardan yüksekti
- Ancak cinsler arasında anlamlı bir farklılık yoktu
- Bulgularımız, bu konuda ileride yapılacak olan daha ayrıntılı çalışmalara kapı aralayacaktır

Anahtar Kelimeler: Tiroid, kanser, radyasyon, cep telefonu, genel cerrahi, aile hekimliği

P-182

TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ ZİYARETLERİ SIRASINDA AİLE HEKİMLİĞİ İLE İLGİLİ EDİNDİKLERİ GÖRÜŞ VE DÜŞÜNCELER

Çiğdem Apaydın Kaya¹, Özlem Sarıkaya², Pemra Ünalın¹, Serap Çifçili¹, Mehmet Akman¹, Arzu Uzuner¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD

AMAÇ: Bu bildiri tıp fakültesi 3. sınıf öğrencilerinin aile hekimliği uygulamasının ilk dönemlerinde gerçekleştirdikleri Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ziyaretleri sırasında edindikleri aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüş ve düşünceleri incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF) 3. sınıf öğrencileri 2000-2001 eğitim yılından beri Klinik Uygulamaya Giriş programı kapsamında birinci basamak (BB) sağlık kuruluşlarını ziyaret etmektedirler. İstanbul’da 2010 yılında Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesi ile birlikte öğrenciler, 2010-2011 eğitim yılından itibaren BB ziyareti için ASM’lere yönlendirilmektedirler. Öğrencilerin tıp eğitiminin erken dönemlerinde hasta ve toplumun sağlık sorunlarıyla karşılaşmasına, derslerde öğrendiklerini uygulayabilmelerine olanak tanıyan bu ziyaretlerin sonunda öğrencilerden ziyaretleri ile ilgili bir rapor yazmaları beklenmektedir. Her eğitim yılının başında rapordan beklenenler öğrencilere bildirilmektedir. Beklenen, öğrencinin ziyaretler sırasında neler uyguladıkları, öğrendikleri, çevreyle ilgili gözlemi, yaşadığı farklı deneyimler, beklentilerinin karşılanması durumu, kendisini güçlü ya da zayıf bulduğu durumlar, öğrenmesini kolaylaştıran faktörler gibi uygulamayla ilgili gözlemleri ve edinimleridir. Ancak öğrenciler onlardan beklenmediği halde 2010-2011 eğitim yılı raporlarında aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşüncelerini de belirtmişlerdir. 2010-2011 eğitim döneminde MÜTF 3. sınıfının mevcudu 136 idi. Öğrenciler İstanbul’da 18 farklı ASM’de 22’si aile hekimliği uzmanı olan 37 farklı hekimle bire bir uygulama yapmışlardır. Toplam 4 ziyaret sonrasında teslim edilen BB ziyareti raporları arasından 2 eğitici tarafından birbirinden kopyalanarak yazıldığı düşünülen raporlar dışlandıktan sonra kalan 123 rapor, aile hekimliği uygulaması ile ilgili bildirilen görüş ve düşünceler açısından incelenmiştir.

BULGULAR: Aile Hekimliği hakkında “olumlu” olarak değerlendirilen görüşlerden sıkça karşılaşılanları şöyle idi: “aile hekimliği ile doktorlar hastalarını daha kolay takip ediyorlar, hastalar da doktorlarından memnunlar”, “herkesin bir doktoru var ve kesinlikle yararlı bir uygulama”, “herşeyin bilgisayarda kayıtlı olması çok yararlı, zamandan kazandırıyor”, “hastaların doktorlarını tanımları ve yakın iletişim içinde olmaları oldukça olumlu”, “ASM’ler hastane yükünü hafifletiyor”, “hastaların kolay ulaşabilecekleri konumdalar”, “iyi bir uygulama örneği gördüm”, “sağlık sisteminin temelini oluşturuyor”, “halk doktorlarını, doktor hastasını sahiplenmiş”, “hastalıkların erken dönemde yakalanması sağlıyor” “kan alma, tansiyon ölçme gibi işlemler merkezin aktif kullanılmasını sağlıyor”, “aşı uygulaması sıkı takip altında”. Olumlulara göre daha az sıklıkla beyan edilen olumsuz görüşler de şöyleydi: “hastalar genellikle ilaç yazdırmaya geliyor”, “uygulama çoğunlukla ilaç yazdırmaya indirgenmiş. öykü alma, muayene yapma atlanıyor, ancak hastalar hallerinden oldukça memnun”, “tamamen performans odaklı”, “iş yükü artmış”, “bazı ilaçlar için hastaneden rapor alınıyor olması hastalara zorluk yaşıyor”, “yoğun bir çalışma ortamı var”, “misafir veya şehir değişikliklerinde hastalar ne yapılacağını bilmiyor”, “hemşirelerin iş yükü doktorlarınkinden fazla”.

SONUÇ: MÜTF öğrencileri BB ziyaretleri sırasında İstanbul’da aile hekimliğine geçişin ilk uygulamalarına yakından tanık olmuşlar ve genel olarak olumlu görüş beyan etmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak, Tıp Eğitimi, Toplum Sağlığı, Alan eğitimi

P-185

ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU OLAN HASTALARIN ALTERNATİF TIPLA İLGİLİ, BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Nurgül Balcı, Didem Sunay, Vildan Kantekin, Oğuz Tekin
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Ankara

AMAÇ: Alternatif tıp ve geleneksel bitkisel ürünlerin en sık tercih edildiği alanların başında soğuk algınlığı ve solunum yolu enfeksiyonları gelmektedir. Bu nedenle aile hekimlerinin alternatif tıp yöntemlerini, toplumun bu tedavilere bakış açısını, riskleri ve yararlarını bilmeleri gereklidir. Bu çalışmada aile hekimliği polikliniklerine üst solunum yolu enfeksiyonu ile başvuran hastaların alternatif tıp uygulamaları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Gözlemsel ve kesitsel nitelikteki çalışmaya, Aralık 2011-Mart 2012 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniklerine üst solunum yolu enfeksiyon semptomlarıyla başvuran hastalar dahil edildi. Katılımcılara sosyo-demografik özelliklerini, alternatif tıp yöntemleri ile ilgili bilgi ve tutumlarını araştırmak amacıyla hazırlanan anket formu uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 152 hastanın %51,3'ü 20-39 yaş, %27,6'sı 40-59 yaş aralığındaydı. Katılımcıların %44,1'i erkek, %55,9'u kadın, %55,3'ü evli, %34,9'u bekar, %9,9'u dul/boşanmıştı. Mesleklerine göre %30,9'u memur, %22,4'ü ev hanımı, %18,4'ü serbest meslek, %15,1'i öğrenci, %13,2'si işçiydi. Eğitim durumu; %22,4 'ü üniversite, %14,5'i yükseköğretim, %39,5'i lise, %21,7'si ilköğretim mezunu, %2,0'si okur-yazardı. Aylık gelir; %12,5'inde <500 TL, %27,0'sinde 500-999 TL, %44,1'inde 1000-1999 ve %16,4'sinde >=2000 TL idi. Katılımcılardan tanı konulmuş hastalıkları ile ilgili ilaçlarını düzenli kullananların oranı %58,6 idi. Katılımcıların %44,7'sine doktorları tarafından sigarayı bırakmaları önerilmiş ve %13,8'i bu öneriye uymuştu. Katılımcılar tarafından en çok bilinenlerin ve tedavi amaçlı kullanılan bitkisel ürünler; ıhlamur (%65,1), adaçayı (%40,1), limon (%38,8), turuncgiller (%34,2), sarımsak (%29,6), yeşil çay (%23,0), zencefil (%22,4), bal ve ballı içecekler (%15,1), ceviz (%19,7), nar suyu (%19,7), keten tohumuydu (%7,9). Yüzde 16,4'ü bir bitkisel ürün kullandığını belirtirken, %73,7'ü birden fazlasını tercih etmekteydi. Yüzde 72,4'ü üst solunum yolu enfeksiyon bulguları başladığında bitkisel ürün tercih ettiğini belirtti. Hastalıklardan kurtulmak için %50,7'si dua ettiğini belirtti. Vitamin kullananların oranı ise %10,5'di. Herhangi bir sağlık sorunu için akupunktur yaptıranların oranı %17,8'di, %53,3 ü düzenli doktor kontrolüne gidiyordu. Hastaların %16,4'ü medyadaki sağlıkla ilgili önerilere uyduğunu, %41,4 'ü ara sıra uyduğunu, %34,2'si eczacıların önerdiği ilaçları ara sıra kullandığını belirtirken, %33,6'sı önce doktoruna danıştığını söyledi. Tanıdıklarının önerilerine ara sıra uyduğunu belirtenlerin oranı %38,2'di.

SONUÇ: Hastalar üst solunum yoluyla ilgili yakınmalarında bitkisel ürünleri tercih etmekle, medyada sağlıkla ilgili önerileri dinlemekle beraber, tıbbi tedavilerine ve doktorlarının tavsiyelerine de uymaktadırlar. Aile hekimlerinin hastalarının alternatif tıp yöntemleri ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını bilmesi, yararlı olduğu kadar, toksik etkileri, kullanılan ilaçlarla etkileşimleri olan bu ürünlerin doğru ve bilinçli kullanılmasını ve böylece hastalarının koruyabilmelerini sağlar.

Anahtar Kelimeler: ANAHTAR KELİMELER: Alternatif tıp, üst solunum yolları enfeksiyonu, bilgi, tutum

P-186

TEKRARLAYAN ATEŞ, TONSİLLOFARENJİT VE AFTÖZ STOMATİTİ OLAN ERİŞKİN HASTA: BEHÇET HASTALIĞI? PFAPA SENDROMU? FMF?Selçuk Akturan¹, Ferhat Ekinci¹, Çiğdem Apaydın Kaya¹, Pamir Atagündüz²¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bu bildiriye tekrarlayan ateş, tonsillofarenjit ve aftöz stomatit ile başvuran erişkin bir hastanın PFAPA (periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit, adenit) Sendromu, FMF ve Behçet ön tanıları ile değerlendirilmesi ve ani görme kaybı gelişmesi ile yapılan kranyal venogram sonucu venöz sinüs trombozu saptanması ile hastaya nörobeçet tanısı koyma süreci sunulmaktadır.

VAKA: 29 yaşında, erkek hasta, 4 yıldır ayda bir tekrarlayan oral aftlar, yüksek ateş ve sık tekrarlayan boğaz enfeksiyonu nedeni ile ileri tetkik amacı ile polikliniğimize yönlendirilmişti. Daha önce bu şikayetler ile hastaya tonsillektomi uygulanmasına ve defalarca antibiyotik tedavisi verilmesine rağmen yakınmaları 1-2 ayda bir tekrarlamıştı. Atakların çoğunda sedimentasyon, CRP ve lökositler yüksek saptanmakla birlikte boğaz, idrar, gaita ve kan kültürleri negatif, HBsAg:(-), Anti-HIV:(-), ANA: (-), AntiDsDNA: (-), tüm batın USG normal olarak değerlendirilmişti. Polikliniğimize başvurduğu sırada tekrarlayan ateş, tonsillofarenjit ve aftöz stomatit öyküsüyle birlikte 10 gündür devam eden baş ağrısı, ara sıra görmede bulanıklık, kilo kaybı, yutkunmada güçlük, gece terlemesi ve büyük eklemlerde ağrı dışında bir yakınması yoktu. Soygeçmişinde yeğeninde FMF olmasının dışında önemli bir özellik yoktu. Fizik muayenesi doğaldı. Hasta PFAPA, Behçet Hastalığı, FMF ve enfeksiyon ön tanıları ile değerlendirmeye alındı. 06.05.2011 tarihinde sedimentasyon:43, lökosit: 15900, IgA: N, IgG: N, C3 ve C4 normal bulundu. HLA B5:-, HLA B27:-, HLA B51:-, FMF gen analizi negatif olarak değerlendirildi. Dermatoloji konsültasyonunda yapılan paterji testi 1/6(+) ile şüpheli değerlendirildi ve hastaya kolşisin başlanması önerildi. Yeni başlayan baş ağrısı ve görme bulanıklığı nedeni ile istenen Nöroloji konsültasyonunda MR ile belirlenen servikal lordozda düzleşme dışında herhangi bir patoloji bildirilmedi. Hastanın üveit ve bulanık görme açısından değerlendirilmesi istenen Göz Hastalıkları konsültasyonunda muayene bulguları normal olarak bildirilmiştir. Kolşisin kullanımı ile yakınmaları gerileyen hasta, kolşini düzenli kullanmadığı dönemde tekrar yutma güçlüğü, ateş ve oral aft yakınmaları ile 01.06.2011 tarihinde polikliniğimize başvurdu ve 80 mg İ.M prednisolon uygulanması ile yakınmaları ve CRP, Sedimentasyon yüksekliği normale dönmesi ile PFAPA Sendromu olabileceği de düşünüldü. Ancak, 10 gün sonra gelişen ani görme kaybı nedeni ile başvurduğu acil serviste papilödem saptanıp çekilen kranyal MR venografide sol transvers sinüs trombozu tespit edilen hastaya nörobeçet tanısı konulmuştur. Hasta halen nörobeçet tanısı ile Romatoloji ve Aile hekimliği polikliniklerince takip edilmektedir.

Tartışma ve SONUÇ: Vakamız PFAPA ve FMF tanı kriterlerini doldurmasına rağmen vasküler/nörolojik tutulum gözlenene kadar Behçet Hastalığı tanı kriterlerini doldurmamakta idi. Bu durum Behçet tanısının konulabilmesi için literatürde de bildirildiği gibi bazen uzun zaman geçebileceğini düşündürmektedir. Aynı anda bu üç hastalığın birlikte görülebileceği konusu da ayrı bir tartışma konusu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aftöz stomatit, Behçet Hastalığı, FMF,PFAPA Sendromu, Tekrarlayan ateş

P-187

MASTODİNİ VE ANKSİYETE

Nurgül Balcı¹, Vildan Kantekin¹, Didem Sunay¹, Osman Aydın², Nadir Turgut Çavuşoğlu², Yusuf Ergün³, Oğuz Tekin¹, Mehmet Onat Çakıt¹

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Ankara

²Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

³Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

AMAÇ: Memelerde ağrı (mastodini) kadınlar arasında oldukça yaygın bir yakınmadır ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Mastodini ile kişi günlük normal yaşam aktivitelerini engelleyebilecek derecede kaygı duyabilir. Ağrı çok boyutlu etmenlerden kaynaklanabilen biyokimyasal, psikolojik, çevresel bir durumdur. Aile hekimliği disiplininin en önemli özelliği olan biyopsikososyal yaklaşım bu durumlarda önemlidir. Bu çalışmada mastodini şikayeti mevcut olan ve olmayan kadınlarda anksiyete durumu ve etki eden sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Gözlemsel ve vaka-kontrol olan çalışmaya, Haziran-Ekim 2011 tarihlerinde Kadın-Doğum, Genel Cerrahi ve Aile Hekimliği polikliniklerine mastodini şikayeti olan ve olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 204 kadın dahil edildi. Katılımcıların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, doğum bilgileri, emzirme bilgileri, sigara içme durumu, menstrual düzeni ve menopoz durumları kaydedildi. Anksiyete bozukluğu Beck Anksiyete Ölçeği ile değerlendirildi. Faktörlerin bir aradaki etkilerini değerlendirmek için Lojistik Regresyon analizi yapıldı. Lojistik Regresyon analizinde anlamlı olanlar bağımsız gruplarda ikili karşılaştırma ve Ki-kare testi ile değerlendirildi. $P < 0.05$ olması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Mastodini şikayeti olan 102 kadının yaş ortalaması $39,7 \pm 9,8$ yıl, mastodini şikayeti olmayan kontrol grubundaki 102 kadının yaş ortalaması $37,0 \pm 10,1$ yıldır. Vaka grubunun %87,3'ü, kontrol grubunun ise %66,7'si evliydi. Vaka grubunun %28,4'ü, kontrol grubunun ise %52'si sigara içiyordu. Emzirme ayı ortalamaları vaka grubunda $17,7 \pm 15,5$, kontrol grubunda $9,9 \pm 1,2$ idi. Anksiyete skoru ortalamaları vaka grubunda $15,7 \pm 9,0$, kontrol grubunda $13,2 \pm 8,3$ idi. Lojistik Regresyon analizinde mastodini üzerinde medeni durum ($p=0,036$), emzirme süresi ($p=0,002$), anksiyete skoru ($p=0,018$), sigara içme ($p < 0,001$) faktörlerinin etkili olduğu görüldü.

SONUÇ: Evli olan, daha uzun süre emzirmiş olan ve sigara içmeyen kadınlarda mastodini şikayetin daha çok olduğu görüldü. Bu sonuçların netleştirilmesi ve açıklanabilmesi için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır. Mastodinide anksiyetenin fazla olması şikayetlerin meme kanseriyle ilişkili olabileceği kaygısından kaynaklanabilir. Meme yakınmalarının sebebi patolojik durum olmayabilir ama kişinin kaygılarını en erken dönemde gidermek önemlidir.

Anahtar Kelimeler: ANAHTAR KELİMELER: Mastodini, anksiyete, ilişkili faktörler

P-190

AİLESEL HİPOKALEMİK ALKALOZ: GİTELMAN SENDROMU

Bahriye Bahar Yücel, Didem Altay Gazi, Nurşah Özkan
Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Klinik, İstanbul

Gitelman sendromu, hipokalsüri, hipomagnezemi, idrarda sodyum ve klor kaybının görüldüğü, tabloya hiperreninemi ve hiperaldosteronizmin eşlik ettiği otozomal resesif geçişli ailesel hipokalemik alkaloz sendromlarından biridir. Genellikle erişkin yaşta tanı alır. İyi prognozudur ve hipertansiyon eşlik etmez. Bu yazıda dirençli hipokalsemi, hipokalemi, metabolik alkalozu olan normotansif 25 yaşında bir bayan hasta sunulmuştur.

OLGU: 25 yaşında kadın hasta ellerde uyuşma ve kasılma şikayetiyle acil dahiliye servisine başvurdu. Tetkiklerinde Ca:7.7mg/dl ve K:2.7mg/dl saptandı. Kalsiyum ve potasyum replasmanları sonrası elektrolit değerleri değişmeyen hasta interne edildi. Takiplerinde normotansif seyreden hastanın hemogram, geniş biyokimya, tam idrar tahlili, EKG ve hormon tetkikleri yapıldı. Ca:8.1mg/dl, Mg:0.8mg/dl, K:3.1mmol/l, 24 saatlik idrarda sodyum 285.66mmol/gün, klor 270.204mmol/gün, kalsiyum 23.3mg/gün, fosfor 256.3mg/gün, magnezyum 19.596mg/gün, aktif renin 132ng//L, aldosteron 334pg/mL saptandı. Bakılan kan gazında metabolik alkaloz olduğu görüldü. Batın USG'de; sol böbrekte çift toplayıcı sistem izlendi. Laksatif yada diüretik ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın mevcut durumunun Gitelman sendromu ile uyumlu olduğu görülerek spironolakton 100mg tablet 1x1, magnezyum sitrat 300mg saşe 3x1 tedavisi başlandı. Potasyum, magnezyum ve kalsiyum düzeyleri sırasıyla 3.5mmol/L, 1.5mg/dL ve 9.7mg/dl'ye kadar yükseldi. Genel durumu düzelen ve şikayetleri kaybolan hasta poliklinik kontrolüne çağırılarak taburcu edildi.

TARTIŞMA: Kronik ve tedaviye dirençli hipokaleminin en sık sebepleri Gitelman sendromu, tekrarlayıcı kusmalar ve diüretik bağımlılığıdır. Gitelman sendromu, distal tübülde tiyazide duyarlı Na/Cl kotransporterini kodlayan SCL12A3 genindeki mutasyon sonucu oluşan ve normal kan basıncı, hipokalemi, metabolik alkaloz, hipomagnezemi ve hipokalsüri ile seyreden bir hastalıktır. Bartter sendromunda ise temel bozukluk Henle kulbunun çıkan kalın segmentinde sodyum geri emilimindedir. Henle kulbunun çıkan kalın kolunda kalsiyum ve magnezyum emilimi engellenir. Magnezyumun bir kısmı distal kıvrımlı tübülden geri emildiği için magnezyum kaybı da azalır. Genellikle yaşamın ilk yıllarında teşhis edilir. Hastalarda oliüri-polidipsi, büyüme geriliği, dehidratasyon, kas kuvvetsizliği ve nefrokalsinozis saptanır. Gitelman sendromu hipokalsüri, hipomagnezemi ve serum renin aktivitesinin artmasına rağmen idrarda prostaglandin E2 atılımının normal olması ile Bartter sendromundan ayrılabilir.

İyi bir anamnez ve fizik muayene ile blumia veya laksatif bağımlılığı tespit edilebilir. Laksatif bağımlısı olanlarda hipokalemi ile birlikte sıklıkla metabolik asidoz görülür. Diüretik bağımlılığında idrarda sodyum, potasyum ve klor atılımı Gitelman sendromlu hastalardan daha yüksek bulunur.

Gitelman sendromunun tedavisinde potasyum-magnezyum replasmanı, potasyum tutucu diüretikler ve ACE inhibitörleri kullanılabilir. Sonuç olarak metabolik alkaloz ve hipokalemi olan normotansif erişkin bir hastada, ailesel hipokalemik alkaloz sendromlarından, Gitelman sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipokalemi, Metabolik alkaloz, Hipokalsemi, Hipokalsüri, Gitelman sendromu

P-191

SİGARAYI BIRAKMIŞ KİŞİLERDE KONTRASTSIZ TOMOGRAFİ İLE TORAKS TARAMASI

Bektaş Murat Yalçın, Mustafa Ünal, Hasan Pirdal, Öznur Altuntaş
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Sigara kullanımına bağlı izlenen kanserlerden en önemlisi olan akciğer kanseri için günümüzde önerilen herhangi bir tarama yöntemi birinci basamak periyodik sağlık bakıları içinde yer almamaktadır. Yapılan yeni bir derlemede seçilmiş sigarayı bırakmış hastalarda düşük radyasyonlu toraks tomografisi çektirmenin yararlı olduğuna dair kanıtlar ortaya konulmuştur. Bu amaçla ölçütlere uyan hastalar taramadan geçirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırmaya Mayıs 2011- Mart 2012 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakma Polikliniği'ne sigara bırakmak amacıyla başvurup en az iki ay sigarayı bırakmış, 25 yıl/paket üzerinde sigara içimi hikâyesi, ailesinde sigara ile ilişkilendirilmiş herhangi bir kanser öyküsü olan 40 yaş üstü kişiler dâhil edilmiştir. Ölçütlere uyan kişilerle görüşülmüş ve isteklilere düşük radyasyonlu tomografi çektirilmiştir. Kişilere ilk başvurularında Fagerstrom Bağımlılık testi uygulanmış, ayrıntılı nikotin kullanım (paket/yıl), aile ve kişisel sağlık özellikleri sorgulanmıştır. Sigara bırakmak için yardımcı ilaç verilebileceği için kişilerin ilaç başlanılmadan önce kan biyokimyası ve tam kan sayımı değerleri incelenmiştir.

BULGULAR: Araştırmaya katılan 14 hastanın 3'ü (% 21,4) kadın, 11'i (% 78,6) erkekti (ortalama yaş= 50,43 ± 5.17 yıl). Vakaların 12'si (% 85,7) evliydi ve 6' sı (% 42,9) emekli idi. Kişilerin tümüne psikoterapi teknikleri ile beraber nikotin yerine koyma tedavisi ve sigara bırakmak için ilaç verilmişti. Vakalar ortalama 129, 71± 48,1 gündür sigara içmiyorlardı. Fagerström nikotin bağımlılık skoru= 6,21± 1,25 iken, paket/yıl ortalama= 42,0± 17,71 idi. Kişilerin 3'ünde sigaraya bağlı aile hikâyesi yoktu (21,4). Buna karşın 3 kişinin (%21,4) birinci derece, 2 vakanın (%14,3) ikinci derece akrabalarında sigara nedeniyle oluşmuş en az bir kanser hikâyesi vardı. 6 kişinin (%42,9) birinci ve ikinci derece akrabalarında sigara nedeniyle oluşmuş kronik bir hastalık saptandı. Vakaların kan biyokimya sonuçlarına göre BUN= 22,2± 14,34 mg/dL, Kreatinin= 1,3± 1,9 mg/dL, AST= 19,6± 6,76 U/L, ALT= 21,4± 12,2 U/L, Hemogloblin= 14,8± 0,98 g/dL, Hemotokrit= 46,0± 3,8 %, Platelet= 296,5± 65,9 bin/uL olarak bulunmuştur. Tarama yapılan kişilerden birisinde aksesuar dalak (%7,1) izlenirken 3 vakada geçirilmiş Tbc sekeli (%21,3) saptandı. Toplamda beş vakada (%35,5) akciğerin çeşitli yerlerinde izlenen mikro kalsifiye nodüller için takip önerildi.

SONUÇ: Bu çalışmada seçilmiş vakalarda düşük dozlu tomografi çekilmesinin bazı kişilerdeki şüpheli olayların tespiti için önemli bir tarama aracı olabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: akciğer ca, tomografi, sigara bırakma, periyodik muayene

P-192

MEME YAKINMASIYLA GELEN VE KİTLE SAPTANAN HASTALARIN, FİZİK MUAYENE VE GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Levent Karakuş¹, Ümit Aydoğan¹, Oktay Sarı¹, Zafer Kılbaş², Servet Yüksel¹, Mehmet Gölcür¹, Halil Akbulut¹, Semih Dikkatli², Kenan Sağlam³, Müjdat Balkan², Turgut Tufan²

¹Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Etlik, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Etlik, Ankara

³Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Bilim Dalı, Etlik, Ankara

AMAÇ: Meme kanserinin insan hayatı açısından taşıdığı önem göz önünde bulundurulduğunda; tanının erken konması mortalite ve morbidite oranını azaltmaktadır. Çalışmamızda GATA Genel Cerrahi Kliniği'nde memede kitle tanısıyla yatan hastaların, dosyalarını geriye dönük olarak inceledik.

GEREÇ-YÖNTEM: Memesinde kitle tespit edilip opere edilen toplam 52 hastanın dosyası retrospektif olarak tarandı. Hastalara ait sosyodemografik veriler ile yapılan tetkik (Ultrasonografi, mamografi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi) sonuçlarını kaydettik.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı, 47.6±12.5 (22-87 yıl) olarak tespit edildi. Hastaların %78.8 (n=41)'i memede kitle ile başvurmuştu. %11.5 (n=6)'inde memede ağrı, %9.6 (n=5)'sında ise meme başında akıntı yakınması vardı. Yapılan fiziki muayenede; hastaların %1.9 (n=1)'unun, her iki memesinde ele gelen kitle vardı. %26.9 (n=14)'unda sol memede kitle saptanmışken, %26.9 (n=14)'unda sağ memede kitle saptandı. Memede kitle olan 4 hastada (%7.7) aksiller lenfadenopati tespit edildi. Yaş durumuna göre yapılan görüntüleme yöntemlerine göre (mamografi, manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonograf,) 45 hastada (%86.5) kitle tespit edildi. Kitlelerden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucunda, 17 hastada fibrokistik değişiklik, 7 hastada fibroadenom, 14 hastada infiltratif veya invaziv duktal karsinom saptandı. Bunlardan 33 hastaya (%63.5) eksizyonel biyopsi veya kitle eksizyonu, 2 hastaya (%3.8) lumpektomi, 17 hastaya (%32.7) ise mastektomi operasyonu uygulanmıştı.

SONUÇ: Meme patolojileri, sonuçları nedeniyle ihmal edilmemesi gereken, kadın yaşamında ciddi sorunlara yol açan problemlerdir. Birinci basamağa başvuran hastaların rutin meme kontrolleri yapılmalı, hastalığın önemi vurgulanmalı ve kendi kendilerine meme muayenelerini yapabilmeleri için gerekli eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Memede kitle, görüntüleme yöntemi

P-193

SAĞLIKLI ERKEKLERDE MARAŞ OTU (DUMANSIZ TÜTÜN) KULLANIMI İLE SİGARA KULLANIMININ KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞU ÜZERİNE OLAN ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASIBetül Bakan¹, Mustafa Haki Sucaklı², Fuat Özkan³, Ökkeş Bilal⁴, İdris Altun⁵¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD.²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji AD.⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji AD.⁵Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahi AD.

AMAÇ: Tütün kullanımının düşük kemik mineral yoğunluğu (KMY) ve osteoporoz için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir. Türkiye’de ‘Maraş Otu’ olarak adlandırılan dumansız tütün türünün, özellikle Kahramanmaraş ve çevresindeki illerde birçok bağımlısı bulunmaktadır. Bu çalışmada Maraş otu (MO) kullanımı ile sigara içiminin KMY üzerine olan etkisi karşılaştırıldı.

YÖNTEM: Yüz yirmi sağlıklı erkek (MO kullanan 60 kişi, sigara içen 60 kişi) çalışmaya alındı. Çalışmaya katılan kişilere; demografik bilgileri, sağlık durumları, alkol- tütün- beslenme alışkanlıkları ve kullandıkları ilaçları sorgulayan bir anket formu uygulandı. KMY’yi etkileyecek herhangi bir patolojisi olanlar çalışma dışı bırakıldı. KMY non-dominant elden falangial RA ile ölçüldü. MO kullanan erkelerini KMY(gr/cm²) değerleri, sigara içen erkeklerin KMY değerleri ile karşılaştırıldı. Denekler Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre normal, osteopenik ve osteoporotik olarak sınıflandırıldı.

SONUÇLAR: Yüzotuzbeş kişi çalışmaya katılmayı kabul etti. On beş kişi çalışma dışı bırakıldı, 120 kişinin verileri değerlendirildi. Yaş ortalaması MO kullananlarda 64± 10, sigara kullananlarda 62 ±10 yılı. Tütün kullanma sürelerinin ortalaması MO kullananlarda 31±14, sigara kullananlarda 36 ±13 yılı. MO kullanan erkeklerin falangial KMY değerlerinin ortalaması (0,31±0,04 g/cm²), sigara kullanan erkeklere (0,33±0,03 g/cm², p=0.04) göre anlamlı derecede daha düşüktü. MO kullanan erkeklerin 9’u osteoporotik (%15), 14’ü osteopenik (%23) ve 37’si (%62) normaldi.

Sigara kullanan erkeklerin ise 4’ü osteoporotik (%7), 9’u osteopenik (%15) ve 47’si (%78) normaldi.

TARTIŞMA: MO kullanan erkeklerin KMY değerleri sigara kullananlara göre daha düşüktü. Sonuçlarımız başka çalışmalarla desteklenirse, MO kullanımı osteoporoz için sigaradan daha güçlü bir risk faktörü olduğu söylenebilir

Anahtar Kelimeler: Maraş Otu, sigara, kemik mineral yoğunluğu

P-194

BİRİNCİ BASAMAKTA TAKİP EDİLEN DİYABET HASTALARININ EĞİTİM ÖNCESİ BİLGİ DÜZEYLERİ: ÖN TEST

Senem Aslan Tengürek¹, Tolunay Demirdamar Gelgin², Sabah Tüzün³

¹Pendik 5 nolu Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul

²Gazi Mahallesi Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul

³Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Diyabet hastalığı yaşamın her alanında yer alan ilerleyici geri dönüşümsüz ve birçok sistemi etkileyen kronik bir hastalıktır. Alışlagelmiş beslenme hatalarının düzenlenmesi ve egzersiz programının hayata katılması, düzenli kan şekeri ölçümü ve regülasyonu için tedavi seçeneklerini içeren hasta eğitimi başlanmalıdır (1).

AMAÇ: İstanbul'da benzer sosyokültürel özelliklere sahip iki farklı ilçede ASM'ne kayıtlı diyabet hastalarının diyabetle ilgili bilgi tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Bu çalışma hastalara verilecek grup eğitimleri sonrasında metabolik kontrol ve eğitim sonrası bilgi düzeyinin tekrar ölçümünü içeren 2 aşamadan oluşacak şekilde planlanmıştır. Çalışma 2011 yılı içinde Pendik ve Sultanbeyli'deki iki aile sağlığı merkezine kayıtlı toplam 125 Tip 2 Diabetes Mellitus hastası ile yapıldı. Polikliniğe başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara bire bir bilgi tutum ve davranışları içeren 10 sorudan oluşan anket uygulandı. Veriler SPSS 15,0 ile analiz edilerek değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamıza katılmayı kabul eden 125 kişinin n:78(%62,4) kadın, n:47 (37,6) erkek olduğu, yaş ortalamasının 54 (min:27, max:81) olduğu, n: 12 (%9,6) kişinin yeni tanı aldığı, n:56 (44,8) hastalığının ilk 5 yılında olduğu, n:45 (%35) 10 yıldır diyabet hastası, n:12 (%10,6) kişinin ise 10 yıldan fazla süredir diyabet hastası oldukları tespit edildi. Örneklem grubumuzun n:66(52,8) kişinin Sultanbeyli'de, n:59 (%47,2) Pendik'de yaşadığı tespit edildi. Çalışmaya katılan n:53(%42,7) kişi açlık kan şekerinin kaç olması gerektiğini bilmediği, n:27 (%21,7) kişinin ise yanlış bildiği tespit edildi. 57(%46.0) kişinin ise tokluk kan şekerinin kaç olması gerektiğini bilmediği tespit edildi(2). 109 (%87.2) katılımcının şeker ilaçlarını her gün kullanmak gerektiğini bildikleri, ancak 89 (%71,2) kişinin bel çevresi ile diyabetin bir alakası olmadığını düşündükleri bulundu. Diyabet başka organlara zarar verir mi diye sorulduğunda ilk akıllarına gelen organ hasarı sıralamasında birinci sırayı kalp n=26 kişi (%25.7), 2. sırada böbrek n=56 (%55.4) 3. sırada damar hastalıkları n=1(%1.0) ve 4. sırada ise göz hasarı n=18 (%17.8) almıştır. Tüketilmemesi gereken gıdaların hamur işi, ekmek, sofra şekeri ve tatlı olduğu 116 kişi (%92,8) kişi tarafından doğru olarak bilinirken, HbA1c hakkında n:110(%88) kişinin hiçbir fikri olmadığı, sadece 15(%12) kişinin Hb A1c nin ne olduğu konusunda bilgi sahibi olduğu tespit edildi. Diyabet hastalığı bulaşıcı mıdır? Sorusuna ilginç olarak 12 (%9,6) kişi 'bulaşır' derken 44 kişi (%35,2) kişi 'bulaşıp bulaşmadığını bilmediğini' söyledi.

SONUÇ: Diyabet eğitimi kapsamlı, sürekli ve ulaşılabilir danışmanlık sunumunu ve davranış değişikliği tekniklerini içerir. Tüm hastaların eğitimi, onların eğitim düzeylerine, altyapılarına, bireysel ihtiyaçlarına ve yaş, etnik, kültürel inançlar gibi bireysel özelliklerine uygun olmalıdır. BB sağlık hizmeti sunumu tüm bu sağlık yönetimi için gerekli şartları sağlamaktadır.

Kaynaklar: 1.Uluslararası Diyabet Eğitim Standartları 3.Baskı International Diabetes Federation, 2009 2.TEMD 2011 Raporu

Anahtar Kelimeler: aa, bb

P-195

KAHRAMANMARAŞ HUZUREVİ'NDE YAŞAYAN YAŞLILARIN YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Haki Sucaklı¹, Betül Bakan², Mustafa Çelik¹

¹Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD.

AMAÇ: Biz bu çalışmada huzurevinde kalan yaşlıların sosyodemografik özelliklerini ve yaşam kalitelerini tespit etmeyi amaçladık.

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışma grubunu Kahramanmaraş il merkezinde bulunan huzurevinde kalan yaşlılar oluşturmaktadır. Huzurevinde 93 yaşlı barınmaktadır. Yaşlıların 91'ine sosyodemografik özelliklerini tespiti için hazırlanan anket uygulandı. Akli melekeleri ve kooperasyonu yerinde olan 41 yaşlıya ise Türk toplumuna uyarlanmış yaşam kalitelerini ölçmeye yönelik kısa form 36 uygulandı. Kısa form 36 ölçeği sağlığı 0-100 arasında değerlendirir. Puan yükseldikçe yaşam kalitesinin iyi olduğu şeklinde değerlendirilir.

BULGULAR: Yaşlıların %65.9'u erkek, %34.1'i ise kadın, yaş ortalamaları ise 75.8 idi. Yaşlıların yaklaşık yarısı (%48.4) okur-yazar değildi. Mesleklere bakıldığında %20.9'u işçi, %17.6'sı çiftçi, %15.4'ü ise esnaf idi. Sadece kadınların mesleklerine bakıldığında %87.1'i ev hanımı, %12.9'u ise memur idi. Yaşlıların medeni durumları ise; %12.1 evli, 14.3 bekar, 47.3 dul ve 26.4 boşanmış şeklinde idi. Katılımcıların huzurevinde kalma süreleri ortalaması 3.1 yıl idi. Halen sigara içenlerin oranı 17.6 (16 kişi), Maraş otu kullananların oranı 14.3 (13 kişi) idi. Başka bir deyişle huzurevinde kalan yaşlıların %31.9'u nikotin bağımlısı idi. Yaşlıların %80.2' sinin en az bir kronik hastalığı vardı.

Huzurevinde kalan yaşlıların kısa form-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık puan ortalaması 42.25 ± 13.04 , mental sağlık puan ortalaması ise 44.98 ± 9.89 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca kısa form-36 nın alt ölçeklerine bakıldığında en düşük puan 41.77 ± 9.83 olarak genel sağlık alt ölçeğinde, en yüksek puan ise 50.36 ± 9.82 ile vitalite (canlılık) alt ölçeğinde tespit edilmiştir.

SONUÇ:

Elde ettiğimiz sonuçlar huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Huzurevlerinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerinin ve yaşam kalitelerini etkileyecek tüm değişkenlerin incelenmesi bu alandaki müdahaleler için veri sağlayacaktır. Bu veriler ışığında huzurevinde kalan yaşlıların yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik faaliyetlere hız verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi, huzurevi

P-196

ÇOCUKLARDA GÖĞÜS DUVARI DEFORMİTELERİ NE SIKLIKTA GÖRÜLÜYOR? - AYDIN İL TARAMASIGüzel Dişciğil, Ayfer Gemalmaz

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Aydın

GİRİŞ-AMAÇ: Göğüs duvarı deformiteleri genelde ciddi sağlık sorununa yol açmamaktadırlar. Ancak bazı durumlarda özellikle kardiyopulmoner sorunlar nedeniyle ortopedik düzeltme operasyonları gerekebilmektedir. Göğüs duvarı deformitelerinin sıklığı %0.01-0.1 olarak bildirilmektedir. En sık görülen göğüs deformitesi ise pectus excavatum'dur. Sıklıkla herhangi bir sağlık sorununa yol açmasa da ileri derecede olan deformitelerin yol açabileceği, özellikle kardiyopulmoner sorunlar, erken dönemde solunum egzersizleri gibi destek tedavilerle aşılabilmektedir. Bu çalışmamızda, Aydın ilinde yaşayan ilköğretim çağı çocuklarında görülen göğüs deformitelerinin sıklığını, tiplerini ve ilişkili faktörleri saptamayı amaçladık.

YÖNTEM: Araştırma için Milli Eğitim Bakanlığı'ndan izin alındıktan sonra Aydın il merkezindeki ilköğretim okullarından rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 6-15 yaş arası 1352 çocuğa, velilerinden bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra tarama yapıldı.

BULGULAR: Taranan çocukların 683'ü (%50.5) kız, 669'u (%49.5) erkekti. Yaş ortalaması 10.46 ± 2.36 idi. Yirmi sekiz çocukta (%2.1) herhangi bir göğüs deformitesi saptandı. Saptanan göğüs deformitelerinin 6'sı (%0.4) pectus excavatum, 19'u (%1.4) pectus carinatum ve 3'ü (50.2) tanımlanamayan göğüs deformitesiydi. Göğüs deformiteleri erkek çocuklarda daha sık görülmekteydi ($\chi^2=13.33$, $p=0.004$). Saptanan 6 pectus excavatum'un hepsi erkeklerde görülürken, pectus carinatum görülen çocukların da 15'i (%79) erkekti. Göğüs deformitesi saptanan çocukların hiçbirinde bilinen başka bir sağlık sorunu yoktu.

SONUÇ: Aydın ilinde göğüs deformiteleri sıklığı literatürde bildirilen oranın üstündedir. Göğüs deformiteleri arasında ise pectus carinatum en sık görülmektedir. Aile hekimlerinin saptadıkları göğüs deformitelerini sadece kozmotik sorun olarak görmemeleri, izlemeleri ve gerekirse solunum egzersizleri gibi destek tedavilere yönlendirmeleri, ileri dönemlerde ortaya çıkabilecek kardiyopulmoner sorunları önlemek açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: pectus excavatum, pectus carinatum, göğüs, deformite, çocuk

P-197

SİGARA BIRAKMA MERKEZLERİNE BAŞVURAN HASTALARDA NİKOTİN BAĞIMLILIĞINA YAKLAŞIM VE AİLE DESTEĞİ

Vildan Kantekin¹, Didem Sunay¹, Nurgül Balcı¹, Murat Parpucu²

¹T.C.S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

²T.C.S.B Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara

AMAÇ: Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sigara bağımlılığı ile ilgili yürütülen eylem planları toplumda farkındalık yaratmış ve bu amaçla kurulan sigara bırakma poliklinikleri yoğun ilgi görmüştür. Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğine başvuran kişilerin sosyodemografik özellikleri, bırakma kararında etkili faktörler ve aile desteğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Retrospektif nitelikteki çalışmaya, Ocak 2012 ve Mart 2012 tarihleri arasında S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar alındı. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, nikotin bağımlılık düzeylerini, sigara bırakma nedenlerini ve bırakma konusunda kendine güvenlerini belirleyici sorulardan oluşan anket formları incelendi.

BULGULAR: Toplam 126 kişinin yaş ortalaması (39,3±12,6) yılı. Katılımcıların %23,8'i 26-35 yaş, %20,6'sı 36-45 yaş aralığında olup %61,9'u kadın, %38,1'i erkekti. Medeni duruma göre dağılım; %75,4'ü evli, %19,0'u bekar, %5,6'sı dul/boşanmıştı. Mesleklere göre dağılım; 60,3'ü ev hanımı, %27,8'i serbest meslek, %4,0'ü memur, %5,6'sı öğrenci, %2,4'ü işçiydi. Eğitim durumuna göre dağılım; %61,1'i ilköğretim, %20,6'sı lise, %14,3'ü üniversite mezunu, %4,0'ü okur-yazardı. Aylık gelir %34,1'inde <1000 TL, %29,4'ünde 1000-1999 TL, %20,6'sında ≥2000 TL idi. Fagerström skoruna göre hastaların bağımlılık düzeyleri; %1,6'sı 1-2, %3,2'si 3-4, %4,8'i 5, %38,9'u 6-7, %51,6'sı 8-10 düzeyindeydi. Sigaraya başlamada en sık neden özenti (%83,3) olarak bildirilmişti. Sigara içme durumu katılımcıların büyük bir bölümünde (%84,1) 25 paket/yıldan daha azdı. Yüzde 57,1'inde evde başka sigara içen vardı ve bunların %32,3'ü bırakmayı düşünüyordu. Sigarayı bırakma nedenleri arasında en çok bildirilen sağlık problemleri (%76,2), maddi sebepler (%9,5), aile baskısıydı (%4,0). Sigarayı bırakma konusunda kendine güvenenlerin %33,3'ü iken %23,8'i kendine güvenmediğini bildirdi.

SONUÇ: Özenti ile başlayan ve yüksek düzeyde bağımlılık yapan sigara en çok sağlık üzerine olumsuz etkilerinden dolayı bırakılmak istenmektedir. Bir aile üyesinin sigarayı bırakmaya karar vermesi, sigara içen diğer üyelerde de farkındalık yaratmakta ve bırakma isteği uyandırmaktadır. Sigara içmeyen aile üyeleri ise içenlerin bırakmasında zorlayıcı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sigara Bırakma, Aile Desteği

P-200

35.19.142 NO.LU AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİNE BAĞLI NÜFUSTA DİYABET PREVALANSI VE DİYABETİK OLGULARDAKİ HEMOGLOBİN A1 C İLE AÇLIK KAN ŞEKERİ DÜZEYLERİ

Şevket Akar

KONAK 28 NO.LU GÖZTEPE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmadaki amaç aile hekimliği yaptığımız nüfustaki diyabet prevalansını ortaya koymak, yaş ve cinsiyetlere göre olguların dağılımını belirlemek, bunlar arasında insülin bağımlı olanların ve olmayanların oranını saptamak, ayrıca Hemoglobın A1c ve açlık kan şekeri düzeyleri yönünden dağılımlarını saptamak idi.

BULGULAR: Aralık 2011 tarihi itibarıyla kesin kayıtlı nüfus sayımız 2862 dir. Bunların 1531 tanesi kadın (%53.49), 1331 tanesi erkektir (%46.51). Diyabetik hasta sayısı 355 tir. Aile hekimliği birimimize kesin kayıtlı nüfusta diyabet prevelansı %12.4 dür. Diyabetik olguların 138 tanesi erkek (38.87), 217 tanesi kadındır (%61.13).İnsülin bağımlı olmayan diyabetik olguların sayısı 222 (%62,54), insülin bağımlı olanların sayısı 133 (%37.46) tür. İnsülin bağımlı olmayan diyabetik olguların 81 tanesi erkek (%36.49), 141 tanesi kadındır(%61.51). İnsülin bağımlı olan diyabetik olguların 57 tanesi erkek (%42.86), 76 tanesi kadındır (%57.14). Olguların Hemoglobın A1c ve açlık kan şekeri değerleri tablolar halinde dökümante edilmiştir.

SONUÇ: Multisistemik bir rahatsızlık olan diyabetin kesin kayıtlı nüfusumuzdaki prevalansı %12.4 tür. Bozulmuş glukoz toleransı ve bozulmuş açlık şekeri olan olguların da ileride diyabetik olmaları beklenmektedir. Bunun yanı sıra diyabetik olduğunu bilmeyen olgular da mevcuttur. Dolayısıyla önümüzdeki yıllarda prevalansın daha da artacağını ve şu andaki gerçek prevalansın daha yukarılarda olduğunu düşünmekteyim. Makrovasküler ve mikrovasküler bir çok komplikasyonları olan diyabetin toplum için büyük bir tehdit oluşturduğu ve prevansiyonun ne kadar önemli olduğu tedavi maliyetleri de göz önünde bulundurulduğunda aşikardır.

Anahtar Kelimeler: Açlık kanşekeri, Diyabet prevalansı, Hemoglobın A1c

P-201

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 50 YAŞ ÜZERİ KİŞİLERİN KOLOREKTAL KANSER TARAMASI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE TARAMANIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Bayram Ali Üner, Nur Şeyda Şahin, Mehmet Aydın, Güzel Dişçigil, Serpil Demirağ, Ayfer Gemalmaz, Okay Başak
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın

AMAÇ

Tüm kanserler içinde üçüncü sıklıkta görülen ve kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kolorektal kanserler (KRK), tarama programları ile erken tanınabilmektedir. Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması olası değildir ve bu konuda başlıca görev aile hekimlerine düşmektedir. Çalışmamızda uygulama bölgemizde aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin KRK konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi ve tarama girişimleri önündeki engelleri belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Aydın merkez ilçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine 2012 Mart ayı boyunca başvuran 50 yaş ve üzerindeki kişiler çalışmamızın evrenini oluşturmuştur. Yapılan bilgilendirme sonrasında olur verenler çalışmaya alınmıştır. Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. Birinci bölümde sosyodemografik bilgiler içeren sorular, ikinci bölümde ise halkın KRK ve tarama hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını ve tarama girişimlerinin önündeki engelleri sorgulayan sorular bulunmaktadır. Soru formu katılımcılar ile yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya 562 kişi katılmıştır. Yaş ortalaması 59,8 (50 – 80 yaş arası) olan katılımcıların 184'i kadın (%32,7), 378'i erkek (%67,3) idi. Yüz kırk beş katılımcı (%25,8) KRK ilişkili bilgi sahibi olduğunu, 68 katılımcı (%12,1) ise kolorektal kanserin erken tanınabileceğini belirtmişti. Katılımcılardan 32'si (%5,7) kolonoskopiyi, 13'ü (%2,8) gaytada gizli kanı (GGK) bir tarama yöntemi olarak bilmekteydi. Katılımcıların 23'ü (%4,1) herhangi bir kanser tanısı almıştı; 197'sinin (%35,1) ise ailesinde kanser tanısı alan en az bir kişi vardı. Kırk üçü (%7,7) son bir yıl içinde GGK, 20'si (%3,6) son beş yıl içinde sigmoidoskopi, 30'u (%5,3) ise son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmıştı. Taramaların çoğunluğu (%66,2) doktor önerisiyle yaptırılmıştı. Bilgisizlik (182 kişi; %32,4), kendini risk altında görmeme (163; %29) en sık bildirilen tarama yaptırmama nedenleriydi. Katılımcıların çoğunluğu tarama yaptırmak istemekte (371 kişi; %66,0) ve taramaların sağlığı geliştireceğine inanmaktaydı (407 kişi; %72,4). Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça KRK ile kolonoskopi ve GGK tarama yöntemlerini bilme oranları anlamlı ölçüde artmaktaydı.

SONUÇ

Sonuçlarımız bölgemiz aile sağlığı merkezlerine başvuranların kanser taramalarının sağlığı geliştireceğini düşündüklerini ancak kolorektal kanserle ilgili bilgi yetersizliğinin bulunduğunu, 50 yaşın üzerinde önerilen taramaların yeterince bilinmediğini ve yaptırılmadığını göstermektedir. Hekimlerin tarama yönünde yeterince tavsiyede bulunmaması, genel bilginin davranışlara etkisinin olmaması ancak daha özgül bilgilerin

davranışı olumlu yönde geliştirmesi ve bilgisizlik ve kendini risk altında görmemenin tarama yaptırmamanın başlıca nedenlerinden olması aile hekimlerinin KRK taramalarının artırılması yönündeki mücadelenin başlıca belirleyicisi olduğunu düşündürmektedir..

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, tarama, bilgi, davranış, birinci basamak

P-203

İZMİT KURUÇEŞME AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE KAYITLI HASTALARIN İDRAR KAÇIRMA AÇISINDAN İNCELENMESİ - ÖN RAPOR

Fatih Özcan¹, Cüneyd Özkürkçügil², Nilay Etiler³

¹İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Merkezi, İzmit, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Kocaeli

AMAÇ: Ülkemizde üriner inkontinans oranını araştıran çalışmalar son derece azdır. Bu alandaki bilimsel verilere katkıda bulunabilmek için İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Merkezi'nde 41.08.040 No'lu Aile Hekimliği Birimine kesin kayıtlı 40-65 yaş grubunda olan kadın bireyleri, idrar kaçırma açısından prospektif olarak değerlendirmek üzere bu çalışma planlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu araştırmanın evreni İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Merkezi'nde 41.08.040 No'lu Aile Hekimliği Birimine kayıtlı 40-65 yaş arasındaki 578 kadın hastadır. Örnek seçilmeden bu popülasyonun tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmanın ilk 2 aylık sonuçları bu bildiriye sunulmuştur. Araştırma grubunu oluşturan 55 kadın bireyin, idrar kaçırma şikayeti olup olmadığı ve özellikleri sorgulanmıştır. Bunun için, ICIQ-SF (İdrar kaçırma sorgu formu -Çetinel ve ark.) ve OAB-V8 (Aşırı aktif mesane sendromu sorgu formu-Tarcan ve ark.) geçerlilik - güvenilirlik çalışması yapılmış olan sorgu formları kullanılmıştır. Bu anket formları, o birimde çalışan hekim veya hemşire tarafından uygulanmıştır.

BULGULAR: Araştırmamıza alınan 40 ile 65 yaş arasındaki 55 kadının yaş ortalaması 53.63, ortancası ise 54 olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya katılan 55 kadın hastanın, ICIQ-SF sorgu formları değerlendirmesine göre; % 65.5' nin (s=36) hiç idrar kaçırmaması olmadığı, % 34.5' nin (s=19) ise değişik derecelerde idrar kaçırmaması olduğu saptanmıştır. İdrar kaçıran 19 hastanın 10 tanesi, haftada bir kez veya daha seyrek, 5 tanesi haftada 2 veya üç kez, 1 tanesi günde bir kez, 2 tanesi günde birkaç kez, 1 tanesi de her zaman idrar kaçırmaktadır. İdrar kaçıran 19 hastanın, 6 tanesinin yaşam kalitesi etkilenme oranı (Analog skalasına göre) 10 üzerinden 5 veya daha fazla bulunmuştur. OAB-V8 değerlendirmesinde ise; "gündüz sık idrara çıkma rahatsızlığı" sorusuna en sık olarak % 27.3 oranında "Biraz" cevabı verilmiştir. "Gece idrara gitme" sorusuna % 50.9 oranında "çok az" yanıtı verilirken, "gece idrar yapma ihtiyacı ile uyanma" sorusuna ise % 63.6 oranında "çok az" yanıtı verilmiştir.

SONUÇ:

Aile hekimliği birimimizde yapmış olduğumuz çalışmanın ön değerlendirmesinde, bu popülasyonda idrar kaçırma oranının % 34.5 gibi yüksek bir düzeyde görülmesi, birinci basamakta çalışan hekimlerin bu konuyla ilgili bilgi ve deneyimlerinin artırılmasının önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca idrar kaçırma ile ilgili geliştirilen ICIQ-SF ve OAB-V8 sorgu formlarının birinci basamakta uygulanmasının kolay ve bilgi açısından değerli olduğu saptanmıştır. Bu sorgu formlarının birinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanımını önermekteyiz. Çalışmamız devam etmekte olup daha geniş sayılarla elde edilecek sonuçlarımızı, ileride gerçekleştirecek toplantılarda paylaşmayı planlamaktayız.

Anahtar Kelimeler: İdrar kaçırma, aile hekimliği

P-204

HASTA POPULASYONUMUZDA HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇĞİNİN YAPISAL DAĞILIMIOrhan Polat Örs¹, Ayşegül Uludağ², Hasret Ağaoğlu², Kurtuluş Öngel¹¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği²Çanakkale On Sekiz Mart Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

GİRİŞ: Aile hekimliği, bireylere biyopsikososyal yaklaşım çerçevesinde hizmet kavramını benimsemiş bir tıp disiplini. Bu anlayış doğrultusunda birinci basamakta medikal hastalıkları, psikolojik faktörleri de göz önüne alarak değerlendirir. Bu çalışma ile aile hekimliği polikliniğine herhangi bir medikal rahatsızlıkla başvuran hastalarda, poliklinik başvuru anındaki anksiyete ve depresyon semptom dağılımlarının araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'nde 15 Şubat - 30 Mart tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya kendi istekleri ile katılmayı isteyen tüm hastalar dahil edildi. Hastalara, anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçeklerinden oluşan, 14 soruluk, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulandı. Dörtlü likert tipi değerlendirme ile, soruların yüzde dağılımı çıkarılarak, hastaların puanları hesaplandı. SPSS 18.0 istatistik programı ile semptomların kendi içlerindeki yük dağılımları ortaya kondu.

BULGULAR: Çalışmaya belirtilen tarihler arasında 40 erkek (%48), 45 (%52) kadın toplam 85 hasta dahil edilmiştir. Katılanların anksiyete ölçek ortalama puanı $18,89 \pm 3,01$ (min:11 max:24) ve depresyon ölçek ortalama puanı $16,15 \pm 2,29$ (min:12 max:24) olarak hesaplandı. Cinsiyet ile anksiyete ve depresyon puanları anlamlılık açısından, ki-kare testi ile değerlendirildiğinde, anlamlı ilişkiye rastlanmadı ($p:0.083$, $p:0.105$). Anket soruları kendi aralarında ise, beklenildiği doğrultuda birbirleri ile anlamlılık gösterdiler. Ölçekte anksiyeteyi gösteren 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13. sorular ile depresyonu gösteren 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. sorular kendi içlerinde yük dağılımı açısından da incelendi. Anksiyete ile ilgili sorular; tek faktör dağılımı gösterirken, soru yükü en yüksek olan soru (comp:0,226) 13. soruydu ve %56,31'lik varyansa sahipti. Depresyon belirleyicisi sorular da tek faktör dağılımı gösterirken, soru yükü en yüksek olan soru (comp:0,263) 4. soruydu ve %42,47'lik varyansa sahipti.

TARTIŞMA: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin kesim noktası anksiyete için 7, depresyon için 10 olarak tespit edilmiştir. Hastaların anksiyete için 11 ve üzerinde, depresyon için 8 ve üzerinde aldığı puanlarla anksiyete ve depresyondan sözedilmektedir. Dolayısı ile hasta grubumuzun büyük çoğunluğu anksiyete ve depresyon semptomları göstermektedir. Ancak ölçeğin amacının tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk gruplarını belirlemek olduğu göz önüne alınırsa; hasta populasyonumuzda psikiyatrik bozukluklar açısından dikkatli olmamızın gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Özellikle faktör yükleri en yüksek ve tanıda en değerli sorular olan 4. soru (Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum) ile 13. soru (anidan panik duygusuna kapılıyorum) polikliniğimize herhangi bir nedenle başvuran her hastaya sorulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hastane anksiyete depresyon, hasta populasyonu, aile hekimliği

P-206

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN”DUMANSIZ KAMPÜS PROJESİ” HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

Fisun Sözen¹, Gökhan M Eminsoy¹, Altuğ Kut², Meriç Yavuz Çolak³, Rengin Erdal⁴

¹Öğretim Görevlisi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D, Ankara

²Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D., Ankara

³Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Ankara

⁴Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D, Ankara

AMAÇ: Başkent üniversitesi öğrencilerinin Dumansız Kampüs Projesi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı türdeki bu kesitsel çalışmada Başkent Üniversitesi Fakültelerinde okuyan, 125 sigara içen ve 125 sigara içmeyen 250 öğrenciye anket uygulanmış olup, çalışma 01.03.2011 -31.05.2011 tarihleri arasında yürütülmüştür.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 250 kişinin demografik bilgileri incelendiğinde; %57,6’sının kız, %79,6’sının 18-23 yaş aralığında, %20,4’nün birinci sınıf öğrencisi olduğu belirlendi. Katılımcıların %50,4’ü sigara içmekte iken %31,6’sının sigara kullanma süresi 1-6 yıl arasında değişmekte ve haftada 1-6 paket sigara tüketmekteydi. Öğrencilerin büyük çoğunluğu sigaranın bağımlılık olduğunu düşünürken yaklaşık %70’i ise sigara paketlerindeki resimlerin sigarayı bıraktıraacağına katılmadıklarını belirtmişlerdir. Ankete katılanların %76’sı içenler için cezai yaptırımını doğru bir uygulama olarak görürken yarıya yakını ise cezanın sigara kullanımını azaltacağını ancak bıraktırma nedeni olamayacağını düşündüklerini belirtmişlerdir.

Ankete katılan öğrencilerin %60,8’i Dumansız Kampüs Projesini ilk kez duyduklarını, %11,6’sı internetten haberdar olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yaklaşık üçte biri “Dumansız Kampüs Projesi”nin sigara içmemeyi teşvik edeceğini ancak projenin amacına ulaşacağı konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir.

SONUÇLAR: Tüm sonuçlara bakıldığında Başkent Üniversitesi öğrencilerinin Dumansız Kampüs Projesini destekledikleri görülmektedir. Türkiye Ulusal Öğrenci Konseyinin başlattığı “Dumansız Kampüs Projesi” 1Mart 2011 ile Dünya Tütünsüz Gününün kutlandığı 31 Mayıs 2011 tarihine kadar yürütülen bir kampanyadır. Türkiye genelinde 102 üniversitede başlatılan bu projenin amacı öğrencileri sigaraya karşı bilinçlendirmek, sigarayı bıraktırmak, içmeyenlerin pasif içiciliğine son vermek ve halkla dayanışmayı arttırmaktır. Dünya Sağlık Örgütü’nün değerlendirmelerine göre, sigara karşıtı çalışmalarda dünya dördüncüsü ülke konumuna gelen Türkiye 2006’da %33 olan sigara içme oranlarını %27 lere indirmeyi başarmıştır.

03.01.2008 tarihinde 4207 sayılı yasanın yeniden düzenlenerek 5727 sayılı “Tütün ürünlerinin zararlarının önlenmesi ve kontrolü hakkında” kanun olarak yürürlüğe girmesi, 19 temmuz 2009 dan itibaren de Türkiye’de “Dumansız Hava Sahası Projesi”nin uygulanmaya başlanması başta Aile Hekimleri olmak üzere tüm hekimlere önemli sorumluluklar yüklemektedir. Aile hekimlerinin sigara bırakma danışmanlığı yöntemlerini uygulaması etkin bir sigara bıraktırma

tedavisinin ön şartıdır.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Dumansız kampüs projesi,

P-207

ASTIM VE ALLERJİK RİNİTLİ ÇOCUK HASTALARDA ALLERJEN DUYARLILIĞININ ARAŞTIRILMASI

Neslihan Ünal Yıldırım¹, Nazan Altinel², Ali Demirci¹, Yasemin Çeken¹, Zilha Öztürk¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Astım çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıktır. Allerjik rinit, klinik olarak nazal mukozanın allerjenle karşılaşmasından sonra ortaya çıkan burnun inflamatuvar bir hastalığı olarak tanımlanabilir. Allerjik rinitli hastaların % 50'sinde beraberinde astım ve astımlı hastaların % 60-78'inde de beraberinde allerjik rinit görülmektedir.

MATERYAL-METOD: Çalışmamızda, Ocak 2010 –Aralık 2011 tarihleri arasında Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Allerji ve Astım Polikliniğine başvuran 2 yaş ve üstü ile 14 yaş ve altındaki; 84 astım ve 116 astımla birlikte allerjik rinit tanısı almış hasta alınmıştır. Hastalara yirmialtı allerjen ekstresi kullanılarak deri prick testi ile allerjen duyarlılıkları retrospektif olarak araştırılmıştır. Astım ve/ veya allerjik rinitli hastalarımızdaki allerjen duyarlılık spektrumunu ve bunun tedaviye ve korunmaya katkısını incelemeyi amaçladık.

BULGULAR: Çalışmamızda hastalarımızın çoğunluğunu erkek çocuklar oluşturmaktaydı. En çok Dermatophagoides Farinaeya karşı allerjik duyarlılık saptanmıştır. İkinci sırada Dermatophagoides Pteronyssinus, üçüncü sırada Alternaria, dördüncü sırada ise Çavdar unu ve Domuz ayrığı birlikte görülmektedir.

SONUÇ: Çocukluk çağı astım ve allerjik rinitinde allerjen duyarlılığı önemli rol oynamaktadır. Tanı konulan her hastada allerjen duyarlılığı araştırılmalıdır. Allerjen duyarlılığının araştırılmasında prick testi altın standarttır. Çalışmamızda hastalarımızda en sık ev tozu akarlarının saptanması allerjen duyarlılığı araştırılırken ev tozu akarlarına öncelik verilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Polen duyarlılığı olan hastalarda polenlerin en çok ortama yayıldığı yaz döneminde de tedaviye devam edilmesi ve yeşil alanlarda bulunmalarını önermede deri prick test en büyük yol göstericimizdir.

Anahtar Kelimeler: Astım, Allerjik rinit, Deri prick testi, Çocukluk çağı, Allerjen duyarlılığı

P-208

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ ÇALIŞANLARININ ALTERNATİF VE TAMAMLAYICI TIBBA BAKIŞ AÇILARI

Gökhan M Eminsoy¹, Fisun Sözen¹, Altuğ Kut², Meriç Yavuz Çolak³, Rengin Erdal⁴

¹Öğretim Görevlisi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D, Ankara

²Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D., Ankara

³Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

⁴Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D, Ankara

AMAÇ: Başkent Üniversitesi Bağlıca Kampüsü çalışanlarının alternatif ve tamamlayıcı tıbbi bakış açılarının irdelenmesi, akademik ve idari personelin demografik özelliklerinin alternatif tıbbi bakış açıları üzerindeki etkilerinin incelenmesi ve bilgi düzeylerinin ölçülerek eğilimlerinin araştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırma kesitsel nitelikte bir saha araştırması olup, evrenini Başkent Üniversitesi Bağlıca Kampüsünde görevli 177 akademik ve idari personel oluşturmaktadır. "Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Alanına Bakış Açısı Değerlendirme Anket formu" Mart-Mayıs 2009 tarihleri arasında uygulanmıştır. Verilerin analizinde, SPSS 11,5 ve ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Katılımcıların %49,71'ini kadınlar, %50,29'unu erkekler oluştururken, %68,36'sı evli, % 31,64'ü bekar olduğunu belirtmiştir. Anket 74 akademik ve 103 idari personelden oluşan toplam 177 kişiye uygulanmıştır. %41,82'sinin üniversite mezunu, %21,46'sının lise ve % 36,72'sinin de ortaöğretim mezunu olduğu görülmektedir. Kadınların %71,6'sının alternatif tıp hakkında bilgili olduğu gözlenirken, erkeklerde ise oranın %41,6 olduğu saptanmıştır. Alternatif tıp hakkında bilgi sahibi olma durumunun cinsiyete göre karşılaştırması yapıldığında kadınların bilgi düzeylerinin yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı ($X^2=15,024$, $p<0,05$) bulunmuştur. Yaş ortalaması 56 ve üstü olan bireylerin %71,5'inin alternatif tıp hakkında bilgi sahibi oldukları gözlenirken, 36-45 yaş aralığındaki bireylerin %49,3'ünün alternatif tıp hakkındaki bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların alternatif tıp hakkında bilgi sahibi olma durumlarının gelir düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, en çok bilgiye sahip olan bireylerin gelir seviyesi 1000-3000 TL arasında olanların (%82,3) olduğu belirlenmiştir. Alternatif tıp hakkında bilgi sahibi olma durumunun gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında bilgi düzeylerinin yüksekliği ile gelir düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($X^2=35,846$, $p<0,05$) bulunmuştur. Çalışmaya katılanların alternatif tıbbi bakış açılarının cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde kadınların %75'inin kısmen inandığı, %6,8'inin inanmadığı, erkeklerin ise %50,5'inin kısmen inandığı, %22,5'inin inanmadığı gözlemlenmiştir. Alternatif tıp bakış açısının cinsiyetlere göre karşılaştırıldığında bilgi düzeylerinin yüksekliği ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($X^2=13,06$, $p<0,05$) bulunmuştur.

SONUÇLAR: Katılımcıların alternatif ve tamamlayıcı tıp hakkında bilgi sahibi oldukları fakat uygulamada biyomedikal modelleri tercih ettikleri gözlenmiştir. Alternatif tıp yöntemleri arasında En çok tercih edilen yöntemlerin bitkisel çay-ilaç karışımları ve akupunktur olduğu saptanmıştır. Bireyler gündelik hayatta karşılaştıkları baş ağrısı, soğuk algınlığı, grip ve kilo problemlerini gidermede alternatif tıbbi kolay ve pratik bir yöntem olarak tercih etmektedir. Uygulayıcıların yeterli bilgi düzeylerine sahip olmaları insan hayatı üzerinde oluşabilecek

riskleri azaltmada önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Alternatif Tıp, Tamamlayıcı Tıp,

P-209

BAKIRKÖY DR SADI KONUK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ HASTA MEMNUNİYETİ

Ali Demirci¹, Sami Hatipoğlu², Zilha Öztürk¹, Neslihan Ünal Yıldırım¹, Yasemin Çeken¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul

²Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: İstanbul Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ayakta ve yatan hastaların demografik karakterlerini ortaya çıkarmak, hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri ve hasta memnuniyet-memnuniyetsizliği ile ilişkili faktörleri belirlemektir.

MATERYAL-METOD: 15 Nisan 2010 ile 15 Nisan 2011 tarihleri arasında hastanemiz polikliniklerine başvuran ve yataklı servislerde tedavi gören 1440 hasta çalışmaya alınmıştır. Hastaların demografik bilgileri ve memnuniyetleri hakkında Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu Ayaktan hasta ve Yatan hasta memnuniyet anketleri uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra çoklu gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, alt grup karşılaştırmalarında Tukey çoklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamıza polikliniğe başvuran (ayaktan) 720 hasta katıldı. Bu hastaların 224'ü (%31.1) erkek, 496'sı (%68.9) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 39.39 (7-84) yıl; 720 yatan hastanın ise 320'si (%44.4) erkek, 400'ü (%55.6) kadındı. Hastaların yaş ortalamaları 40.97 (1-85) yıl idi. Ayaktan hastaların Kadın grubunun Bilgilendirme ortalamaları erkek grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0,003). Ayaktan hastaların Okur-Yazar Değil, Okur Yazar, İlkokul, Ortaokul, Lise, Yüksekokul ve Üniversite gruplarının fiziki ortam ve birimler ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,002). Yatan hastalarda yaş ile hekimler puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı ilişki gözlenmiştir (p=0,028). Yaş arttıkça hekim puanları düşmektedir.

SONUÇ: Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin performans ve kalite değerlendirmeleri, yönetsel kararlar geliştirmeleri ve hastanelerin etkinlik ve verimliliğinin karşılaştırılmasında yapılan bu faaliyetlerin geliştirilerek sürdürülmesi ve sonuçların bilimsel ortamlarda paylaşılması sağlık hizmetleri için önemli katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: hasta memnuniyeti, memnuniyetsizlik,

P-210

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN KADINLARIN MEME KANSERİ TARAMASI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE TARAMANIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Nazım Uzunca, Nur Şeyda Şahin, Zeynep Dağdelen, Ayşen Akcan, Güzel Dişçigil, Serpil Demirağ, Ayfer Gemalmaz, Okay Başak
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ

Meme kanseri kadınlarda kanserden ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Elli yaş üstü her kadının meme kanseri taraması için iki yılda bir kez mamografi yaptırmayı önerilmektedir. Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe, erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması olası değildir. Çalışmamızda kendi toplumumuzun meme kanseri konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi ve tarama girişimleri önündeki engelleri belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Aydın merkez ilçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine 2012 Mart ayı boyunca başvuran 50 yaş ve üzerindeki kadınlar çalışmamızın evrenini oluşturmuştur. Yapılan bilgilendirme sonrasında olur verenler çalışmaya alındı. Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan soru formu kullanıldı. Birinci bölümde sosyodemografik bilgiler içeren sorular, ikinci bölümde ise halkın meme kanseri taraması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmek üzere oluşturulan sorular bulunmaktaydı. Soru formları katılımcılardan yazılı onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuştur.

BULGULAR

Aydın merkez ilçede 8 aile sağlığı merkezinde 186 katılımcıya ulaştık. Yaş ortalaması $60,1 \pm 7,4$ olan katılımcıların 128 i (%68,8) kentsel bölgede, 58 i (31,2) kırsal bölgede yaşamaktaydı. Kadınların 151'i (%81,2) evli, 35'i (%18,8) bekar veya dul/boşanmış idi. 132'si (%71) ev hanımı, 54'ü (%29) çalışan ya da emekli kadındı. Gelir düzeyine göre 96 kişinin (%51,6) aylık geliri 900TL ve altı (düşük gelir düzeyi), 79 kişinin (%42,5) 900-3000 TL (orta), 11 kişinin (%5,9) 3001-9000TL (yüksek) idi. Tüm katılımcıların sosyal güvencesi vardı. Çalışan kadınlarda meme kanseri tarama yöntemi olan mamografiyi bilme oranıyla son iki yıl içinde doktora kontrol amaçlı başvurma oranları ev hanımlarına göre fazlaydı. Gelir düzeyi arttıkça meme kanserini ve tarama yöntemi olarak mamografiyi bilme ve yaptırma oranı anlamlı düzeyde artmaktaydı. Kentsel bölgelerde yaşayan kadınlar kanser türlerini daha fazla biliyor ve mamografi yaptırmaya oranları daha yüksek idi. Daha önce kanser tanısı alanlarda kanser tarama yöntemlerini bilme oranları daha fazlaydı ve çoğunluğuna doktorları öneride bulunmuştu. Fakat doktorun önerisine uyma konusunda kanser tanısı olmayanlarla aralarında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

SONUÇ

Sonuçlarımız çalışan kadın olma, gelir düzeyi yüksekliği, kentsel bölgede yaşama, daha önce kanser tanısı alma durumunun bölgemiz aile sağlığı merkezlerine başvuran 50 yaş üzerindeki kadınların meme kanseri taraması hakkındaki tutum ve davranışlarını etkileyen başlıca etkenler olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, tarama, davranış, bilgi, birinci basamak

P-213

TİP 2 DİYABETİK TÜRK HASTALARDA EVDE KAN ŞEKERİ İZLEMİNİN GLİSEMİK KONTROL ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Davut Baltacı¹, Ali Kutlucan², Serkan Öztürk³, Ayhan Sarıtaş⁴, Ahmet Çeler¹, Harun Deler¹, Yusuf Aydın⁵, Handan Ankaralı⁶

¹Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Düzce

²Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahiliye AD, Düzce

³Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD, Bolu

⁴Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Düzce

⁵Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolik Hastalıklar AD, Düzce

⁶Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyostatik AD, Düzce

GİRİŞ-AMAÇ: Diyabetes Melitus sürekli izlem ve tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır. Kan şekeri izlemi metabolik kontrol açısından diyabetli hastada olmazsa olmazdır. Glisemik kontrol için evde kendi kendine kan şekeri izlemi sıklıkla önerilmektedir. Tip 2 ve insülin tedavisi almayan diyabetik hastalarda kullanımı etkinlik ve maliyet açısından tartışmalıdır. Bu çalışmada Türk toplumunda tip 2 ve insülin kullanmayan diyabetik hastalarda evde kendi kendine kan şekeri izleminin etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

METOD: Çalışma kesitsel olarak tasarlanmış olup 2011 Mayıs-Aralık tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi endokrinoloji polikliniğine ilk kez başvuran tip 2 ve insülin kullanmayan diyabet hastalar alınmıştır. Çalışmada hastaların evde kan şekeri sıklığı günlük, haftalık, aylık olarak ve hiç yapmama şeklinde kaydedilmiştir. Hastalar glukometre kullanım sıklığına göre “Düzenli”, “Düzensiz” ve “Hiç kullanmayan” şeklinde Grup 1, 2 ve 3 olarak ayrılmıştır. Grup 1 evde kan şekeri izlemi günlük 1-2-3 ve ya haftalık en az 3 ve üzeri; Grup 2 haftalık 2 ve altı ve ya aylık 1-2 kez; Grup 3 ise ayda 1 den az ve ya hiç glukometre ile izlem yapmayan hastalardan oluşturulmuştur. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi hikayeleri, HbA1c, Spot idrar Albümin-Kreatinin oranı, komplikasyon varlığı, lipit ve glisemik parametrelere bakılmıştır. Gruplarda diyabet süresi ve yaş durumu eşleştirilmiştir.

BULGULAR: Toplam 349 olgu çalışmaya alındı. Çalışmada hastaların yaş, diyabet süreleri, vücut kitle endeksleri, kan yağı parametreleri ile kan basıncı değerleri birbirleriyle benzer bulunmuştur. HbA1c değeri grup 2 ve grup 3’te grup 1’e göre ortalama değerde sırası ile % 0,3 ve 0,2 daha fazla olsa da bu anlamlı bulunmamıştır (p=0,285). Açlık ve tokluk kan şekeri grup 2 ve grup 3’te grup 1’e göre anlamlı olmasa da ortalama olarak daha yüksek saptanmıştır. Grup 2 ve 3’te hastalarda bulunan spot idrar albümin-kreatinin oranları arasında anlamlı fark saptanmaz iken (p>0,05) Grup 1’de yer alan hastalarda grup 2 ve 3’e göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır (p=0,028) (Tablo 1).

SONUÇ: Bu çalışmada glukometre kullanımının düzenli kullanımının diğer kullanım durumlarına göre diyabetik nefropati gelişimin önlenmesinde üstün olduğu, fakat glisemik kontrolde ise üstün olmadığı gösterilmiştir. Evde kendi kendine kan şekeri izlemi hastalara etkin bir eğitim sonrası önerilmeli ve etkin kullanıp kullanılmadığı yakından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes melitus, kendi kendine kan şekeri izlemi, HbA1c, glisemik kontrol

P-214

DEMANSI OLAN YAŞLIDA AKUT GENEL DURUM BOZUKLUĞUNUN BİR NEDENİ: ALT ÜRİNER SİSTEM İNFEKSİYONU

Sevilay Nadir Aykın¹, Gülistan Bahat Öztürk², Mehmet Akif Karan²

¹İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kan Merkezi ve Aferez Ünitesi, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Üriner sistem infeksiyonları, yaşlılarda sık saptanan infeksiyonlardır ve önemli morbidite nedenlerinden birisidir. Yaşlılarda, genellikle bir veya daha fazla kronik hastalığın bir arada olması, infeksiyon hastalıklarının seyrini ağırlaştırmakta ve tedavi etkinliğini azaltmaktadır. Diğer taraftan, infeksiyon hastalıkları, mevcut olan diğer hastalıkların seyrini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle yaşlılarda teşhis ve tedavi daha komplike hale gelmektedir. Nörodejeneratif hastalığı olan yaşlılarda, gerek nörojenik mesane gelişimine bağlı, gerekse kognitif yetersizlik nedeniyle, genital bölge temizliğinin yeterli yapılamaması sonucu, üriner sistem infeksiyonlarına yatkınlık artmaktadır. Uygun tanının gecikmeden konması hastanın morbiditesi açısından çok önemlidir. Çalışmada, geriatri polikliniğinden demans nedeniyle takip edilmekte iken, genel durumunda akut kötüleşme tariflenerek getirilen ve alt üriner sistem infeksiyonu saptanan bir hastanın sunumu amaçlanmaktadır.

OLGU: Frontotemporal Demans tanısıyla takip edilmekte olan, yetmiş dört yaşında, kadın hasta. Son bir haftadır halsizlik, bitkinlik ve “genel durumunda kötüleşme” fark edilmesi üzerine yakınları tarafından polikliniğimize getirildi. Bir hafta öncesine kadar iştahı ve keyfinin daha iyi olduğu ifade ediliyordu. Fizik muayenede bitkin görünümde ve sürekli inliyordu. TA:140-100 mmHg, (yalnızca sağ koldan bakılmasına izin verdi), vücuduna dokununca acıdığını ifade edercesine abartılı bir tepki veriyordu. Karın muayenesinde suprapubik hassasiyeti vardı. Diğer sistem muayenelerinde anlamlı bir özellik saptanmadı. Tam idrar tetkikinde, PH:5,5, dansite:1006, nitrit:+2, lökosit: 35, eritrosit: 2 olarak saptandı. Kan sayımı ve biyokimyasında (Kreatinin değeri:1,1 mg/dL) özellik yoktu. İdrar kültüründe: 60 bin cfu/mL Esheria Coli üredi. Siprofloksasine duyarlı olduğu saptanarak ve 2x250 mg 5 gün süreyle kullanması önerildi. Hasta yakını ile yapılan görüşmede, hastanın idrara çıkma sıklığının azaldığı ve genel durumunun daha iyi olduğu ifade edildi.

SONUÇ: Özellikle, hastaların kaynağını tam olarak tanımlayamadığı, demanslı yaşlı hastalarda, hastalığın doğal seyrinde beklenmeyen bir kötüleşme geliştiğinde, aile hekimleri olarak, üriner sistem infeksiyonlarını mutlaka akla getirmeli, en uygun yaklaşımlarla hastanın tedavisini sağlamalıyız. Özellikle kadın hastalarda, hasta yakınlarının genital temizlik konusunda bilgilendirilmesi infeksiyonun tekrarlamaması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Alt Üriner Sistem İnfeksiyonu, Demans, Yaşlı

P-215

REİNKE ÖDEMI BERABERLİĞİNDE İLGİNÇ BİR HİPOTİROİDİ VAKASI

Berrin Telatar¹, Aslı Çurgunlu², Melih Güven Güvenç³, Hatice Betül Uğur Altun⁴

¹İstanbul Bilim Üniversitesi, Aile Hekimliği ABD Yrd.Doç.,İstanbul

²İç Hastalıkları ABD Geriatri Bilim Dalı,Prof.

³Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ABD,Doç.

⁴İç Hastalıkları ABD Endokrinoloji ve Metabolizma BD, Prof.

GİRİŞ: Aile Hekimliği pratiğinde hipotiroidi hastaları değişik semptomlarla karşımıza gelebilirler. Özellikle orta yaştaki bayan hastalarda çok da spesifik olmayan bazı bulguların hipotiroidi lehine değerlendirilmesi hastanın erken teşhis alması yönünden değer taşımaktadır. Reinke ödemi etyolojisinde hipotiroidinin yeri bulunmama ile beraber her iki hastalığın seste aynı bulgulara neden olması hipotiroidi tanısı almış hastalarda reinke ödeminin tanısının gözden kaçmasına neden olabilir.

OLGU: 41 yaşındaki bayan hasta Aile Hekimliği Polikliniği'ne yüzde şişlik, halsizlik, vajinal akıntı, ses kısıklığı, eforla nefes darlığı ve yürürken denge bozukluğu şikayetleri ile başvurdu. Anamnezde 22 senedir sigara kullanımı ve konstipasyonu mevcuttu. Yeterince su tüketimi yoktu, fazla miktarda kahve içiyordu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde bir özellik saptanmadı. Hareketlerde yavaşlama, unutkanlık, saçlarda dökülme, adet düzeninde bozulma, soğuğa intolerans gibi şikayetlere rastlanmadı. Tansiyon ve nabızı normal sınırlarda idi. Fizik muayenede cildinde kuruma ve pullanma, yüz ve göz kapaklarında ödem, seste kalınlaşma, çatalanma ve bacak venlerinde belirginleşme saptandı.

Hastadan tam kan, biyokimya, TİT, hormon tetkikleri ve KBB konsültasyonu istendi. İleri aşamada alt ekstremite venöz doppler USG, tiroid USG ve kardiyoloji konsültasyonu planlandı. KBB muayenesinde Reinke ödemi ve GÖR (gastroözefagial reflü) teşhis edilen hastaya PPI ve antiasidik tedavi başlandı ve sigarayı bırakması önerildi.

Kan tetkiklerinde TSH: 80.63 µIU/L (0.27 – 4.20 µIU/L), fT3: 0.260 pg /mL (2-4,40 pg /mL), fT4: 0.049 ng/dl (0.93-1.70 ng/dl) Total kolesterol: 242 mg/dl (< 200 mg/dl), LDL: 168 mg/dl (<120 mg/dl) Anti-TPO: 2260 IU/mL (< 34 IU/mL) ve Anti-TG: 12355 IU/mL (< 115 IU/mL) bulundu.

Tiroid USG'de sağda 12.9mm, 11.8 mm, 7.2 mm çaplarında 3 adet;solda 9 mm çapında 1 adet hipoekoik nodül saptandı. Doppler tiroid USG, EKG ve ECHO normaldi.Tam kan sayımı normaldi.

Hastada otoimmün tiroidit (HashimotoTiroiditi) düşünülerek tiroid hormonu tedavisi başlandı.

SONUÇ: Aşkar hipotiroidi bayanların % 0.1- 2'sinde görülen bir durumdur. Spesifik bulguların azlığı hipotiroidi tanısını geciktirebilir. Reinke ödemi ve hipotiroidi tedavisi birbirinden tamamen farklıdır. Bu nedenle ses kalınlığı, seste kısılma ve çatalanma bulgusu olan hipotiroidi hastalarında mutlaka KBB konsültasyonu istenmesi Reinke ödemi ve GÖR gibi hastalıkların gözden kaçmaması yönünden önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Reinke Ödemi, Hipotiroidi, GÖR

P-218

TOKAT MERKEZ İLKÖĞRETİM OKULLARINDAKİ 7-11 YAŞ GRUBU ÖĞRENCİLERDE İYOT ALIM DURMUNUN İNCELENMESİNagihan Yıldız Çeltek¹, Ramazan Tetikçok¹, Mücahit Eğri², Hüseyin Özyurt³¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tokat²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Tokat³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Tokat

AMAÇ: Bu çalışmada Tokat il merkezi ve merkeze bağlı kırsal bölgelerde yer alan ilköğretim okullarındaki öğrencilerin iyot alım durumlarını ve guatr sıklığını belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırmanın evreni 2007-2008 eğitim-öğretim yılında Tokat il merkezi ve merkeze bağlı kırsal yerleşim yerlerindeki ilköğretim okullarına devam etmekte olan 7-11 yaş grubundaki öğrencilerdir. Örneklem grubunun seçilmesinde Nüfusa Orantılı Örneklem Metodu kullanıldı. Kümeye giren öğrenciler basit sistematik örnekleme yöntemi kullanılarak belirlendi. Araştırmaya kentsel alandan 300, kırsal alandan 150 olmak üzere toplam 450 öğrenci seçildi. Öğrencilerden spot idrar örnekleri alındı, palpasyonla guatr muayenesi yapıldı ve ailelerine anket formu doldurtuldu.

BULGULAR: Araştırmaya dahil edilen öğrencilerde ortalama idrar iyot düzeyi 47.6 mgr/L, guatr prevalansı %23.3 olarak bulundu. Kentsel alanda ortalama idrar iyot düzeyi 60.3 mgr/L iken kırsal alanda 28.3 mgr/L hesaplanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Guatr prevalansı kırsal bölgede %29.3, kentsel bölgede %20.3'tür ve aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmamızda öğrencilerin ailelerinde gelir miktarı ve eğitim düzeyinin artışına paralel olarak iyotlu tuz kullanımının ve iyot alım düzeyinin de arttığı gözlenmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin %51.7'sinde orta derecede iyot eksikliği, %28.8'inde hafif derecede iyot eksikliği saptanmıştır. Ailelerde iyotlu tuz kullanım oranları toplamda %50.6 ve kentsel alanda kırsal alana göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

SONUÇ: İyot eksikliği önlenebilir zeka geriliklerinin en sık nedenlerinden biridir. Toplumda iyot eksikliğini önlemeye yönelik çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. İyot eksikliğinden korunmada en sık kullanılan yöntem tuzların iyotlanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü iyot eksikliği ile mücadelede toplumun %90'ında iyotlu tuz kullanılmasını önermektedir. İyotlu tuz kullanımını arttırmak için okullarda, sağlık çalışanlarında, ailelerde ve toplum genelinde bilgilendirme çalışmalarına gerek vardır.

Anahtar Kelimeler: Guatr prevalansı, İdrar iyot düzeyleri, 7-11 yaş grubu, Tokat

P-219

ÜNİVERSİTE GENÇLİĞİNİN SİGARA KARŞITI KAMPANYALARLA VE FAALİYETLERLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Fisun Sözen¹, Gökhan M. Eminsoy¹, Cihan Fidan¹, Altuğ Kut², Meriç Yavuz Çolak³, Rengin Erdal⁴

¹Öğretim Görevlisi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D, Ankara

²Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D., Ankara

³Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü, Ankara

⁴Prof. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D, Ankara

AMAÇ: Sigara bağımlılığı üzerine yapılan tüm araştırmaların ortaya çıkardığı en önemli gerçek, bu alışkanlığın yaklaşık %40 oranında 15-19 yaşlarında başlamış olduğudur. Dünyada ve ülkemizde 15 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık %45'inin ciddi boyutlarda sigara bağımlısı olduğu varsayımı, sorunun özellikle gençlik açısından nedenli önemli olduğunu gösterir. Ülkemiz "Gençlere Sigara Satılması", "Reklâm Yasağı" gibi konularda birçok gelişmiş ülkeden daha katı bir tutum izlemektedir. Özellikle reklam, kampanya, promosyon ve sponsorlukla ilgili bölümlerde ülkemiz, tütün ürünlerinin ulusal veya sınır ötesi reklamı, promosyonu ve sponsorluğunun yasaklanmasından yana tavır sergilemektedir. Çalışmanın amacı sigara karşıtı kampanyaların, propaganda faaliyetlerinin, yasal düzenlemelerin ve ayrıca reklam ve tanıtım faaliyetlerinde yer alan sigara görüntülerinin gençlerin tutum ve davranışları üzerindeki etkilerini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma tanımlayıcı türde kesitsel bir çalışma olup, Başkent Üniversitesi'nde eğitim gören toplam 300 üniversite öğrencisine anket uygulanarak veriler elde edilmiştir. Literatür taraması sonucu oluşturulan soru formunda öğrencilerin sigara içme davranışları, sigara karşıtı düzenlenen her türlü propaganda, kampaya vb. faaliyetlerle, yasal düzenlemelerle ilgili görüşleri, bu faaliyetlerden ve yasal düzenlemelerden etkilenme durumları, medyada yer alan haberlerin etkileri ile ilgili görüşlerinin belirlenmesine yönelik sorular yer almıştır.

BULGULAR: Ankete katılanların % 47'si kız %53'ü erkek olup, yaş ortalaması 21±1,9 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %21'i hiç sigara içmediğini, %27'si her gün içtiğini, %17'si bıraktığını, %8'i ara sıra içtiğini belirtmiştir. %26'sı sigara ile ilgili yapılan propagandalardan etkilenip sigarayı bırakmayı denediğini ve bıraktığını, %32'si sigara paketlerinin ambalajının etkili olduğunu, %47'si sigara ile ilgili olumsuz reklamların kampanyaların kendilerini etkilediğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %25'i sigara paketleri üzerinde yazan uyarı yazılarının dikkat çektiğini ve okuduklarını ifade etmiştir. %53'ü ise reklamların sigara tüketimini artırdığını düşünmektedir.

Sonuç ve Öneriler: Araştırmaya katılan öğrenciler genel olarak sigara karşıtı düzenlenen kampanyalara olumlu bakmaktadır. Ancak çalışma sonuçları sigara karşıtı düzenlenen kampanyaların sigara kullanımını azaltmada tek başına yeterli olmayacağı, bunun yanı sıra özellikle kitle iletişim araçlarında sigara içmeyi özendiren faaliyetlerin de engellenmesi gerektiğini göstermektedir. Üniversitelerin tütün kontrol politikaları ve gençlerin sigara kullanımını engelleyici, sigaraya başlamalarını önleyici eğitim programları ile üniversite öğrencilerinin sigara kullanma davranışlarını etkileyebilecekleri sonuçları elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sigara karşıtı kampanyalar

P-220

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DÖNEM IV KLİNİKLE TANIŞMA STAJ PROGRAMININ DEĞİŞİM SÜRECİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Altuğ Kut¹, Fisun Sözen², Gökhan M. Eminsoy², Yasemin Çetinel², Haldun Müderrisoğlu³

¹Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.,Ankara

²Öğretim Görevlisi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.,Ankara

³Prof.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji A.D.,Ankara

AMAÇ: Çalışmanın amacı, 2001-2011 tarihleri arasındaki Dönem IV Klinikle Tanışma Stajının 10 yıllık süre içerisinde gösterdiği değişimi irdeleyerek öğrencilerin beklentilerini, memnuniyet düzeylerini ve eğitimlerine dair öngördükleri yararları saptamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Tıp fakültelerindeki eğitiminin klasik ve entegre programlardan öğrenci merkezli probleme ve yeterliliğe dayalı aktif öğrenme yöntemleriyle geliştirilen programları doğrultusunda Başkent Üniversitesi Tıp fakültesinde 2001-2002 eğitim döneminden itibaren dönem 4 öğrencilerine yönelik klinikle tanışma stajı (KTS) adı altında yeterliliklerini geliştirecekleri klinik stajlara başlamadan önce temel bilgi ve beceriler edinmelerini sağlayacak bir staj başlatmıştır.

İlk öğrencilerini 1998-1999 eğitim döneminde alan Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesinin dönem IV Klinikle Tanışma Stajı, 2001-2002 öğretim dönemi başında 5 haftalık bir süreyi kapsayan program ile başlamış ve 2004 yılında 4 haftaya indirilmiştir. Staj sorumluluğunu sırasıyla romatoloji, onkoloji, radyodiyagnostik ve aile hekimliği anabilim dallarından öğretim üyeleri yürütmüştür. Stajda klinik semptom ve bulgular ile hastalıklara tanı koyma ve uygun yaklaşım gösterme becerisi kazanımı hedeflenmiştir. Farklı yürütücülerin yönetiminde yıllar içerisinde farklı biçimlerde yapılmış ve uygulanmıştır. Başlangıçta her anabilim dalı tarafından öykü alma ve sistemlerin incelemesi ayrı ayrı anlatılırken zaman içerisinde yapılanma ve içerik değişerek ve farklı yöntemler kullanılmıştır. 2009 yılından itibaren standart bir öykü alma ve fizik muayene yöntemi çerçevesinde, hasta merkezli ve bütüncül bir yaklaşımla Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üye ve görevlileri tarafından görsel, işitsel ve pratik uygulamalara ağırlık verilerek ders anlatımına geçilmiştir. Küçük gruplar hastanede ve hasta başında teorik bilgiler pekiştirilmiştir. Son 10 günde ise Klinik Biyokimya, Klinik Farmakoloji, Radyodiagnostik ve Nükleer Tıp teorik ve pratik uygulamalarıyla staj tamamlanmakta ve sonunda teorik bilgi ve pratik becerileri ölçen bir sınavla değerlendirme yapılmaktadır. Sınav öncesi öğrencilerden anket yoluyla geri bildirim alınarak stajı ve öğretim görevlilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Anket verileri, sözlü ve yazılı sınav notları ve ders programlarının içerikleri istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir.

BULGULAR: Klinikle Tanışma Stajının yürütüldüğü 10 yıllık dönemde geri bildirimler ve geliştirilen yöntemlerle güncellenen ders ve uygulama içerikleri öğrenci memnuniyetini ve başarısını arttırmaktadır. Bununla birlikte öğrencilerden ve öğretim elemanlarından alınan geri bildirimler bize birçok açıdan halen eksiklerimizi işaret etmektedir.

SONUÇ: Alınan geri bildirimler doğrultusunda, ders içeriklerinin klinikle tanışma stajının kapsamına uyumlu hale getirilmesi, sınav sorularının anlatılan ders içeriğine uygun hazırlanması, farklı hasta grupları ile interaktif pratik uygulamaların artırılması ve pekiştirilmesi sağlanmıştır. Aile Hekimliği anabilim dalı koordinasyonu ile staj programını aksatmayacak önlemlerle öğretim üyeleri arasındaki uyum gerçekleştirilmiş, çoktan seçmeli sınav soruları arşivi oluşturulmaya başlanmış ve anlatıma yönelik uygun materyallerin temini için harekete geçilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tıp fakültesi eğitimi, staj programı

P-221

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMASI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE TARAMANIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Nur Şeyda Şahin, Nazım Uzunca, Eren Gökçe, Özlem Sancaktar, Ayfer Gemalmaz, Güzel Dişçigil, Serpil Demirağ, Okay Başak
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ

Serviks kanseri tüm dünyadaki kadın kanserlerinin meme ve rektum kanserinden sonra 3. sıklıkta görülenidir. Kanser farkındalığının oluşturulması, erken tanı ve tarama programları konusunda halkın eğitimi aile hekimleri için öncelikli bir görevdir. Çalışmamızda kendi toplumumuzun serviks kanseri konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi ve tarama girişimleri önündeki engelleri belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Aydın merkez ilçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine 2012 Mart ayı boyunca başvuran 21 yaş ve üzerindeki kadınlar çalışmamızın evrenini oluşturmuştur. Veriler yazılı onam alındıktan sonra, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini ve kanser tarama konusundaki bilgi, tutum, davranışlarını sorgulayan iki bölümden oluşan anket formu yüz yüze uygulanarak elde edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza 561 kadın katıldı. Yaş ortalaması $43,1 \pm 14,4$ olan katılımcılardan 280'i (%49,9) serviks kanserini bildiğini, 193'ü (%34,4) serviks kanserinin tarama ile erken tanınabileceğini belirtti. Tarama yöntemi olarak 'servikal smear' testini 139 kadın (%24,8) biliyordu. 561 katılımcının 204'ü (%38,4) son 3 yıl içinde smear testi yaptırmıştı. Katılımcılardan 17'si (%3) daha önce kanser tanısı almıştı; 206'sının (%36,7) ailesinde kanser tanısı alan en az bir kişi bulunmaktaydı. Ailesinde ve/veya kendisinde kanser tanısı bulunanların tarama yaptırmama oranları olmayanlara göre daha yüksekti. Katılımcıların 155'i (%27,7) doktorunun kendisine kanser taraması konusunda öneride bulunduğunu, kendisine hekim tarafından öneride bulunulan katılımcıların 135'i (%84,4) bu öneriye uyduğunu belirtti. Katılımcıların 450'si (%80,2) kanser taramalarının kendi sağlıklarını olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyor ve 368'i (%65) ise kanser taraması yaptırmak istiyordu. Tarama yaptırmama nedeni olarak 143 kadın (%25,4) kendini risk altında görmediğini, 119'u ise (%21,2) bu konuda bilgisinin olmadığını belirtmekteydi.

SONUÇ

Sonuçlarımız bölgemiz aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınların kanser taramalarının sağlığı geliştireceğini düşündüklerini ancak serviks kanseri ve taraması ile ilgili bilgi yetersizliğinin bulunduğunu, taramaların çoğunlukla doktor önerisi ile yapıldığını ve konuyla ilgili hekim ve hasta davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, tarama, bilgi, davranış, birinci basamak

P-222

METABOLİK SENDROMLU VE BEŞ YILDAN AZ DİYABET TANISI İLE İZLENEN HASTALARDA GELİŞEN NÖROPATİNİN HBA1C İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasan Hüseyin Mutlu¹, Banu Mesci¹, Hacer Hicran Beyca²

¹Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bu çalışmada beş yıldan az diyabet tanısı alan ve metabolik sendromlu hastalarda gelişebilecek nöropati sıklığının araştırılması amaçlanmıştır.

METOD: Çalışmaya Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniğine 2011 Ocak-Mart ayları arasında kontrol amaçlı başvuran 20-75 yaş arası 306 metabolik sendromlu ve beş yıldan az tanı alan Tip 2 diyabetli hasta alındı. Daha önceden başka nedenlere bağlı nöropati tanısı almayan hastalar çalışmaya alındı. 66 hastada diyabet dışı nöropati nedenleri saptandığından çalışma dışı kaldı. Diyabetik ve metabolik sendromlu hastaların boy, kilo, yaş, sigara ve alkol alışkanlıkları, bel çevreleri not edildi. 2009 Joint Interim Statement (JIS) kriterlerine göre Metabolik sendromlu hastalar HbA1c değerlerine göre 3 farklı gruba ayrıldı; Grup A: HbA1c değeri <% 5.7 Metabolik Sendromlu hastalar (n=60) Grup B: HbA1c değeri >=% 5.7 ile <% 6.5 Metabolik Sendromlu hastalar (n=60) Grup C: HbA1c değeri >=% 6.5 ile <% 8.0 Metabolik Sendromlu hastalar grubu (n=60).Diyabet polikliniğine rutin izlem için başvuran hastaların ellerindeki biokimyasal verileri kayıt edildi. Diyabetik nöropatiyi araştırmak amaçlı Pin-prick testi ve Semmes-Weinstein Monofilament Testi kullanıldı. Bu testlerin her ikisi de pozitif olan kişilerde nöropati pozitif kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan metabolik sendromlu ve 5 yıldan az diyabetik hastaların aldığı tedaviler kayıt edildi. Nöropati görülme sıklığı %16,6 olarak saptandı. Bu çalışmadaki tüm gruplardaki nöropati sıklıkları istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

SONUÇ: Diyabette komplikasyonlar erken dönemde başlayabilir. Gerekli tedavi ve egzersizin erken dönemde başlanması, diyabete ait komplikasyonların gelişim sürecinin yavaşlamasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Nöropati, Tip 2 Diyabet, Metabolik Sendrom

P-223

SİGARA BIRAKMA POLİKLİNİĞİNDE YAZILAN REÇETELER ALINIYOR MU?

Mustafa Haki Sucaklı, Mustafa Çelik, Cansu Cebioğlu, Soner Ölmez, Hamit Sırrı Keten
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Kahramanmaraş

AMAÇ: Sigara bırakma polikliniğine başvuran hastaların bazı sosyodemografik özellikleri ile sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların sigara bırakma üzerine etkilerini belirlemek ve reçete edilen ilaçların alınıp alınmadıklarını saptamaktır.

METOD: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği bünyesindeki sigara bırakma polikliniğine 01.10.2011-31.12.2011 tarihleri arasında sigara bırakmak amacıyla başvuran 208 hasta telefonla aranarak ve ulaşılabilen 124 hastanın çalışma kapsamına alındığı retrospektif kesitsel ve analitik bir çalışmadır. Veriler bilgisayarda SPSS programı yardımıyla değerlendirilmiş, istatistiksel değerlendirmelerde ki kare testi kullanılmıştır ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Telefonla hastaların %59.6'sına ulaşıldı. Ulaşılan 124 hastanın 33'ünün (%26.6) 3. ay geçmiş olmasına rağmen sigara kullanmadıkları saptanmıştır. Hastaların 115'ine (%92.7) ilaç önerildiği ve bunlardan 71'inin (%61.7) ilacını almış olduğu belirlendi. İlaç kullanım sürekliliğine baktığımızda; 71 kişiden 67'sinin (%94.4) sadece 1 kutu kullanmış olduğu saptandı. "Neden ilaç almadınız?" sorusuna cevap veren 42 kişiden 35'i (%83.3) "ilacın pahalı olduğunu", 5'i (%11.9) "gerek duymadığını" ve 2'si (%4.8) "ilacın zararlı olduğunu" ifade etmişlerdir. Hastaların ayda ortalama 193.0 ± 109.0 (10-180-500) TL para harcadıkları saptanmıştır. Eğitimin, bağımlılık düzeyinin, medeni halin ve sosyal desteğin bırakma oranları üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı görülürken ilaç kullanımının sigara bırakma oranlarına anlamlı etkisi olduğu saptandı ($p=0.03$).

SONUÇ: Sigara bırakma tedavisinde kullanılan ilaçların sigarayı bırakma oranlarını anlamlı bir şekilde arttırdığı ancak ilaçların pahalı bulunması nedeni ile alınmadığı, ilaç alanların da sadece 1 kutu kullandıkları saptanmıştır. Ancak hastaların sigaraya ortalama harcadıkları paranın tedavide kullanılan ilaçların maliyetini çok rahat karşılayacak düzeyde olduğu görüldü. İlaçların devlet tarafından karşılanması tartışılmalı ve hasta eğitimine önem verilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Ayrıca bu konuda daha kapsamlı ileri araştırmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: aa, bb

P-224

BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ TANILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: İLK 10 TANI LİSTESİ

Mustafa Celik¹, Mustafa Haki Sucaklı¹, Hamit Sırrı Keten¹, Soner Ölmez¹, Cansu Cebioğlu¹, Tuncay Gitmişoğlu², Ülger Akarsu², Alper Yıldırım²

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

²Osman Gazi Aile Sağlığı Merkezi, Kahramanmaraş

AMAÇ: Birinci basamakta koyulan tanıların bilinmesi tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimlerin planlanması için önemlidir. Ülkemizde bu konuda kapsamlı çalışmalar yoktur. Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti veren bir aile sağlığı merkezinde bir yıl içinde koyulan tanıları değerlendirmek ve ilk 10'a giren tanı listesini oluşturmak amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Bu çalışma Kahramanmaraş İl Merkezinde bulunan Osman Gazi Aile Sağlığı Merkezinde 2011 yılı içerisinde 3 aile hekimi tarafından koyulan ve elektronik ortama kaydedilen tanıları değerlendiren retrospektif kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Veriler bilgisayarda SPSS programı yardımıyla değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Osman Gazi Aile Sağlığı Merkezi 3 aile hekimi görev yapmakta idi. Hizmet verdiği nüfus 12.600 idi. Aile Sağlığı Merkezine başvuranların %38.3'ü erkek, %61.7'si kadın idi. 2011 yılı içerisinde 60627 tanı konulduğu saptanmıştır. Bu tanıların sıklık derecelerine göre dağılımları şu şekilde idi: 1. sırada 17962 tanı ile (%29.6) solunum sistemi hastalıkları, 2. sırada 7451 tanı ile (%12.9) gastroenterolojik hastalıklar, 3. sırada 6499 tanı ile (%10.7) dermatolojik hastalıklar, 4. sırada 5655 tanı ile (%9.3) kas-iskelet sistemi hastalıkları, 5. sırada 3605 tanı ile (%5.9) anemi ve vitamin eksiklikleri, 6. sırada 3428 tanı ile (%5.6) hipertansiyon, 7. sırada 2910 tanı ile (%4.8) idrar yolu hastalıkları, 8. sırada 2306 tanı ile (%3.8) psikiyatrik hastalıklar, 9. sırada 2264 tanı ile (%3.7) enfeksiyonlar ve 10. sırada 1850 tanı ile (%3.1) kardiyovasküler hastalıklar yer almaktaydı. Bu listeyi 11. sırada diyabet tanısı takip etmekteydi (1608 tanı, %2.6).

SONUÇ: Aile sağlığı merkezini kadınlar daha fazla kullanmaktaydılar. En fazla koyulan tanıların solunum sistemi, gastroentestinal sistem ve dermatoloji ile ilgiliydi. Birinci basamağa yönelik eğitimlerde bu sıralamanın da göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: aa, bb

P-225

PENDİK İLÇESİNDEKİ İLKÖĞRETİM ÇAĞI ÇOCUKLARINDA DERMATOLOJİK BULGULARIN TARANMASI

Niyazi Tosun, Pemra C. Ünalın, Ferhat Ekinci, Seda Arslan, Engin Altınöz, Arzu Uzuner
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Cilt hastalığı olan hastaların %10-73'ü birinci basamak kurumlarına başvurumaktadırlar. Bu nedenle birinci basamak hekiminin deri ve ekleri ile ilgili birçok soruna tanı koyarak, bu sistemin genel tıbbi yönetimini yapabilmesi beklenmektedir. Bu çalışmada ilköğretim çağındaki çocuklarda dermatolojik lezyonların sıklığı ve ilişkili sosyal ve medikal faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı kesitsel bir araştırma olarak planlanan bu çalışma Pendik ilçesinde yaşayan 7-12 yaş arasındaki ilköğretim çağı çocuklarında Ekim 2010-Aralık 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür. Pendik ilçesinin tüm mahalle ve köylerinden küme örneklem yöntemi ile Pendik'teki İÖÖ öğrencilerinin nüfusu dikkate alınarak hesaplanan örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır. Çalışmaya yaşları 7-12 arasında 3765 öğrenci dahil edilmiştir. Çocuğun ve ailesinin sosyo-demografik özellikleri, cilt lezyonlarının riskini artıran durumlar ve cilt ile ilgili yakınmalarını sorgulayan anket formu ile muayene verilerinin kaydedildiği veri toplama formu oluşturularak kullanılmıştır. Toplanan verilerin analizi SPSS 15 paket programı kullanılarak yapılmış, istatistiksel incelemelerde tanımlayıcı analizler için sıklık dağılımı yüzde, ortalama (\pm SD), kesikli verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamıza öğrencilerin %50.4'ü erkek ve %49.6'sı kızdır ve okumakta oldukları sınıflara göre dağılımı yaklaşık olarak eşittir. Dermatolojik lezyon sıklığı %46.3 olarak bulunmuştur. Bunun %26.2'sinin makül, %21.9'sinin hiperpigmentasyon olduğu saptanmıştır. Saç lezyonları sıklığı %1.9 ve tırnak lezyonları sıklığı da %2.2 olarak saptanmıştır. Pedikülozisin kızlarda daha sık olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Özgeçmişte allerji ve/veya allerjik hastalık öyküsü olanlarda ürtiker daha sık bulunmuştur ($p < 0.01$). Babaların %64.2'si, annelerin ise %78.6'sının 8 yıl ve altında eğitim aldığı saptanmıştır. Dermatolojik lezyonlar ile ailenin eğitim durumu, evde yaşayan kişi sayısı, çocuğun tek başına yatma öyküsü, sigara içme durumu gibi sosyal değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

SONUÇ: Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde cilt lezyonları sık rastlanan sağlık problemleridir. Çalışmamızda ilköğretim çağı çocuklarında bu lezyonların çoğunu makül ve hiperpigmentasyonun oluşturduğu görülmüştür. Bu lezyonların çoğu nevüs olarak değerlendirilebilir. Nevüs sık görülen cilt bulgularından olduğu için nasıl takip edileceği ve maligniteye dönüşme riski açısından nasıl değerlendirileceği konusunda hekimler ve aileler bilinçlendirilmelidir. Okullarda nevüs taraması yapılabilir. Bu taramalar, fiziksel şiddete ait cilt bulgularının saptanabilmesi için de önemli birer fırsat olacaktır.

Anahtar Kelimeler: ilköğretim çağı çocukları, dermatoloji

P-226

DIYABETES MELLİTUSLU HASTALARDA DN4 İLE NÖROPATİK AĞRI TARAMASINazlı Şensoy¹, Ümit Seçil Demirdal², Tuba Berra Sarıtaş³¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar³Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Konya

AMAÇ: Diabetes mellitus (DM) endokrin kaynaklı nöropatik ağrının en sık nedenidir. Türk epidemiyolojik diyabet çalışması'na (TURDEP-II) göre toplumumuzda diyabet sıklığının %13,7'ye ulaştığı bulunmuştur. Bu hastalarda nöropatik ağrı gelişeceği düşünülürse toplumsal önemi daha iyi anlaşılabilir. Nöropati prevalansı yaş, diyabetin süresi ve glukoz intoleransı ile doğru orantılı olup, en sık distal simetrik duysal nöropati gözlenir. Nöropatik ağrı taramasında %83 duyarlılık ve %90 özgüllüğe sahip, 4 sorudan oluşan anket (DN4 anketi) formu kullanılabilir. 10 toplam puandan 4'ün üzerinde alınması nöropatik ağrı varlığını gösterir. Epidemiyolojik çalışmalar ve diyabette kullanılan DN4 anketi kolay, hızlı ve hassas bir tarama aracıdır. Bu çalışmanın amacı poliklinik şartlarında diyabetik ağrıyı DN4 anketi ile kısa sürede tarayarak değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Tip 2 Diyabeti olan 45 hasta çalışmaya dahil edildi (21 erkek, 24 kadın, ortalama yaş \pm SD, 60,05 \pm 8.61). Hastalardan demografik veriler (yaş, cinsiyet), diyabetin süresi, ilişkili hastalıklar ve ailede diyabet öyküsü alındı. Diyabetik nöropati açısından şikayeti olan ya da olmayan her diyabetik hastaya DN4 tarama anketi uygulandı ve toplam puanı 4'ün üzerinde olan hastalar pozitif olarak değerlendirildi. İstatistiksel analiz için SPSS 18.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların %42,2 ilkokul mezunu, %26'sı ev hanımı, Hba1c ortalaması ise 7,88 \pm 1,77, diyabetin süresi ise ortalama 11.2 yıldır. Hastaların DN4 anket skoru ortalaması 4,04 \pm 2,79'du. 14'ü kadın, 12'si erkek olmak üzere toplam 26 hastada nöropati belirlendi. Hastaların %66,7'sinde yanma, %64,4'de iğnelenme, %60'da karıncalanma, %46,7'de ağrılı soğuk hissi ve elektrik çarpması belirtileri saptandı.

SONUÇ: Nöropatik ağrının tanısı hala çok zordur. Klinisyenlerin günlük uygulamalarında nöropatik ağrılı hastaları belirlemek için, kısa, basit ama güvenilir bir araca ve standart bir tanımlamaya ihtiyacı vardır. DN4 anketi, günlük klinik uygulama ve araştırma çalışmalarında nöropatik ağrı hastalarını belirlemek için klinisyenlere yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: DN4 anketi, nöropatik ağrı, diyabetes mellitus

P-227

TİP 2 DİYABETES MELLİTUSLU HASTALARDA EL TUTULUMU VE EL-PARMAK KAVRAMA GÜÇLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİÜmit Seçil Demirdal¹, Nazlı Şensoy², Aylin Karaman¹¹Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Afyonkarahisar²Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar**AMAÇ**

Diyabetik el sendromu (DES); diyabetik keriyartropati olarak adlandırılan eklem hareket açıklığında kısıtlanma, tetik parmak (TP) ve Dupuytren kontraktürü (DK) ile karakterize bir sendromdur. Son yıllarda diyabetik hastalarda el kavrama gücünde azalma olduğunu belirten çalışmalar vardır. Bu durumun diyabetin bir komplikasyonu olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada Tip 2 diyabetik hastalarda DES sıklığının ve el kavrama güçlerinin araştırılması ve diyabete bağlı el tutulumuna dikkat çekmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Tip 2 diyabet tanısı almış hastalar ve kontrol grubu olarak da yaş ve cinsiyet uyumlu sağlıklı gönüllüler alındı. Keriyartropati el bilekleri fleksiyonda parmaklar tam ekstansiyonda iken her iki elin palmar yüzünün birbirine tam temas ettirilmesi şeklinde tariflenen "dua belirtisi" testi; DK palpasyonla palmar nodul, deri kalınlaşması, peritendinöz bant ve parmak kontraktürü varlığı; TP parmak fleksiyonunda kilitlenme varlığı ile değerlendirildi. Kavrama güçleri, el kavrama gücü için dinamometre ve parmak kavrama gücü (palmar ve parmak ucu kavrama) için pinçmetre kullanarak tespit edildi. Her ölçüm 3 kez tekrarlanarak ortalama değerler alındı. Katılımcılara ayrıca üst ekstremitte disabilitesini değerlendiren Kol, Omuz ve El Disabilite Sorgulaması (DASH) ölçeği uygulandı.

BULGULAR

Tip 2 diyabetik hastalar (n=82) ve kontrol grubu (n=62) arasında yaş farkı yoktu (yaş ortalaması diyabetik grup=56,40±9,76, kontrol grubu=54,67±10,09 yılı). Ortalama diyabet süresi 7,3±6,5 yıl ve ortalama HbA1c düzeyi 7,1±1,69 idi. Diyabetik grupta %48,8 oranında keriyartropati, %3.6 oranında DK bulundu. Hiçbir hastada TP saptanmadı. Ortalama el ve parmak kavrama güçleri ve DASH skorları her iki çalışma grubunda istatistiksel olarak farklı değildi. Keriyartropati varlığı ile diyabet süresi, HbA1c düzeyi ve el-parmak kavrama güçleri arasında istatistiksel anlamda ilişki saptanmadı (p>0,05). Ancak keriyartropati varlığında DASH skorları keriyartropati olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (p=0,007).

SONUÇLAR

Bu çalışmada, diyabetik hastalarda keriyartropati sıklığı literatür ile uyumluyken, DK prevalansı literatür bilgilerinden düşük oranda saptandı. TP prevalansında literatürden farklı olarak hiçbir hastamızda saptanmadı. Diyabetik hastalarda azalması beklenen el ve parmak kavrama güçleri ise çalışmamızda kontrol grubundan farklı değildi. Ancak çalışmamızda keriyartropatisi olan diyabetik hastalarda üst ekstremitte disabilitesinde artma gösterildi. Bu bağlamda klinisyenler diyabetik hastalarda keriyartropati varlığında üst ekstremitte disabilitesini göz ardı etmemelidirler.

Anahtar Kelimeler: aa, bb

P-228

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ACİL SERVİSE DARP NEDENİYLE BAŞVURAN 7-17 YAŞ ÇOCUKLARDA ŞİDDET NEDENLERİNİN SOSYODEMOGRAFİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Şükrü Özayhan¹, Adem Özkara², Figen Şahin³, Ufuk Beyazova³

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile hekimliği, Konya

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile hekimliği, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Pediatri Kliniği, Ankara

AMAÇ: Son yıllarda çocuklar ve ergenler arasında sorunlarını çözme yolu olarak şiddeti seçme eğiliminin artmakta olduğu gözlenmektedir. Çalışmamızda şiddete yol açan nedenlerin sosyodemografik olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Eylül 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine darp nedeniyle başvuran 7-17 yaş grubu çocuk ve ergenler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 110 olgunun kendileri ve veli/vasileriyle yüz yüze görüşülerek yaklaşık 35 soruluk bir anket uygulandı. Anketlerde araştırma grubuna giren çocuk ve gençlere yaş, cinsiyet, sosyal güvence, kardeş sayısı ve cinsiyetleri, evde kendine ait odası olup olmadığı, okuldaki başarı durumu, devamsızlıkları, sosyal etkinliklere katılımları ve sigara, alkol, ilaç, uyuşturucu bağımlılığı soruldu. Aynı zamanda çocuk ve gençlerin anne ve babalarının yaşı, öğrenim durumları, meslekleri, sağlık durumları, birlikte yaşayıp yaşamadıkları, ailenin gelir durumu ve evde geçimsizlik olup olmadığı gibi sorular velilere yönlendirildi. Hastalarımıza şiddete maruz kaldıkları yer, darp edilen vücut bölgesi, darbın oluş biçimi, benzer darp öyküsünün olup olmadığı, kim tarafından hastaneye getirildiği, şiddetin nedeni, şiddetin kim ya da kimler tarafından uygulandığı, şiddeti uygulayanın yaşı, cinsiyeti, aynı okuldan olup olmadığı, şiddet uygulayan kişinin daha önce de başkasına şiddet uygulayıp uygulamadığı, okulda çeteleşme ve şiddetin önlenibilip önlenemeyeceği konusundaki düşünceleri soruldu. Verilerin analizi SPSS 16.0 programıyla yapıldı ve Ki- Kare testi kullanıldı.

BULGULAR: Cinsiyet ve yaş açısından araştırma grubu ile kontrol grubu benzer dağılıma sahipti. Oturulan semt, eğitim durumu, sosyal güvence, kardeş sayısı, okul başarısı, yakın arkadaşına sahip olma durumu, boş zamanlarını değerlendirmeleri gibi kriterlere göre araştırma ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Araştırma grubundaki darp edilen hastalarda en sık (%81.8) baş boyun bölgesi yaralanması gözlemlendi. Vakaların % 92.7 sinde künt travma mevcuttu. Şiddete en sık (% 63.6) okulda uğrandığı saptandı. Darp olayına maruz kalan vakaların % 14.5'inin daha önce de darp edildiği öğrenildi. Şiddete maruz kalan vakaların % 49.1'inde şiddeti arkadaşının uyguladığı saptandı. En sık (%40) şiddet nedeni; kız arkadaş meselesi olduğu gözlemlendi. Okullarda çeteleşmenin olup olmadığı sorulduğunda darp nedeniyle başvuran hasta grubunda, "okullarda çeteleşme olduğu düşüncesi" kontrol grubuna göre daha fazla gözlemlendi (p=0.002).

SONUÇ: Şiddet nedenlerinin anlaşılabilmesi için şiddet davranışını sergileyen bireylerin yaşadıkları çevre, sosyalleştikleri kurumlar ve içinde buldukları sosyokültürel, ekonomik durumlarını da içerecek şekilde daha geniş bir biçimde ele alınmaları gerekmektedir. Öğrencilere sosyal değerlerin kazandırılması, stresle baş edebilmelerini öğreten bazı eğitim programlarının geliştirilmesi, öfkenin kontrol altına alınmasının ve pişmanlığın öğretilmesi, empati yeteneğinin geliştirilmesini hedefleyen çalışmaların yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: çocuklar, darp, ergenler, şiddet

P-229

SAMSUN VE TRABZON İLLERİNDE RİSK GRUBUNDAKİ BİREYLERDE PNÖMOKOK VE İNFLUENZA AŞILANMA ORANLARI

Ercüment Kadiođlu¹, Füsun Yarış¹, Mustafa Dikici¹, Füsun İđde¹, Halil Aktaş²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği AD.

²Trabzon Akçaabat 3 No'lu ASM

Giriş-AMAÇ:

İnfluenza ve pnömokokal hastalıklar önemli birer morbidite ve mortalite nedenidir. İleri yaş ve enfeksiyon komplikasyonu ihtimalini arttıran medikal durumlar risk faktörlerini oluşturmaktadır. Bu hastalıklar, her yıl yüz binlerce hastane yatışı ve onbinlerce ölümlerle beraber sağlık sistemine ağır mali yükler getirmektedir. Bu nedenlerle ülkemizde risk grubunda bulunan tüm bireylere ve 65 yaş ve üzerindeki popülasyona influenza ve polisakkarit pnömokok aşılı uygulanmalıdır. Çalışmamızda iki ilimizdeki influenza ve polisakkarit pnömokok aşılama oranlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM:

Mayıs 2009- Ocak 2011 tarihleri arasında Samsun ilinde üç farklı aile sağlığı merkezi ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine ve Trabzon ilinde bir aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerle yüz yüze görüşme yapılarak anket uygulandı. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirildi.

BULGULAR:

Çalışmaya katılan 667 hastanın 66'sı 65 yaş ve üzerindeydi (grup A). 166'sı 65 yaş ve üzerinde veya influenza ve polisakkarit pnömokok aşılı için tıbbi endikasyonu vardı. A grubundaki hastaların 26'sı (39.4%) influenza aşısını en az bir kez yaptırmışken hiçbiri polisakkarit pnömokok aşısı yaptırmamıştı. B grubundaki hastaların ise 63'ü (38.0%) en az bir kez influenza aşısı yaptırmışken, 10'u (6.0%) en az bir kez polisakkarit pnömokok aşısı yaptırmıştı.

SONUÇ:

Ulusal aşı programının parçası olmalarına rağmen influenza ve polisakkarit pnömokok aşılama oranları risk grubundaki bireylerde gelişmiş ülkelerdeki aşılama oranlarına göre düşük bulunmuştur. Her iki aşı da risk grubundaki bireylere ücretsiz uygulanmasına rağmen hekimlere aşılama oranlarını yükseltmeye yönelik pozitif performans uygulaması yapılmamaktadır. Aile hekimleri risk grubundaki hastalarına yönelik aşı uygulamalarına daha fazla özen göstermelidir.

Anahtar Kelimeler: Erişkin bağışıklaması, aşılama, pnömokok, influenza

Yazar	Sunum no
Aba, G.	S-041
Acar, N.	P-094
Acar, Y. F.	P-058
Açıklalın, C.	P-001
Adahan Sunay, D.	P-160
Adal, E. S.	P-058
Ağaoğlu, H.	P-178
Ağaoğlu, H.	P-204
Ak, F.	P-079
Ak, F.	S-038
Akar, Ş.	P-200
Akarsu, Ü.	P-224
Akbayın, Z.	S-007
Akbulut, H.	P-082
Akbulut, H.	P-137
Akbulut, H.	P-154
Akbulut, H.	P-156
Akbulut, H.	P-158
Akbulut, H.	P-192
Akca, F.	P-145
Akca, Ö.	P-122
Akcan, A.	P-210
Akdağ, S.	P-017
Akdağ, S.	P-024
Akdağ, S.	P-053
Akdağ, S.	P-078
Akhan, M. M.	P-162
Akhan, M. M.	P-163
Akın, R.	P-064
Akkuzulu, H.	P-088
Akman, M.	P-182
Akoglu, L.	P-126
Akoglu, L.	S-022
Aksaç Adalı, E.	S-017
Aksoy, H.	P-106
Aksoy, H.	P-116
Aksoy, H.	P-120
Aksoy, Ö.	P-090
Aktaş, H.	P-059
Aktaş, H.	P-229
Aktunç, E.	P-095
Akturan, S.	P-186
Aktürk, Z.	P-020
Alagöz, B.	P-145
Alan, G.	S-009
Alavcı, Ö.	P-081
Albayrak, T.	P-122
Aliler, B.	P-092
Alper Gürz, A.	P-045

Alper Gürz, A.	P-046
Alper Gürz, A.	P-048
Alper Gürz, A.	P-050
Alper Gürz, A.	P-125
Altaş Çakır, Ş.	P-034
Altay Gazi, D.	P-190
Altinel, N.	P-207
Altınöz, E.	P-225
Altıntoprak, A. E.	P-071
Altınöz, E.	P-087
Altun, İ.	P-193
Altuntaş, M.	P-032
Altuntaş, M.	S-007
Altuntaş, M.	S-014
Altuntaş, Ö.	P-049
Altuntaş, Ö.	P-191
Altuntaş, Ö.	S-020
Altuntaş, Ö.	S-024
Altuntaş, Ö.	S-025
Amanvermez Şenarslan, D.	P-018
Ankaralı, H.	P-213
Apaydın Kaya, Ç.	P-182
Apaydın Kaya, Ç.	S-012
Apaydın, T.	P-079
Arabacı, M.	P-080
Arabacı, M.	P-081
Aras Kılınc, E.	P-032
Arıkan, U.	S-040
Arıman, O.	P-088
Arıman, O.	P-089
Arıman, O. Ö.	P-090
Arıman, O. Ö.	P-091
Arıman, O. Ö.	P-092
Arıman, O. Ö.	P-093
Arıman, O. Ö.	P-096
Arıman, O. Ö.	P-097
Arıman, O. Ö.	P-099
Arıman, O. Ö.	P-100
Arıman, O. Ö.	P-101
Arıman, O. Ö.	P-102
Armutlukuyu, M.	P-006
Arslan, B.	P-003
Arslan, S.	P-039
Arslan, S.	P-110
Arslan, S.	P-225
Artıran İğde, F. A.	P-020
Artıran İğde, F. A.	P-030
Artıran İğde, F. A.	P-045
Artıran İğde, F. A.	P-046
Artıran İğde, F. A.	P-048

Artıran İğde, F. A.	P-125
Artıran İğde, F. A.	S-008
Artıran İğde, F. A.	S-009
Artıran İğde, F. A.	S-011
Artıran İğde, F. A.	S-024
Aslan Tengürek, S.	P-194
Aslan, B.	P-051
Aslan, M.	P-064
Aslan, R.	P-135
Aslan, R.	P-150
Aslan, R.	P-153
Aslan, S.	P-139
Aslan, S.	P-037
Atagündüz, P.	P-186
Ateş, R.	P-061
Atmaca Yalçın, F.	P-160
Avşar, Ü.	P-068
Avşar, Ü.	P-086
Avşar, Ü.	P-148
Avşar, Ü.	S-010
Avşar, Ü. Z.	P-068
Avşar, Ü. Z.	S-010
Aydemir, B.	S-003
Aydın Demirağ, S.	P-020
Aydın, M.	P-201
Aydın, M.	S-042
Aydın, O.	P-187
Aydın, S.	S-024
Aydın, Y.	P-213
Aydoğan, Ü.	P-010
Aydoğan, Ü.	P-011
Aydoğan, Ü.	P-012
Aydoğan, Ü.	P-013
Aydoğan, Ü.	P-020
Aydoğan, Ü.	P-044
Aydoğan, Ü.	P-064
Aydoğan, Ü.	P-082
Aydoğan, Ü.	P-133
Aydoğan, Ü.	P-137
Aydoğan, Ü.	P-154
Aydoğan, Ü.	P-156
Aydoğan, Ü.	P-158
Aydoğan, Ü.	P-192
Ayhan, D.	P-107
Ayhan, D.	P-116
Aykın, S. N.	P-214
Aypak, C.	P-088
Aypak, C.	P-089
Aypak, C.	P-090
Aypak, C.	P-091

Aypak, C.	P-092
Aypak, C.	P-093
Aypak, C.	P-096
Aypak, C.	P-097
Aypak, C.	P-099
Aypak, C.	P-100
Aypak, C.	P-101
Aypak, C.	P-102
Ayraller, A.	P-051
Bakan, B.	P-193
Bakan, B.	P-195
Balcı, N.	P-185
Balcı, N.	P-187
Balcı, N.	P-197
Balkan, M.	P-137
Balkan, M.	P-192
Baltacı, D.	P-213
Baş, F. Y.	P-001
Başak, O.	P-201
Başak, O.	P-210
Başak, O.	P-221
Başak, O.	S-042
Başaran, E. O.	P-085
Baştürk, R.	P-052
Battal, B.	P-158
Baydar Artantaş, A.	P-166
Baydar Artantaş, A.	P-179
Bayliss, E.	S-037
Bayrak, Ş.	S-009
Bayrak, Ş.	S-020
Berisha, N.	P-021
Beyazova, U.	P-228
Beyca, H. H.	P-222
Bez, Y.	P-026
Bilal, Ö.	P-193
Bilgin, M. S.	P-154
Bilgin, M. S.	P-156
Biteker, M.	P-069
Biteker, M.	P-070
Biteker, M.	S-004
Biteker, M.	S-005
Borlu, F.	P-111
Bozkurt Bulakçı, B.	P-108
Bozkurt Bulakçı, B.	P-109
Bulgurlu, S. S.	S-004
Bulgurlu, S. S.	S-005
Bulut Çelik, S.	P-032
Büke, A.	P-052
Büyükvanlı, F.	P-002
C. Ünalın, P.	P-109

C. Ünalın, P.	P-110
C. Ünalın, P.	P-225
C. Ünalın, P.	S-012
Can, H.	P-031
Can, H.	P-032
Can, H.	P-034
Can, H.	P-173
Can, H.	S-007
Can, H.	S-026
Can, M. M.	P-070
Can, Z.	P-026
Cansever, Z.	P-086
Cebioğlu, C.	P-223
Cebioğlu, C.	P-224
Celik Basaran, F.	P-126
Celik Basaran, F.	S-022
Celik, M.	P-224
Ceyhun Peker, A. G.	P-079
Ceyhun Peker, A. G.	S-038
Cihan, F. G.	P-029
Cihan, F. G.	P-056
Cihan, F. G.	S-040
Coşar, E.	P-067
Coşar, E.	P-134
Coşkun, F.	P-142
Coşkun, F.	S-018
Cömert, A.	S-038
Cömert, M.	P-131
Cömert, M.	P-176
Cumbul, O.	P-181
Çağaç, Ö.	P-087
Çağlayan, E. K.	P-007
Çağlayan, E. K.	P-008
Çakır Güngör, A. N.	P-066
Çakır Güngör, A. N.	P-134
Çakır, L.	P-034
Çakıt, M. O.	P-187
Çalışkan, C.	P-111
Çatak, A. T.	P-094
Çavuşoğlu, C.	S-003
Çavuşoğlu, N. T.	P-187
Çayır, Y.	P-068
Çayır, Y.	P-086
Çayır, Y.	P-103
Çeken, Y.	P-061
Çeken, Y.	P-207
Çeken, Y.	P-209
Çeken, Y.	S-021
Çelepıolu, T.	P-026
Çelepıolu, T.	P-032

Çelepkolu, T.	P-173
Çelepkolu, T.	S-026
Çeler, A.	P-213
Çelik Güzel, E.	S-003
Çelik, İ.	S-012
Çelik, M.	P-161
Çelik, M.	P-195
Çelik, M.	P-223
Çelik, S. B.	P-173
Çetin Kargın, N.	P-006
Çetin Kargın, N.	P-014
Çetinel, Y.	P-220
Çetintürk Üstündağ, A.	P-031
Çırpan, E.	P-044
Çifçili, S.	P-140
Çifçili, S.	P-182
Çifçili, S. S.	P-039
Çifçili, S. S.	P-077
Çivi, S.	P-127
Çivi, S.	P-128
Çivi, S.	P-130
Çivi, S.	P-131
Çivi, S.	P-135
Çivi, S.	P-150
Çivi, S.	P-153
Çivi, S.	P-164
Çivi, S.	P-165
Çivi, S.	P-176
Çivi, S.	P-177
Çivi, S.	S-033
Çolak, M. Y.	P-206
Çolak, M. Y.	P-208
Çolak, M. Y.	P-219
Çolak, M. Y.	S-032
Çoskun, H. Z.	S-016
Çölgeçen, E.	P-016
Çölgeçen, E.	P-018
Çölgeçen, E.	P-019
Çurgunlu, A.	P-172
Çurgunlu, A.	P-215
Dağdelen, Z.	P-210
Dağdeviren, Ç.	P-061
Dağlı, Z.	S-038
Dal, H.	P-014
Dallar, Y.	P-107
Davas, N. İ.	S-035
Dayan, A.	P-069
Dayan, A.	P-070
Dayan, A.	S-004
Dayan, A.	S-005

Dede, F.	P-122
Deler, H.	P-213
Demir Akca, A. S.	P-145
Demirağ, S.	P-201
Demirağ, S.	P-210
Demirağ, S.	P-221
Demirağ, S.	S-042
Demircan, N.	P-145
Demirci, A.	P-124
Demirci, A.	P-061
Demirci, A.	P-207
Demirci, A.	P-209
Demirci, A.	S-021
Demirci, H.	P-085
Demirci, H.	P-104
Demirci, H.	P-141
Demirci, H.	P-147
Demirci, H.	P-175
Demirdal, Ü. S.	P-226
Demirdal, Ü. S.	P-227
Demirdamar Gelgin, T.	P-194
Demirel, A. H.	P-181
Demirel, Y.	P-023
Demirel, Y.	P-025
Demirel, Y.	P-161
Demirel, Y.	S-001
Demirtunç, R.	S-004
Deniz Şafak, E.	P-033
Dicle, M.	P-091
Dicle, M.	P-097
Dicle, M.	P-100
Dicle, M.	P-101
Dikici, M.	P-059
Dikici, M.	P-229
Dikici, M. F.	P-020
Dikici, M. F.	P-030
Dikici, M. F.	P-045
Dikici, M. F.	P-046
Dikici, M. F.	P-048
Dikici, M. F.	P-125
Dikici, M. F.	S-008
Dikici, M. F.	S-009
Dikici, M. F.	S-011
Dikici, M. F.	S-024
Dikkatli, S.	P-192
Dilber, S.	P-171
Dilber, S.	P-181
Dilek, G.	P-146
Dişçigil, G.	P-196
Dişçigil, G.	S-042

Dişçigil, G.	P-201
Dişçigil, G.	P-210
Dişçigil, G.	P-221
Doğaner, Y. Ç.	P-137
Doğangüzel, Z.	P-152
Doğangüzel, Z.	P-181
Döner, P.	P-107
Döner, P.	P-116
Döner, P.	P-146
Duman, U.	P-104
Ebiloğlu, A.	P-044
Ebiloğlu, A.	P-137
Ede, G.	S-012
Edirne, T.	P-037
Edirne, T.	P-094
Eğri, M.	P-218
Eker, D.	P-172
Eker, H. H.	P-041
Ekinci, F.	P-039
Ekinci, F.	P-042
Ekinci, F.	P-077
Ekinci, F.	P-087
Ekinci, F.	P-118
Ekinci, F.	P-186
Ekinci, F.	P-225
Emen, B.	P-031
Eminsoy, G. M.	P-206
Eminsoy, G. M.	P-208
Eminsoy, G. M.	S-032
Eminsoy, G. M.	P-219
Eminsoy, G. M.	P-220
Engin Gök, D.	P-044
Enginyurt, Ö.	P-009
Erdal, R.	P-206
Erdal, R.	P-208
Erdal, R.	P-219
Erdal, R.	S-032
Erdem, E.	S-026
Erdoğan, E.	S-018
Erdoğan, Y.	P-007
Erdoğan, Y.	P-008
Erdoğan, Y.	P-016
Erdoğan, Y.	P-018
Erdoğan, Y.	P-019
Erdoğan, Y.	P-028
Erdoğmuş Mergen, B.	S-030
Eren, Ş. Ü.	P-171
Eren, Ü.	P-152
Eren, Ü.	P-160
Eren, Ü.	P-181

Ergen, N.	S-004
Ergin, Ş.	P-052
Erginbaş, E.	P-105
Ergün, Y.	P-187
Ersü, A.	P-174
Ertekin, Y. H.	P-004
Ertekin, Y. H.	P-055
Ertekin, Y. H.	S-031
Ertem, Ö.	P-124
Ertem, Ö.	P-168
Erten Bucaktepe, G.	P-026
Eser, E.	S-037
Eşsizoğlu, E.	P-178
Etcibaşı, Ş.	P-119
Etiler, N.	P-203
Fidan, C.	P-219
Fidan, C.	S-032
Fidancı, İ.	P-171
Fidancı, İ.	P-181
Gashi, M.	P-021
Gemalmaz, A.	P-196
Gemalmaz, A.	P-201
Gemalmaz, A.	P-210
Gemalmaz, A.	P-221
Gemalmaz, A.	S-042
Gencer, M.	P-066
Gencer, M.	P-072
Gencer, M.	P-129
Gencer, M.	P-134
Gitmişoğlu, T.	P-224
Gökçe, E.	P-221
Gökçe, E.	S-042
Gökgöz Durmaz, F.	P-029
Gökgöz Durmaz, F.	P-056
Gökgöz Durmaz, F.	S-040
Gölcür, M.	P-192
Görpelioğlu, S.	P-088
Görpelioğlu, S.	P-089
Görpelioğlu, S.	P-090
Görpelioğlu, S.	P-091
Görpelioğlu, S.	P-092
Görpelioğlu, S.	P-093
Görpelioğlu, S.	P-096
Görpelioğlu, S.	P-097
Görpelioğlu, S.	P-099
Görpelioğlu, S.	P-100
Görpelioğlu, S.	P-101
Görpelioğlu, S.	P-102
Gözer, Ö.	P-132
Gözü, H. I.	S-005

Gülcan, G.	P-058
Gülcan, G.	P-105
Güldal, A. D.	P-040
Güldal, D.	P-063
Güldal, D.	S-002
Gülmez, G.	P-152
Gülmez, G.	P-160
Gülmez, G.	P-171
Güloğlu, R.	P-108
Gültekin, E.	S-012
Gümüştakım, R. ř.	P-106
Günaydın, İ.	P-016
Günaydın, İ.	P-018
Gündoğan Güneş, N.	P-036
Güngör, A. N. Ç.	P-067
Güngör, A. N. Ç.	P-072
Güngör, S.	P-129
Güngör, S.	P-178
Günvar, T.	S-036
Gürsoy, ř.	P-065
Güvenç, M. G.	P-215
Güzel, S.	S-003
Hacıvelioğlu, S.	P-066
Hacıvelioğlu, S.	P-072
Hamilçıkan, S. B.	P-105
Hatipoğlu, S.	P-209
Hkan, A. S.	P-148
Işık, E. S.	P-015
Işık, M.	P-148
Işık, M.	S-010
Işıklar,özberk, D.	P-164
Işıldak, S.	P-085
İğde, F.	P-059
İğde, F.	P-229
İlhan, E.	P-070
İnan, S.	P-079
İnan, S.	S-038
İnce, K. B.	P-166
İnce, K. B.	P-179
İşcan, G.	P-152
İşcan, G.	P-160
İşcan, G.	P-181
Kacmaz, N.	P-126
Kacmaz, N.	S-022
Kaçar, A.	P-058
Kaçmaz, N.	P-043
Kadioğlu, E.	P-059
Kadioğlu, E.	P-229
Kadioğlu, E.	S-024
Kahveci, R.	P-062

Kahveci, R.	P-106
Kahveci, R.	P-107
Kahveci, R.	P-116
Kahveci, R.	P-120
Kahveci, R.	P-122
Kahveci, R.	P-124
Kahveci, R.	P-146
Kahveci, R.	P-168
Kahveci, R.	S-018
Kalender, H.	P-076
Kantekin, V.	P-185
Kantekin, V.	P-187
Kantekin, V.	P-197
Kara, M.	P-007
Kara, M.	P-008
Kara, M.	P-028
Kara, S.	P-001
Kara, S.	P-002
Kara, S.	P-003
Kara, S.	P-098
Karabay, O.	P-041
Karaçavuş, S.	P-007
Karaçavuş, S.	P-008
Karaçavuş, S.	P-028
Karaçorlu, C.	P-089
Karakuş, L.	P-192
Karaman, A.	P-227
Karan, M. A.	P-214
Kartal, M.	P-040
Kartal, M.	P-063
Kartal, M.	S-002
Kasım, İ.	P-062
Kasım, İ.	P-106
Kasım, İ.	P-107
Kasım, İ.	P-116
Kasım, İ.	P-120
Kasım, İ.	P-124
Kasım, İ.	P-146
Kasım, İ.	P-168
Kasım, İ.	S-018
Kavalcı, C.	S-018
Kaya, A. A.	P-094
Kaya, Ç. A.	P-186
Kaya, M. C.	P-026
Kayhan Tetik, B.	P-166
Kayhan Tetik, B.	P-179
Kaysılı, S.	P-006
Kaysılı, S.	P-014
Keten, H. S.	P-223
Keten, H. S.	P-224

Kılbaş, Z.	P-137
Kılbaş, Z.	P-192
Kılıç, M. Y.	P-085
Kılıçaslan, A. Ö.	P-127
Kılıçaslan, A. Ö.	P-177
Kır Doğru, G.	S-009
Kırılmaz, B.	P-067
Kıyak Çağlayan, E.	P-028
Kıyıcı, A.	S-039
Kızıldağ, B.	P-066
Kıziler, A. R.	S-003
Kişioğlu, Y.	P-132
Kocaakman, M.	P-041
Koç, A.	P-099
Koç, B.	P-010
Koç, B.	P-011
Koç, B.	P-012
Koç, B.	P-013
Koç, B.	P-064
Koç, B.	P-154
Koç, B.	P-156
Koç, E.	P-067
Koç, E.	P-129
Koç, E.	P-122
Koç, M.	P-146
Koçak, A.	P-135
Koçak, A.	P-165
Korkmaz, M.	P-016
Korkmaz, M.	P-018
Korkmaz, M.	P-060
Korkmaz, M.	P-073
Korkmaz, P.	P-060
Korkmaz, P.	P-073
Korkut, Y.	P-004
Koşar, ř.	P-072
Köse, ř.	P-080
Kumcular, T.	P-072
Kural, B.	S-021
Kut, A.	P-206
Kut, A.	P-208
Kut, A.	P-219
Kut, A.	P-220
Kut, A.	S-032
Kutlu, R.	P-127
Kutlu, R.	P-128
Kutlu, R.	P-130
Kutlu, R.	P-131
Kutlu, R.	P-135
Kutlu, R.	P-150
Kutlu, R.	P-153

Kutlu, R.	P-164
Kutlu, R.	P-165
Kutlu, R.	P-176
Kutlu, R.	P-177
Kutlu, R.	S-033
Kutlucan, A.	P-213
Kutlugün, C.	P-029
Kutlugün, C.	S-040
Küçükyalçın, V.	S-003
Lale, G.	P-079
Layık, M. E.	P-061
Limnili, G.	P-084
Marakoğlu, K.	P-006
Marakoğlu, K.	P-014
Marakoğlu, K.	S-039
Mazicioğlu, M. M.	P-033
Mazicioğlu, M. M.	P-065
Merder, D.	P-118
Mergen, H.	S-030
Mesci, B.	P-222
Mısırlı, H.	P-069
Muja, G.	P-021
Mutlu, H. H.	P-222
Müderrişoğlu, H.	P-220
Nazlı, İ.	S-012
Noyan, T.	P-009
Odabaş, D.	S-040
Okur, A.	P-018
Ongel, K.	P-126
Ongel, K.	S-022
Oral, H. B.	P-098
Ortaç, E. K.	P-181
Oygen, Ş.	P-111
Ozsoz, A.	P-126
Ozsoz, A.	S-022
Ölmez, S.	P-223
Ölmez, S.	P-224
Önal, B.	S-036
Önde, M.	P-032
Önde, M.	P-034
Önder, Ö.	P-096
Önder, Ö.	P-097
Önder, Ö.	P-100
Önder, Ö.	P-101
Önder, Ö.	P-102
Önem, E.	P-037
Öngel, K.	P-002
Öngel, K.	P-003
Öngel, K.	P-043
Öngel, K.	P-071

Öngel, K.	P-080
Öngel, K.	P-081
Öngel, K.	P-083
Öngel, K.	P-098
Öngel, K.	P-174
Öngel, K.	P-204
Öngel, K.	S-007
Öngel, K.	S-014
Öngel, K.	S-026
Öngel, K.	S-030
Örs, F.	P-158
Örs, O. P.	P-066
Örs, O. P.	P-067
Örs, O. P.	P-072
Örs, O. P.	P-204
Özayhan, Ş.	P-228
Özcan, F.	P-203
Özçakar, N.	P-036
Özçakar, N.	P-084
Özçakar, N.	S-036
Özçelik, G.	P-167
Özçetin, B.	P-104
Özden, T.	P-069
Özder, A.	P-041
Özdilekçi, S.	P-085
Özel, R.	P-139
Özenç, S.	P-010
Özenç, S.	P-011
Özenç, S.	P-012
Özenç, S.	P-013
Özer, C.	P-119
Özgür, F.	S-012
Özkal, N.	P-139
Özkan, F.	P-193
Özkan, G.	S-026
Özkan, N.	P-058
Özkan, N.	P-190
Özkara, A.	P-062
özkara, A.	P-106
Özkara, A.	P-107
Özkara, A.	P-116
Özkara, A.	P-120
Özkara, A.	P-122
Özkara, A.	P-124
Özkara, A.	P-146
Özkara, A.	P-168
Özkara, A.	P-228
Özkara, A.	S-018
Özkara, A.	S-027
Özkürkçügil, C.	P-203

Özşahin, A.	P-037
Özşahin, A.	P-094
Öztekin, C.	P-168
Öztekin, C.	S-027
Öztürk, S.	P-213
Öztürk, A.	P-029
Öztürk, B.	P-085
Öztürk, G. B.	P-214
Öztürk, U.	P-067
Öztürk, Y.	P-122
Öztürk, Z.	P-207
Öztürk, Z.	P-209
Öztürk, Z.	S-021
Öztürkoğlu, H. E.	P-162
Özyurt, H.	P-218
Palanduz, A.	P-108
Palanduz, A.	P-109
Pamuk, G.	S-033
Pangal, M.	P-065
Parpucu, M.	P-197
Pehlivan, Z.	P-051
Peker, E.	P-129
Peker, E.	P-178
Peker, G. C.	S-028
Pirdal, H.	P-191
Polat, M.	P-093
Saatçi, E.	S-037
Sağlam, K.	P-044
Sağlam, K.	P-137
Sağlam, K.	P-158
Sağlam, K.	P-192
Sağlam, M.	P-158
Sanberk, İ.	S-037
Sancaktar, Ö.	P-221
Sarı, O.	P-010
Sarı, O.	P-011
Sarı, O.	P-012
Sarı, O.	P-013
Sarı, O.	P-064
Sarı, O.	P-082
Sarı, O.	P-133
Sarı, O.	P-137
Sarı, O.	P-154
Sarı, O.	P-156
Sarı, O.	P-158
Sarı, O.	P-192
Sarıkaya, Ö.	P-182
Sarıtaş, A.	P-213
Sarıtaş, T. B.	P-226
Sayalı, M. E.	P-051

Selçuk, M. Y.	P-103
Sencan, İ.	P-146
Set, T.	P-068
Set, T.	P-148
Set, T.	S-010
Sezer, Ö.	P-111
Sezer, Ö.	S-035
Sezgin, Y.	P-036
Sezgin, Y.	P-040
Sıĝnak, A.	P-152
Sıĝnak, A.	P-160
Sıĝnak, A.	P-171
Sıĝnak, A.	P-181
Sılan, F.	P-066
Soysal, N.	P-083
Sönmez, B.	P-062
Sözen, F.	P-206
Sözen, F.	P-208
Sözen, F.	P-219
Sözen, F.	P-220
Sözen, F.	S-032
Sucaklı, M. H.	P-023
Sucaklı, M. H.	P-161
Sucaklı, M. H.	P-193
Sucaklı, M. H.	P-195
Sucaklı, M. H.	P-223
Sucaklı, M. H.	P-224
Sucaklı, M. H.	S-001
Sunay, D.	P-152
Sunay, D.	P-185
Sunay, D.	P-187
Sunay, D.	P-197
Sümer, S.	P-146
Şafak, E. D.	P-065
Şahin, E. M.	P-134
Şahin, F.	P-228
Şahin, G.	P-030
Şahin, G.	S-009
Şahin, G.	S-011
Şahin, G.	P-070
Şahin, M. K.	P-030
Şahin, M. K.	S-009
Şahin, M. K.	S-011
Şahin, N. Ş.	P-201
Şahin, N. Ş.	P-210
Şahin, N. Ş.	P-221
Şahoĝlu Ünver, G.	P-140
Şehabettinoĝlu, S.	P-079
Şencan, İ.	P-106
Şencan, İ.	P-107

Şencan, İ.	P-116
Şencan, İ.	P-120
Şencan, İ.	P-124
Şencan, İ.	P-168
Şencan, İ.	S-018
Şengezer, T.	S-027
Şengül, E.	P-075
Şenol, N.	P-120
Şensoy, N.	P-226
Şensoy, N.	P-227
Şentürk, E.	P-024
Şentürk, E.	P-078
Şimşek, M.	P-071
Taci, D. Y.	P-152
Tağtekin Sezer, B.	P-111
Tağtekin Sezer, B.	S-035
Taha, A.	P-104
Tan, M. N.	P-063
Tanoğlu, A.	P-133
Tanrıöver, M.	P-064
Taş, A.	P-037
Taymaz, T.	P-121
Taymaz, T.	P-132
Taymaz, T.	P-136
Taymaz, T.	S-006
Tekin, H.	P-096
Tekin, H.	P-099
Tekin, H.	P-102
Tekin, O.	P-124
Tekin, O.	P-146
Tekin, O.	P-152
Tekin, O.	P-160
Tekin, O.	P-171
Tekin, O.	P-181
Tekin, O.	P-185
Tekin, O.	P-187
Tekiner, A. S.	P-079
Tekiner, A. S.	S-038
Tekiner, S.	S-028
Tekkeşin, A. İ.	P-070
Telatar, B.	P-172
Telatar, B.	P-215
Tetikçok, R.	P-218
Tihan, D.	P-104
Tokdemir, M.	P-081
Toker, S.	P-051
Tokgöz, S.	P-130
Tombuş, O. T.	P-154
Tombuş, O. T.	P-156
Tombuş, O. T.	P-158

Topal, K.	P-037
Topal, K.	P-052
Topal, K.	P-094
Topal, K.	S-037
Topaloğlu, N.	P-178
Toprak Evcik, D.	P-139
Toprak Evcik, D.	P-167
Toprak, D.	S-017
Toprak, D.	S-035
Tosun, N.	P-225
Tufan, F.	P-075
Tufan, T.	P-137
Tufan, T.	P-192
Tuncel, B.	P-039
Tuncel, B.	P-042
Tuncel, B.	P-087
Tuncel, B.	P-118
Turgut, .	P-042
Tükek, T.	S-026
Türker, T.	P-156
Türker, Y.	P-098
Türkkan, E.	P-058
Tüter, Ő. K.	P-006
Tüzün, S.	P-194
Uar, M.	P-051
Uar, R. M.	P-006
Ukan, M. Ü.	P-152
Ukan, M. Ü.	P-171
Uğur Altun, H. B.	P-215
Uğurlu, M.	P-166
Uğurlu, M.	P-179
Ukşaş, E.	P-077
Ukşaş, E.	P-118
Ulu, H.	S-039
Uludağ, A.	P-129
Uludağ, A.	P-134
Uludağ, A.	P-178
Uludağ, A.	P-204
Ungan, M.	S-038
UrsavaŐ, İ. S.	P-085
Usman, M. G.	P-142
Uysal, Z.	P-088
Uysal, Z.	P-089
Uysal, Z.	P-090
Uysal, Z.	P-091
Uysal, Z.	P-092
Uysal, Z.	P-093
Uysal, Z.	P-096
Uysal, Z.	P-097
Uysal, Z.	P-099

Uysal, Z.	P-100
Uysal, Z.	P-101
Uysal, Z.	P-102
Uzunca, N.	P-210
Uzunca, N.	P-221
Uzuner, A.	P-039
Uzuner, A.	P-105
Uzuner, A.	P-118
Uzuner, A.	P-182
Uzuner, A.	P-225
Ünal Yıldırım, N.	P-207
Ünal Yıldırım, N.	P-209
Ünal Yıldırım, N.	S-021
Ünal, M.	P-191
Ünal, M.	S-025
Ünalacak, M.	P-060
Ünalacak, M.	P-073
Ünalacak, M.	P-112
Ünalın, P.	P-182
Üner, B. A.	P-201
Üner, B. A.	S-042
Ünlüoğlu, İ.	P-060
Ünlüoğlu, İ.	P-073
Ünlüoğlu, İ.	P-112
Ünlüoğlu, İ.	S-013
Ünsal, S.	P-122
Ünver, Ş.	P-161
Üsterme, N.	P-044
Üsterme, N.	P-137
Üstü, Y.	P-166
Üstü, Y.	P-179
Üstünbaş, H. B.	P-033
Üstünbaş, H. B.	P-065
Vural, T.	S-002
Vurucu, S.	P-064
Yakar, B.	S-031
Yalçın, B. M.	P-191
Yalçın, B. M.	S-025
Yarar, F.	P-035
Yarar, F.	P-049
Yarar, F.	P-050
Yarar, F.	S-024
Yararbaş, G.	P-071
Yarış, F.	P-020
Yarış, F.	P-030
Yarış, F.	P-035
Yarış, F.	P-045
Yarış, F.	P-046
Yarış, F.	P-048
Yarış, F.	P-059

Yarış, F.	P-125
Yarış, F.	P-229
Yarış, F.	S-008
Yarış, F.	S-009
Yarış, F.	S-011
Yarış, F.	S-024
Yavuz, C.	P-029
Yener, Ö. F.	P-020
Yengil Taci, D.	P-160
Yengil Taci, D.	P-162
Yengil Taci, D.	P-163
Yengil Taci, D.	P-171
Yengil, E.	P-160
Yengil, E.	P-162
Yengil, E.	P-163
Yenicesu, C.	P-023
Yenicesu, C.	P-025
Yenicesu, C.	P-161
Yenicesu, C.	S-001
Yenicesu, M.	S-001
Yenidoğan, E.	P-095
Yeşilkaya, I. Y.	P-075
Yeşilyurt, R.	S-002
Yıkılkan, H.	P-088
Yıkılkan, H.	P-089
Yıkılkan, H.	P-090
Yıkılkan, H.	P-091
Yıkılkan, H.	P-092
Yıkılkan, H.	P-093
Yıkılkan, H.	P-096
Yıkılkan, H.	P-097
Yıkılkan, H.	P-099
Yıkılkan, H.	P-100
Yıkılkan, H.	P-101
Yıkılkan, H.	P-102
Yıldırım Baş, F.	P-098
Yıldırım Erdoğan, N.	P-018
Yıldırım Erdoğan, N.	P-019
Yıldırım Kaptanoğlu, A.	P-074
Yıldırım Kaptanoğlu, A.	P-076
Yıldırım Kaptanoğlu, A.	S-015
Yıldırım Kaptanoğlu, A.	S-016
Yıldırım, A.	P-224
Yıldırım, D.	S-041
Yıldırım, E.	P-152
Yıldırım, E.	P-160
Yıldırım, E.	P-171
Yıldız Çeltek, N.	P-218
Yıldız, E.	S-026
Yılmaz, A.	P-017

Yılmaz, A.	P-022
Yılmaz, A.	P-024
Yılmaz, A.	P-053
Yılmaz, A.	P-078
Yılmaz, A.	P-142
Yılmaz, H.	P-042
Yılmaz, H.	S-012
Yılmaz, H.	P-017
Yılmaz, H.	P-022
Yılmaz, H.	P-024
Yılmaz, H.	P-053
Yılmaz, T. U.	P-171
Yilmazer, T.	P-043
Yilmazer, T.	P-080
Yilmazer, T. T.	P-081
Yilmazer, T. T.	P-083
Yilmazer, T. T.	P-174
Yilmazer, T. T.	S-014
Yilmazer, T.	P-126
Yilmazer, T.	S-022
Yumru, A. E.	P-051
Yurci, M. A.	P-065
Yurdakul, T.	S-028
Yücel, B. B.	P-190
Yücel, M.	P-086
Yücel, P.	P-086
Yücesoy, K.	P-066
Yüksel, S.	P-137
Yüksel, S.	P-154
Yüksel, S.	P-156
Yüksel, S.	P-158
Yüksel, S.	P-192
Zeytin, A. M.	P-112

