



1. ULUSAL EGE AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

3. Ulusal Denizli Aile Hekimliği Kongresi

18-21 KASIM 2021

Hilton Dalaman Sarigerme Resort & Spa, Ortaca/Muğla

Bildiri Kitabı

İÇİNDEKİLER;

	<u>Sayfa</u>
Davet	3 - 4
Kurullar	5 - 7
Ana Konular	8
Bilimsel Program	9 – 12
Konuşmacı Metinleri	13 - 18
Poster Bildiriler	19 - 27
Sözel Bildiriler	28 - 44

“1. Ulusal Ege Aile Hekimliği Kongresi”

Değerli Meslektaşlarımız,

Denizli Aile Hekimleri Derneği olarak iki yıldır başarı ile Ulusal Denizli Aile Hekimliği Kongrelerini gerçekleştirdik. Denizli Aile Hekimleri Derneği olarak kongremiz katılımcılarının olumlu geri dönüşleri bizlere hedef göstermiş olup daha iyiye ulaşmak için amaç ve şevk vermiştir. Aydın ve Muğla il derneklerimiz de kongre çalışmalarımıza katılarak güç vermiş ve EgeKon hayat bulmuştur. 1. Ulusal Ege Aile Hekimliği Kongresi (EgeKon) daha güçlü, daha kapsamlı ve aile hekimliği camiamıza farklı bir kongre heyecanı getirecektir. 1. Ulusal Ege Aile Hekimliği kongremizde katılımcılarımızın bilimsel ve sosyal programlarımıza ilgisinin daha da artacağına inancımız çok yüksektir.

Alanında birikimli hocalarımız tarafından siz değerli meslektaşlarımıza sunulacak bilimsel şölene tüm meslektaşlarımızı bekliyoruz. Aile Hekimliğinde sık karşılaşılan mesleki konuları ve aile hekimliği uygulamasındaki genel sorunların çözüm önerilerini de kapsayacak panel, sunum, sempozyumlarda bizlerle birlikte olmanızdan ve sizleri Ege Bölgesi 'nin önemli bir turizm bölgesi Sarıgerme/Dalaman' da ağırlamaktan mutluluk duyacağız.

Denizli Aile Hekimleri Derneği,Aydın Aile Hekimleri Derneği ve Muğla Aile Hekimleri Derneği olarak Aile Hekimliği Tıp Disiplinine yepyeni bir kongre heyecanı ekleyerek Ulusal Ege Aile Hekimliği Kongresi 'nin ilkinin yapacak olmanın mutluluğu ve heyecanını yaşamaktayız. Aile Hekimliği tıp disiplini alanında bilimsel, sosyal, örgütsel çalışmalarla birleşerek büyüyeceğimize ve bu gayretlerin bağlı bulunduğumuz AHEF'e olumlu katkılara dönüşeceğine olan inancımız tamdır.

Verimli ve güzel bir kongre olacağına inandığımız 1. Ulusal Ege Aile Hekimliği Kongresi (EgeKon)& 3.Ulusal Denizli Aile Hekimliği Kongresini (dahedkongre),18-21 Kasım 2021 tarihlerinde Hilton Dalaman Sarıgerme Resort & Spa Otel’de Denizli, Aydın, Muğla illerimizin Aile Hekimleri Derneklerinin ortak çalışması olarak gerçekleştireceğiz. 26-29 Mart 2020 tarihinde yapacağımızı duyurduğumuz kongremizi Pandemi tedbirleri gereği önce 05-08 Kasım 2020'ye erteledik. Pandeminin tüm şiddeti ile devam etmesi ve tedbirlerin sıklaştırılması üzerine 11 Eylül 2020 tarihinde kongremizi son kez ilan ettiğimiz 04-07 Kasım 2021 tarihlerinde yüz yüze gerçekleştirmek arzusuyla erteledik.Covid-19 salgını dışında başka bir engeli olmayan kongremizi mecbur kalırsak 04-07 Kasım 2021 tarihleri arasında on-line kongre olarak da gerçekleştireceğimizi ilan etmiştik. Ancak AHEKON’un bizim belirlediğimiz tarihe kongre tarihi

“1. Ulusal Ege Aile Hekimliği Kongresi”

açıklaması üzerine şartlarımızı zorlayarak AHEKON’un,AHEF’in ve Türkiye Aile Hekimliği camiasının zarar görmemesi için kongremizi yüz yüze 18-21 Kasım 2021 tarihine taşıma kararı aldık.18-21 Kasım 2021 tarihleri arasında kongremizi yüz yüze gerçekleştiremeyecek olursak on-line olarak mutlaka yapacağız. Kongremize katılımınız ve destekleriniz için teşekkür ederiz. Hep birlikte ülkemizde Aile Hekimliği tıp disiplinine,Türkiye Aile Hekimliği modelinin geliştirilmesine ve uluslararası normlara ulaşmasına katkı sunalım. Kongremize katılımınız ve destekleriniz için teşekkür ederiz.

Dr. Fatma Bilge KARAOMCA ÖK
DAHED BAŞKANI

Dr. Hasan GÖKÇE
DAHED 2. BAŞKANI

Dr. Taner BALBAY
AYAHED BAŞKANI

Dr. Fikret KURT
MUĞLAHED G.SEKRETERİ

Dr. İbrahim ÖK
Kongre Düzenleme Kurulu Başkanı

KONGRE DÜZENLEME KURULU BAŞKANI		
DR. İBRAHİM ÖK		
KONGRE DANIŞMA KURULU		
DAHED	AYAHED	MUĞLAHED
DR. İBRAHİM ÖK	DR. ALİ DEMİR	DR. AHMET İPEK
DR. HASAN GÖKÇE	DR. TANER BALBAY	DR. FİKRET KURT
DR. F. BİLGE KARAOMCA ÖK	UZM. DR. NEBİ SÖKMEN	DR. CAN KİRİŞÇİ
DERNEK YÖNETİM KURULLARI		
DAHED	AYAHED	MUĞLAHED
DR. FATMA BİLGE KARAOMCA ÖK BAŞKAN	UZM. DR. NEBİ SÖKMEN BAŞKAN	DR. AHMET İPEK BAŞKAN
DR. HASAN GÖKÇE 2. BAŞKAN	DR. TANER BALBAY ÜYE	DR. CAN KİRİŞÇİ 2. BAŞKAN
DR. SİNEM GÜNDOĞDU GENEL SEKRETER	DR. ALİ DEMİR 2. BAŞKAN	DR. FİKRET KURT GENEL SEKRETER
DR. BİLAL BATKAN SAYMAN	DR. MEHMET ACAR 2. BAŞKAN	DR. YUSUF GÜNEŞ SAYMAN
DR. HARUN TEKE ÜYE	DR. SALİH GÜÇLÜ SAYMAN	
UZM.DR. HAKAN BİLGİÇ ÜYE	DR. ŞÜKRÜ GÜNGÖR GENEL SEKRETER	
UZM.DR. YUNUS EMRE SARI ÜYE	DR. NECMİ ÇOKAĞIR ÜYE	

KONGRE DÜZENLEME KURULU		
DÜZENLEME KURULU BAŞKANI DR. İBRAHİM ÖK		
DAHED	AYAHED	MUĞLAHED
DR. F. BİLGE KARAOMCA ÖK	DR. TANER BALBAY	DR. FİKRET KURT
DR. HASAN GÖKÇE	DR. ALİ DEMİR	DR. AHMET İPEK
DR. SİNEM GÜNDOĞDU	DR. NECMİ ÇOKAĞIR	DR. CAN KİRİŞÇİ
DR. BİLAL BATKAN	DR. SALİH GÜÇLÜ	DR. YUSUF GÜNEŞ
DR. HARUN TEKE	DR. ŞÜKRÜ GÜNGÖR	DR. FUNDA GÖÇER
UZM.DR. HAKAN BİLGİÇ	DR. MEHMET ACAR	DR. KAZIM MUTLU
UZM.DR. YUNUS EMRE SARI	UZM. DR. NEBİ SÖKMEN	DR. NECİP OFLAS
DR. ARİF İLKER KOCAKARIN		
DR. OKTAY ARMAĞAN		
DR. ABDULLAH KÜRŞAD ÇOBANKARA		
KONGRE BİLİMSEL KURULU		
DAHED	AYAHED	MUĞLAHED
DR. F. BİLGE KARAOMCA ÖK	UZM. DR. NEBİ SÖKMEN	DR. AHMET İPEK
UZM. DR. SAVAŞ COŞKUN	DR. HAYATİ ÇAKIR	DR. CAN KİRİŞÇİ
UZM. DR. YUNUS EMRE SARI	DR. MELTEM GAMZE AYDIN	DR. FİKRET KURT
KONGRE MALİ KURULU		
DAHED	AYAHED	MUĞLAHED
DR. HASAN GÖKÇE KONGRE SAYMANI	DR. SALİH GÜÇLÜ	DR. FİKRET KURT

KONGRE BİLİMSEL DANIŞMA ve BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KURULU		
PROF. DR. AHMET SOYSAL	PROF. DR. AHMET TURAN IŞIK	PROF. DR. ANIL ÇUBUKÇU
PROF. DR. AYŞEGÜL KETENCİ	PROF. DR. CEYHUN DİZDARER	PROF. DR. GÖKSEL ALTINIŞIK ERGUR
PROF. DR. GÖRKEM YAMAN	PROF. DR. HAKAN KARPUZ	PROF. DR. HALUK EROL
PROF. DR. KERİM GÜLER	PROF.DR.İLHAMİ ÜNLÜOĞLU	PROF. DR. NİDA KAÇAR
PROF. DR. ESİN ŞENOL	PROF. DR. ÖMER ÖZÜTEMİZ	PROF. DR. SELÇUK YÜKSEL
PROF. DR. SERVER SERDAROĞLU	PROF. DR. SEVİM GÜLLÜ	PROF. DR. VELİ ÇOBANKARA
PROF. DR. VEYSEL FENKÇİ	DOÇ. DR. CEM ŞAHİN	DOÇ. DR. DİDEM DİDAR BALCI
DOÇ. DR. HÜSEYİN CAN	UZM. DR. DENİZ ŞİMŞEK	UZM. DR. ERKUT COŞKUN
UZM. DR. KÜRŞAD AKKAYA	UZM. DR. NEBİ SÖKMEN	UZM. DR. SAVAŞ COŞKUN
UZM. DR. YAMAN SAĞLAM	UZM. DR.YUNUS EMRE SARI	DR. CAN KİRİŞÇİ
DR. F. BİLGE KARAOMCA ÖK	DR. AHMET İPEK	DR. HAMİT IŞIKALP
DR. HAYATİ ÇAKIR	DR. FİKRET KURT	DR. MELTEM GAMZE AYDIN

EGEKON BİLİMSEL PROGRAM KONULARI

- 1-Diyabette Klinik Uygulamada Anahtar Öneriler
- 2-Hipertansiyon Tedavi Kılavuzlarında Güncellemeler
- 3-Yaşıllarda Çoklu İlaç Kullanımı ve Yönetimi
- 4-Dermatofitoz, Ayırıcı Tanı ve Tedavi
- 5-Dağ Gibi Problem; Ağrı
- 6-Metabolik Fitness
- 7-Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar; Doğrular ve Yanlışlar
- 8-Postur Bozukluğu ve Gelişimsel Kalça Displazisi tanısı
- 9-FMF’in ayırıcı tanısı ve güncel tedavisi
- 10-ASM’de Kanser Taramaları
- 11-ASM’de Otomatik Eksternal Defibrilatör Kullanımı
- 12-ASM’de Anafilaksi Yönetimi
- 13-Cinsel İşlev Bozuklukları
- 14-Mikrobiota;çimizdeki biz
- 15-Kronik Enflamasyon ve Gluten
- 16-Gastroözafageal Reflü ve İrritable Barsak Sendromu;Klinik Yaklaşım,Alarm Semptomlar
- 17-Hiperlipidemi Tedavi İlkeleri
- 18-Aile Hekimliği Tarihçesi
- 19-Sağlıklı Yaşamda Hareketin Önemi
- 20-Tiroid Hastalıkları, Tedavisi
- 21-Erişkin Aşılama
- 22-Teletıp Uygulamaları
- 23- Covid 19
- 24-Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı



1. ULUSAL EGE AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

3. Ulusal Denizli Aile Hekimliği Kongresi

18-21 KASIM 2021

Hilton Dalaman Sangerme Resort &
Spa, Ortaca/Muğla

Bilimsel Program



Organizasyon Sekreteryası
MOTTO
www.motto.tc | 0232 446 06 10
info@motto.tc



1. ULUSAL EGE AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

3. Ulusal Denizli Aile Hekimliği Kongresi

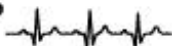


18-21 KASIM 2021

Hilton Dalaman Sarigerme Resort & Spa, Ortaca/Muğla

BİLİMSEL PROGRAM

18 KASIM 2021, PERŞEMBE

12:20 - 13:20	Öğle Yemeği	
13:20 - 13:30	EGEKON'A HOŞGELDİNİZ EGEKON Kongre Başkanı Dr. İbrahim ÖK	
13:30 - 14:10	Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Yunus Emre SARI Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU Aile Hekimliğinin Dünyada ve Ülkemizde Tarihsel Yolculuğu	
14:20 - 15:00	Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Savaş COŞKUN Doç. Dr. Hüseyin CAN Aile Hekimliğinde İzlemler	
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
15:30 - 16:10	Oturum Başkanı: Dr. Ali DEMİR Prof. Dr. Sevim GÜLLÜ Tiroit Replasman Tedavisi	
16:20 - 17:00	Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Nebi SÖKMEN Prof. Dr. Görkem YAMAN Mikrobiyom	
17:10 - 17:50	Oturum Başkanı: Dr. Sinem GÜNDOĞDU Prof. Dr. Anıl ÇUBUKÇU Kanser Taramaları	
18:00 - 18:20	Dr. Mehmet Ejder SÖZEN İçimizden Biri - Hedefi Siz De Vurun !	
18:30 - 19:00	AÇILIŞ	
19:00 - 21:00	KURS 1: Dr. Hayati ÇAKIR OED Kullanımı	KURS 2: Dr. Hamit IŞIKALP EKG 

19 KASIM 2021, CUMA

09:00 - 09:40	Oturum Başkanı: Dr. Hayati ÇAKIR Prof. Dr. Haluk EROL Erkek Sağlığı
09:50 - 10:30	Oturum Başkanı: Dr. Saadet SAVAŞ Prof. Dr. Ayşegül KETENCI Ağrı
10:30 - 11:00	Kahve Arası
11:00 - 11:40	Oturum Başkanı: Dr. Meltem Gamze AYDIN Prof. Dr. Esin ŞENOL Covid 19 ve Erişkin Aşılama
11:50 - 12:30	Uydu Sempozyumu Oturum Başkanı: Dr. Can KIRIŞCI Prof. Dr. Dilek YILMAZ ÇİFTDOĞAN Meningokokal Hastalıklar ve Aşı ile Koruma



12:30 - 13:30 Öğle Yemeği	SALON C Poster Bildirim Sunumları Oturum Başkanları: Prof. Dr. Göksel ALTINIŞIK ERGUR Doç. Dr. Hüseyin CAN
13:30 - 14:10	Oturum Başkanı: Dr. Bilal BATKAN Prof. Dr. Ceyhan DİZDARER Metabolik Fitness
14:20 - 15:00	Oturum Başkanı: Dr. Ali DEMİR Prof. Dr. Ömer ÖZÜTEMİZ Fonksiyonel GIS Hastalıkları
15:00 - 15:30 Kahve Arası	
15:30 - 16:10	Uydu Sempozyumu Oturum Başkanı: Prof. Dr. Engin GÜNEY Doç. Dr. Mustafa ÜNÜBOL Farklı Bakın Fazlasını Görün, Aile Hekimi Gözünden Obezite ve Tedavisi
16:20 - 17:00	Oturum Başkanı: Dr. Şükrü GÜNGÖR Prof. Dr. Selçuk YÜKSEL Ailesel Akdeniz Ateşi; Sık Görülen, Az Bilinen
17:10 - 17:50	Uydu Sempozyumu Oturum Başkanı: Doç. Dr. Didem DİDAR BALCI Prof. Dr. Nida KAÇAR Dermatolojide Büyük Taklitçi Hastalıklar



20 KASIM 2021, CUMARTESİ			
SALON A		SALON B	
09:00 - 09:40	Oturum Başkanı: Dr. Salih GÜÇLÜ Uzm. Dr. Yaman SAĞLAM Kronik Enflamasyon ve Glutene Genetik Yaklaşım	09:00 - 09:40	Sözel Bildiri Sunumları Oturum Başkanları: Prof. Dr. Göksel ALTINIŞIK ERGUR Doç. Dr. Hüseyin CAN
09:50 - 10:30	Oturum Başkanı: Dr. Mehmet ACAR Prof. Dr. Kerim GÜLER Hipertansiyon ve Hiperlipidemi Tedavisine Bütüncül Yaklaşım: Güncel klavuzlar neler getirdi?		
10:30 - 11:00 Kahve Arası			
11:00 - 11:30	Uydu Sempozyumu Oturum Başkanı: Prof. Dr. Server SERDAROĞLU Hidradenitis Suppurativa (HS): Basit Bir Deri Enfeksiyonundan Fazlası Doç. Dr. Didem Didar BALCI - Prof. Dr. Nida KAÇAR abbvie	11:00 - 12:30	KURS 3: Uzm. Dr. Erkut COŞKUN Aile Hekimliği Polikliniğinde Cinselliğe Yaklaşım

11:40 - 12:30	Uydu Sempozyumu Oturum Başkanları: Prof. Dr. Kerim GÜLER Adı 3500 Yıllık eski Mısır Yazıtlarında geçen Molekül: Kolşisin Prof. Dr. Kerim GÜLER - Prof. Dr. Veli ÇOBANKARA İ.E. ULAGAY	
12:30 - 13:30	Öğle Yemeği	
13:30 - 14:10	Oturum Başkanı: Dr. Harun TEKE Prof. Dr. Server SERDAROĞLU - Prof. Dr. Nida KAÇAR Olgularla Dermatoloji ve Topikal Steroid Kullanımı	13:30 - 14:10 Sözel Bildiri Sunumları Oturum Başkanları: Prof. Dr. Göksel ALTINIŞIK ERGUR Doç. Dr. Hüseyin CAN
14:20 - 15:00	Uydu Sempozyumu Oturum Başkanı: Prof. Dr. Serap ÖZTÜRKCAN  Birinci Basamakta Deri ve Eklem Bulgusu Olan Hastaya Yaklaşımı Prof. Dr. Nida KAÇAR - Prof. Dr. Veli ÇOBANKARA	
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
15:30 - 16:10	Oturum Başkanı: Dr. Taner BALBAY Prof. Dr. Ahmet Turan IŞIK Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı ve Geriatrik Değerlendirme	
16:20 - 17:00	Oturum Başkanı: Dr. Ahmet İPEK Prof. Dr. Göksel ALTINIŞIK ERGUR Teletıp Deneyimi	
17.00-19.00	Ege Aile Hekimliği Dernekleri Yıllık Değerlendirme Toplantısı	

21 KASIM 2021, PAZAR

SALON C		SALON B	
09:50 - 10:30	Oturum Başkanı: Dr. Necip OFLAS Uzm. Dr. Yunus Emre SARI Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı	09:00-11:00	KURS 4: DİYABET OKULU I. Oturum Oturum Başkanı: Dr. Fikret KURT Doç. Dr. Cem ŞAHİN Tip 2 DM Oral Antidiyabetiklerde Tedavi Kılavuzu
10:30 - 12:30	Moderatörler: Dr. Hasan GÖKÇE - Dr. Taner BALBAY Türkiye Aile Hekimliği Uygulamasında Sorunlara Yaklaşımlar	11:15 - 12:15	II. Oturum Doç. Dr. Gülhan AKBABA DM Tedavisinde İnsülin Kullanımı

KONUŞMACI METİNLERİ

AİLE HEKİMLİĞİNDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Uz. Dr. Yunus Emre SARI

Denizli Fatih Aile Sağlığı Merkezi, Pamukkale, DENİZLİ

Akılci İlaç Kullanımı tanımı ilk defa 1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır.

Conference of Experts on the Rational Use of Drugs, World Health Organization, **Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, (25-29.12.1985).**

SORUMLULUK SAHİBİ TARAFLAR

Hekim, eczacı, hemşire, diğ er sağlık personeli, hasta/ hasta yakını, üretici, düzenleyici otorite, diğ er (medya, akademi vb.)

UYGUN OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI ŞEKİLLERİ

- Çoklu ilaç kullanımı
- İlaçların gereksiz ve aşırı kullanımı
- Klinik rehberlere uyumsuz tedavi seçimi
- Piyasaya yeni çıkan ilaçların uygunsuz tercihi
- İlaç kullanımında özensiz davranılması
- (uygulama yolu, süre, doz..)
- Uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması
- Gereksiz yere antibiyotik tüketimi
- Gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi
- Gereksiz ve uygunsuz vitamin kullanımı
- Bilinçsiz gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin kullanımı
- İlaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin ihmal edilmesi

AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI

Akılci ilaç kullanımı tanımında yer alan maddelerden (Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri) herhangi birinin veya birkaçının karşılanamaması durumudur. Bu durum hastaların tedaviye uyuncunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, advers olay görülme sıklığının artmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur.

TANI VE TEDAVİ SÜRECİNDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Hastanın sorununun tanımlanması, hekim tarafından doğru tanının konulması, ilaçlı veya ilaçsız, etkili ve güvenilir tedavinin tanımlanması, tedavinin gerçekleştirilebilirliğinin ve

maliyetinin değerlendirilmesi, tedavinin başarısı ve hastanın uyuncunun değerlendirilmesi, eğer ilaçla tedavi uygulanacaksa uygun ilaçların seçimi, çoklu ilaç kullanımlarında etkileşimlerin öngörülmesi, Her bir ilaç için uygun dozun ve uygulama süresinin belirlenmesi ve uygun reçetenin yazılması gerekmektedir. Bu aşamada güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınmalıdır. Hasta ve hasta yakını tedavi hakkında bilgilendirilmelidir.

DSÖ TARAFINDAN AKILCI İLAÇ KULLANIMININ TEŞVİK EDİLMESİ İÇİN ÖNERİLEN 12 TEMEL MÜDAHALE

1. İlaç kullanım politikalarını koordine edecek ve bunların etkilerini izleyecek kurum
2. Eğitim denetim ve karar alma süreçlerinin desteklenmesine yönelik Klinik Tanı ve Tedavi Rehberlerinden yararlanma
3. İlk seçenek tedavileri esas alan temel ilaçlar listesi oluşturma
4. Bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi kurulları kurma
5. Mezuniyet öncesi müfredat programında probleme dayalı farmakoterapi eğitimi vermeyi sağlama
6. Bir gereklilik olarak hizmet içi sürekli tıp eğitimleri düzenlenmesi
7. Kurumsal çerçevede izleme, denetim ve geri bildirim sistemlerinin geliştirilmesi
8. İlaçlar konusunda bağımsız (tarafsız bilgi) bilgi kaynaklarını kullanma
9. Kamuoyunun ilaçlar hakkında eğitilmesi
10. Etik olmayan mali girişimlerden sakınılması
11. Uygun ve zorunlu düzenlemeleri hayata geçirme
12. İlaçların ve personellerin mevcudiyetini güvence altına almaya yönelik yeterli devlet harcamalarının sağlanması

UYGUN OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI ALTTA YATAN NEDENLER

Hastalar açısından:

Hekim veya eczacıya danışılmadan ilaç kullanılması, ilaç kullanımında özensiz davranılması, hastaların birbirlerine ilaç tavsiyesinde bulunmaları, hastaların bilgilendirilmesindeki eksiklikler

Hekim ve eczacı açısından:

Bilgi ve eğitim eksikliği, kaynak yetersizliği veya kaynaklara pratik erişimin olmaması, günlük iş yükünün fazlalığı, halkın reçete baskısı

İlaç üreticileri açısından:

Promosyonel açıdan hekim ve eczacıların teşvik edilmesi, hekim ve eczacıların yanlış yönlendirilmesi

UYGUNSUZ ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Uygunsuz antibiyotik kullanımı, klinik pratikte sık karşılaşılan bir durumdur. Bu konuda hasta ve hekimlerin bilinçlendirilmesi gereklidir. Amerika Birleşik Devletlerinde CDC(Centers for Disease Control and Prevention) sadece bu başlık için bir eğitim ve çalışma programı oluşturmuştur. Bahsedilecek veriler bu programdan alınmıştır. Yatan ve ayaktan hastalarda antibiyotiklerin %50’si gereksiz reçete edilmektedir. Viral üst solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotik kullanımı sık karşılaşılan bir “malpraktis”tir. Bu enfeksiyonlar kendiliğinden antibiyotik kullanımı olmadan geçen hastalıklardır. Çocuklar yılda 9’a kadar soğuk algınlığı geçirebilir. Soğuk algınlığı ile başvuran çocukların 4/10’u antibiyotik tedavisi almaktadır.

Bu program ile yapılan müdahaleler ile Ayaktan hasta sonuçlarında düzelme, *Clastridium difficile* enfeksiyonuna bağlı diare riskinde azalma, Sağlık harcamalarında azalma, Antibiyotik rezistansında azalma, Hasta yatış süresinde azalma sağlanır

ANTİBİYOTİK İSTEYEN HASTAYA YAKLAŞIM?

Hastaya kabullenebileceği bir tanı söyleyin. Örneğin “sadece bir virüs” demektense “viral bronşit” denebilir. Semptomatik rahatlama önerin ve fizik muayenede rastladığınız normal bulguları da paylaşın. Çoğu hasta antibiyotiklerin zararlı olabileceğini düşünmemektedir. Antibiyotik potansiyel zararlı etkilerini paylaşın, örneğin; yan etkilerini ve direnç gelişimi. Son olarak; hasta veya yakını ile birkaç gün içindeki beklentileri paylaşın (hastalığın gidişatını, iyileşme dönemini). Hastaya durumlarını tekrar değerlendirebileceğinizi ve medikal olarak uygun gördüğünüzde antibiyotik tedavisine başlayacağını belirtin.

ENJEKSİYONLARIN AŞIRI KULLANIMI

DSÖ verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde 6 milyardan fazla enjeksiyon yapılmaktadır. Bu enjeksiyonların %70’i gereksiz veya oral olarak verilebilecek ilaçlardan oluşmaktadır. DSÖ’ne göre güvenli olmayan enjeksiyonlar; sakatlıklarla birlikte 9 milyon yıllık hayat kaybına neden olacaktır. (http://www.who.int/injection_safety/about/resources/en/QuestionAndAnswersInjectionSafety.pdf)

Güvenli Olmayan Enjeksiyonlar: Çoğu Sağlık Sisteminin Vebası

Güvenli bir enjeksiyonun zararı yoktur. Şırıngaların ve iğnelerin yeniden kullanımı ve sterilizasyon eksikliği milyonlarca enfeksiyona neden olmaktadır. Diğer güvenli olmayan durumlar ise; kirli enjeksiyon materyalinin uygunsuz olarak depolanması ve ve uygunsuz bir şekilde ortadan kaldırılması, Sağlık çalışanlarının ve diğer kişilerin iğne uçları ile uygunsuz temasıDIR.

ENJEKSİYONLAR: ENFEKSİYONLARIN TEHLİKELİ LOKOMOTİFİ

Hepatit B

- Yüksek derecede enfeksiyöz, HBV enfeksiyonunun 32%

Hepatit C

- HCV enfeksiyonlarının %40’dan fazlası

HIV

- HIV enfeksiyonlarının yaklaşık %5’i

ENJEKSİYONLAR HAKKINDA Kİ YANLIŞ KANILAR

- Oral emilim değişkendir, parenteral uygulama yüksek ilaç seviyeleri sağlar
- Enjektable ilaçlar oral ilaçlardan “daha güçlü” dür
- Enjektable ilaçlar daha hızlı etki gösterir
- IM vs oral tedavilerde minimal bir fayda vardır.
- IV uygulama daha kısa etki başlama süresine ve bazı ilaçlar için ise daha yüksek biyoyararlanıma ve pik serum seviyelerine sahiptir.
- Etki başlangıç süresi sadece ve sadece yaşamı tehdit eden durumlarda önemlidir.
- Parenteral uygulamanın oral uygulamaya farmakokinetik olarak avantajı orta-hafif hastalıklarda daha iyi sonuç alınacağı anlamına gelmemektedir.

TERAPOTİK ENJEKSİYON ENDİKASYONLARI

Ciddi ve hayat tehdit eden hastalık, Yutma güçlüğü, Aşırı kusma, Etkifif oral ajanın olmaması, Absorbsiyon paterninde ciddi değişkenlik

POLİFARMASİ

Polifarmasi, basitçe hastanın çoklu ilaç ile tedavi alması olarak tanımlanabilir. Bunu belirleyecek minimum ilaç sayısı değışiklik göstermekle beraber genellikle 5 ile 10 arasındadır. Polifarmasi genellikle reçete edilen ilaçların sayısını temsil etse de kullanılan bitkisel takviyelerin sayısının da değerdendirmeye alınması önemlidir. Yaşlı hastalarda kalça kırıkları için bir bağımsız risk faktörüdür. Çoklu ilaç kullanımı yaşlılarda ilaç bağımlılığına yol açabilir. Görsel veya zihinsel fonksiyon kaybı oluşturabilir.

YAŞLILARDA POLİFARMASİ EĞİLİMİNİ ARTTIRAN ETMENLER

Morbiditenin artışı yanında hastanın farklı doktorlara giderek çok sayıda reçete alması, doktorların fazla sayıda ilaç yazmaya eğilimli olmaları, hastaların fazla ilaç beklentilerinin olması, yaşlılarda tanıdan ziyade semptoma yönelik olarak ilaç kullanılması, doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğiliminin olması, hastanın veya doktorun tercihi olarak kullanılan ilaçların otomatik olarak tekrar yazılması, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması ve hekimin bundan haberdar olmaması, yaşlı hastaların aile bireylerinden veya çevreden ilaç alarak kullanma eğiliminin olması olarak özetlenebilir.

Yaşlılarda İlaç Seçimi

İlacın endike olduğuna karar verme, En iyi ilacı seçme, Hastanın fizyolojik durumuna göre dozunu ve süresini belirleme, Etkisi ve toksisitesini gözlemleme, Hastayı beklenen yan etkileri ve başvurması gereken durumlar ile ilgili bilgilendirme aşamalarını içerir. Herhangi bir yeni semptom aksi ispat edilene kadar ilaca bağılı yan etki olarak değerdendirilmelidir. Piyasaya sürülmeden önce deney aşamasında olan ilaç çalışmalarında sıklıkla geriatrik popölasyonu göz ardı edilir ve önerilen dozlar yaşlı hastalar için uygun olmayabilir.

YAŞLILARIN KULLANDIĞI TEDAVİLER

Yaşlı bireyler, ilaçları ve bitkisel karışımları sıklıkla kullanmaktadır. Yaşlılarca bitkisel ve gıdasal takviyelerin (ginseng, ginkgo biloba, glukozamin vb.) kullanımı giderek artmaktadır. 1998 yılında yaşlılarca takviye kullanımı %14 iken, bu oran 2002’de %26’ya, 2006’da ise %50’ye yükselmiştir

Bitkisel ve gıdasal takviyeler:

- Bitkisel olarak adlandırılan bu takviyeler diğer ilaçlar ile etkileşime geçebilir. Örneğin ginkgo biloba ile Warfarinin birlikte alınması artmış kanama riskine sebep olabilmektedir. Hastaların çoğu bitkisel ürünler ile ilgili bilgiyi internetten elde etmektedir.

REÇETE KASKADLARI

Mevcut tedaviye bağlı bir ilacın yan etkisinin farkına varılmayıp, yeni gelişen durumu tedavi etmek için yeni bir ilaç reçetelenmesi ile oluşur. Hastada yeni ve gereksiz tedavi ile yan etki görülme riski artar. Özellikle kronik hastalığı olan ve çoklu ilaç tedavisi alan yaşlılar reçete kaskadı için risk altındadır. İlaça bağlı belirtiler kolayca yeni bir hastalık işareti olarak yanlış yorumlanabilir veya ilaç tedavisi yerine yaşlanma sürecinin kendisine bağlanabilir.

ÜLKEMİZDE

Sağlık Bakanlığı bünyesinde, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar, yaklaşık 20 yıldır sürmektedir. 12 Ekim 2010 tarihinde Bakan Oluru ile, Akılcı İlaç Kullanımı Birimi kurulmuştur. 19 Mart 2012 tarihinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi kurulmuştur.

AKILCI İLAÇ KULLANIMI TEMSİLCİLERİ ve İŞBİRLİĞİ

İllerde koordinasyonu sağlamak amacıyla 81 ilde İl Sağlık Müdürlüklerinde Akılcı İlaç Kullanımı İl Temsilcisi bulunmaktadır. Hastane Hizmet Kalite Standartları gereğince, hastanelerde planlama yapmak ve faaliyetlerde bulunmak amacıyla Akılcı İlaç Kullanımı Ekipleri oluşturulmuştur.

Kaynaklar

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi Başkanlığı, Akılcı İlaç Kullanımı Oturumları İçin Örnek Sunum
- Uğur BİLGE, İlhami ÜNLÜOĞLU (ed) *Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı*. İstanbul 2019, TAHEV Yayınları. ISBN 978-605-86746-6-0

POSTER BİLDİRİLER

**P-01 - AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE İZLENEN FENİLKETONÜRİLİ KIZ ÇOCUK
ve ANTROPOLOJİK ÖLÇÜMLERİ**

Poster Bildiri /

ZEHRA TEZVARAN¹, KİRAZ ŞALE¹,

¹PENDİK 18 NOLU ASM,

FENİLKETONÜRİ DİYETLERİNİN ANTROPOLOJİK ÖLÇÜM ÜZERİNE ETKİSİ VE
ASM DE GENETİK VE KRONİK HASTALIKLARIN TAKİBİ

2 YAŞ 3 AYLIK KIZ ÇOCUĞU KLASİK FENİLKETONÜRİ TANISI ALMIŞTIR.
MİADINDA VE NORMAL DOĞUM OLUP AİLENİN İLK VE TEK
ÇOCUĞUDUR.18.AYDAN İTİBAREN BİRİMİMİZDE TAKİP EDİLMEKTEDİR.

18. ay takibinde 9300gr ağırlığında , 76,5 cm boyunda ve baş çevresi de 45cm dir.Kilosu 50
persantilde boyu3-10 persantil arasındır.Geriye dönük bakıldığında diet olarak 1 yıl anne sütü
emmiş takip edildiği hastanenin FKU diyet programını uygulamaktadır.24 ay izleminde kilosu
10.600 gram ve boyu 82cm dir.Kilo olarak 10-25 persantil, boyu 3-10 persantildedir.

FKU li hastalara en baştan itibaren koyulan tanıyla ASM lerde takip yapılmaktadır. Proteini az
karbonhidratı yüksek dietleri nedeniyle genelde kiloda bir sorun yaşanmamasına rağmen boy
uzaması kiloyu geriden takip edebilmektedir. Aylık kan alımı ve kilo boy takibi yani
antropolojik ölçümleri , nöropsikolojik takipleri kronik ve genetik hastalığı olan özel çocukları
daha yakından takip ederek ASM den maximum yarar sağlamak mümkündür.

ANAHTAR KELİMELEER: FENİLKETONÜRİ,FENİLALANİN,TİROZİN,
ANTROPOLOJİK ÖLÇÜM, İZLEM

P-03 - AYDIN İLİNDE BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE YAPILAN OTİZM TARAMASININ SONUÇLARI

Poster Bildiri /

Abdurrahman Ersü¹, Nazmiye Kaçmaz Ersü²,

¹Aydın Efeler Çeştepe Aile Sağlığı Merkezi, ²Aydın Efeler 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi,

Otizm, üç yaşından önce başlayan, sosyal etkileşim ve iletişimde önemli ölçüde bozulma ve anormal gelişim, ilgi ve etkinliklerin belirgin sınırlılığı gibi özelliklerle kendini gösteren gelişimsel bir sendromdur. Dolayısıyla otizmin 3 yaş öncesinde tanı alması çocuğun tedavi programına ve özel eğitime erken yönlendirilmesini sağlayarak psikososyal gelişimine önemli bir katkı sağlar. Bu çalışmada Aydın ilinde bir aile sağlığı merkezinde yapılan otizm taramasının sonuçları değerlendirilmiştir.

Çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. 2018 Ocak ve 2019 Kasım ayları arasında Aydın ilinde bir aile sağlığı merkezinde otizm taraması yapılan 18-36 ay arasındaki 111 çocuk dahil edilmiştir. Çocuklara 5 sorudan oluşan, 2 soruda sosyal etkileşimin ve 3 soruda ise çocuğun iletişiminin değerlendirildiği “18-36 Ay Çocuk Değerlendirme Formu” uygulanmıştır. Sorulardan herhangi birinin çocuğun gelişimi açısından olumsuz olması durumunda çocuk riskli kabul edilerek Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanına sevkı sağlanmış ve sevk sonucunda geri bildirimler alınmıştır. Çalışmaya katılan çocuklarla ilgili veriler toplanmış ve istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Çalışmada değerlendirilen 18-36 ay arasındaki 111 çocuğun %50,45’i kız (n:56) ve %49,55’ i (n:55) erkekti. Çocukların yaş ortalaması 25,12 aydı (SD -/+ 4,73). Erkek çocukların %16,36’sı (n:9) ve kız çocukların %5,35’ i (n:3) riskli olarak değerlendirilerek Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanına yönlendirildi. Otizm açısından riskli olduğu saptanan çocuklarda en sık karşılaşılan bulgu konuşmada gecikmeydi. Riskli bulunan çocukların %83,3’ünde (n:10) konuşmada gecikme, %25’ inde (n:3) ekolali ve tekrarlayıcı hareketler ve cümleler saptandı. %25’inde (n:3) otizm tespit edildi. Otizm tanısı alan çocukların, çalışmaya dahil edilen tüm çocuklar içindeki oranı %2,70 olarak tespit edildi. Riskli grup içerisinde otizm tanısı alanların tümü erkekti.

18-36 ay aralığında çocukların otizm bulguları açısından izlenmesi otizmlili çocukların erken tanı almasına yardımcı olabilmektedir. Bu çalışmada erken tanı ve özel eğitim ile psikososyal yönden gelişme sağlanabilen otizmin ,aile hekimleri tarafından özellikle 36 aydan önce değerlendirilmesinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

ANAHTAR KELİMELEER: Otizm,Tarama,Risk

P-04 - Gebe İzlemlerinde Venöz Trombo Emboli Risk Faktörlerinin İzlenmesinin Önemi: Olgu Sunumu

Poster Bildiri /

Nükte TAŞLAR¹, Tuba KIZILKAYA², Selma HANCIOĞLU AYTAÇ³,

¹İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü/ Avcılar Merkez ASM, ²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ³İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü/ Fatih Sofular ASM,

Venöz tromboemboli (VTE), pulmoner emboli ve derin ven trombozu anne ölümlerinin önemli nedenleri arasındadır. Gebelik döneminde gerçekleşen fizyolojik değişiklikler, gebede risk faktörleri mevcut ise koagülasyon bozukluklarını tetikleyici niteliktedir. Gebelerde Homan's bulgusu ve koagülasyona ilişkin diğer risk faktörlerinin izlenmesi, COVID-19 kaynaklı koagülasyon komplikasyonlarından dolayı günümüzde daha da önem kazanmıştır.

25 yaşındaki primipar gebe, spontan dikoryonik ikiz gebelik, kilosu 88 kg ve boyu 168 cm. Soygeçmişinde annede Diyabet, Hipertansiyon, Serebral İnfarkt öyküsü olup sağ ve takiplidir; babada Koroner Ateroskleroz ve MI öyküsü mevcut, sağ ve bypass sonrası takiplidir. Hasta, 8 hafta 5 günlük gebe iken kurumumuza gebelik takibi için başvurdu Araştırma olgu sunumu şeklinde tasarlandı. Risk değerlendirmede, gebenin soygeçmiş, özgeçmiş ve anamnez bilgileri, Sağlık Bakanlığı Gebelikte Venöz Tromboembolizm Yönetim Rehberi parametreleri, serum laboratuvar belirteçleri ve klinik göstergeler kullanıldı.

Gebelik ve lohusalık izlemlerinde TA bulguları minumum 110 mm Hg maksimum 118 mm Hg, diyastolik basınç minumum 66 mm Hg maksimum 79 mm Hg olarak ölçüldü. 12. haftada karaciğer enzim bozukluğu tanısıyla tedavi aldı. İkinci trimesterden itibaren her izlemde Homan's bulgusu ve tibial ödem pozitif olup son trimester +2 ödem gözlemlendi. VTE riski skorlamasına göre risk durumu 6 puan olarak saptandı. 35. haftada üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla tedavi aldı, iki kez PCR testi negatifti. Gebelik boyu antikoagülan reçete edilmedi. Kan tetkiklerinde INR, aPTT ve d-DIMER doğum öncesi hiç değerlendirilmedi. Doppler ile varis değerlendirmesi yapılmadı. 40. haftada planlı epidural C/S ile canlı doğum yaptı. Doğum sonu yenidoğanların her ikisinin de apgar skorları normaldi, yoğun bakım ihtiyacı olmadı. Hastanede yapılan 24. ve 48. saat lohusa izlemleri normaldi. Taburculukta Kadın Doğum Uzman Hekimi tarafından VTE açısından riskli lohusa tanısıyla 4000 IU antikoagülan başlandı. Aile Sağlığı Merkezi'nde 5. gün lohusalık izleminde Homans bulgusu pozitif (+), artmış bacak hassasiyeti ve +2 ödem bulgulandı. VTE riski skorlamasına göre lohusanın risk durumu 7 puan olarak saptandı.

Bu olgu sunumunda, Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılan gebe izlemlerinde VTE risk faktörlerinin saptanmasına dikkat çekildi. Gebe izlemlerinde kadınların VTE yönünden kapsamlı klinik değerlendirilmesi, hayat kurtarıcı niteliktedir. Ancak ülkemizde sevk zincirinin mevcut olmaması, saptanan risk faktörlerine ilişkin ileri düzey tetkiklerin yapılamamasına ve önlemlerin zamanında alınamayarak maternal, fetal, neonatal morbidite ve mortalite oranlarının artmasına yol açabilir.

ANAHTAR KELİMELELER: aile sağlığı merkezi, COVID-19, gebelik, venöz tromboemboli, derin ven trombozu

P-05 - MORFEA(LOKALİZE SKLERODERMA):OLGU SUNUMU

Poster Bildiri /

Nazmiye Kaçmaz Ersü¹, Abdurrahman Ersü²,

¹Aydın Efeler 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, ²Aydın Efeler Çeştepe Aile Sağlığı Merkezi,

Morfea(Lokalize skleroderma), deri ve deri altı dokuda fibrozis ile karakterize bir deri hastalığıdır.Lokalize skleroderma olarak bilinmektedir. Etiyolojisi iyi bilinmeyen bir hastalıktır. Travma, radyasyon, ilaçlar, enfeksiyonlar, genetik ve otoimmünite üzerinde durulmaktadır Hastalık kadınlarda 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Ortalama hastalık başlangıcı 40'lı yaşlardır. Morfea uzun seyirli nadir görülen bir hastalıktır. Kolajen üretiminin artışı ve yıkımının azalmasıyla ilerler. En sık görülen belirtileri; aktif dönemde leylak renginde, geç dönemde kahverengimsi olan ağrısız renk değişiklikleri ve deride sertleşmedir.

53 yaşında kadın hasta, 1 yıl önce kollarında, ayaklarında pembe renkte başlayan giderek kahverengiye dönüşen renk değişiklikleri ve sırtında da yeni oluşmaya başlayan pembe beyaz renk değişiklikleri ve deride sertleşme şikayetiyle aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Lezyonların çıkışından önce herhangi bir travma veya enfeksiyon öyküsü tariflemedi. Sistemik tutulum göstergesi olabilecek herhangi bir yakınması olmamıştı. Lezyonların giderek yayıldığını ağrı ve kaşıntı olmadığını 1 yıl önce dermatoloji polikliniğine başvurduğunu ve biyopsi yapılarak morfea(lokalize skleroderma) tanısı konulduğunu 0.05 mg kalsipotriol ve 0.5 mg betametazon merhem ve üre (Karbamid) %4 emülsiyon olarak kullandığını ancak lezyonlarında gerileme olmayıp arttığını belirtti. Hipotiroidi ve morfea dışında hastalık öyküsü yoktu.

Fizik muayenesinde hastanın sırt bölgesinde 6 cm çaplı alanda, etrafı pembe ve leylak renginde, beyaz plak mevcuttu. Hastanın her iki üst extremitede yaygın kahverenkli hiperpigmente alanlar mevcuttu. Ayağında çevre dokudan keskin sınırla ayrılmış kahverengi hiperpigmente alan ve sağ malleoul üzerinde deride kalınlaşma,kabalaşma mevcuttu.Eklemlerinde hareket kısıtlılığı yoktu. Aile hekimliği polikliniğinde yapılan laboratuvar testleri normal olarak değerlendirildi.Hasta üniversite hastanesi dermatoloji polikliniğine yönlendirildi.

Aile hekimliği polikliniğine başvuran bu olgu hastalığın nadir görülmesi, tedaviye dirençli olması ve lezyonlarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulması amacıyla sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELER: Morfea,lokalize skleroderma,olgu

P-06 - Olgu Sunumu: Rektal Kanamanın Sebebi Bu Parazit mi?

Poster Bildiri /

Yunus Emre SARI¹

¹Denizli Fatih Aile Sağlığı Merkezi,

GENEL BİLGİLER Blastocystis, sindirim sisteminizde yaşayabilen mikroskobik bir parazittir. Araştırmalar bu parazitin sindirim sistemi hastalıklarındaki rolünü tam olarak aydınlatamamıştır. İshal, karın ağrısı veya diğer gastrointestinal problemler yaşayan bazı kişilerin dışkılarında blastosist organizmaları bulunmuştur. Çoğu zaman blastosist organizmaları insanların sindirim sisteminde zarar vermeden yaşarlar. Blastocystis, yiyecek veya su yoluyla veya insan veya hayvan dışkısı ile temas yoluyla bulaşabilir. Blastocystis enfeksiyonu genellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşayan veya bu ülkelere seyahat eden kişilerde ve hayvanlarla çalışan kişilerde daha yaygındır. Enfeksiyon, fekal-oral yolla bulaşmaktadır; genellikle asemptomatiktir. Semptomatik olgularda ishal, karın ağrısı, kramp, bulantı, kusma, ateş, şişkinlik, gaz, kaşıntı, kilo kaybı, dışkıda lökosit, rektal kanama, eozinofili, anemi görülebilmektedir. Tanıda en çok kullanılan metod ışık mikroskopisinde incelemidir. Ayrıca immunolojik yöntemlerde indirek immun floresan antikor (İFA) ve ELİSA yöntemleri antikor belirlemede kullanılmıştır. Yapılan klinik çalışmalarda B. hominis saptanan olguların metronidazol, paromomisin ve Trimetoprim-Sülfametaksazol ile tedavi edilebildiği bildirilmektedir.

OLGU 38 yaş, erkek hasta; polikliniğe rektal kanama şikâyeti ile başvurdu. Bilinen herhangi bir ek hastalığı bulunmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde tüm sistem muayeneleri doğal, rektal tuşede bulaş şeklinde kan mevcuttu. Hemoroid, fissür hattı gözlenmedi. İleri inceleme için genel cerrahi polikliniğine yönlendirilen hastanın yapılan fizik muayenesinde de cerrahi bir patoloji saptanmamış. Hastaya gaytada gizli kan (GGK) testi, gayta mikroskopisi, dışkıda parazit incelemesi istenmiş. Yapılan tetkiklerde GGK pozitif, boyalı mikroskobik incelemede blastocystis hominis kistleri görülmesi üzerine hasta Enfeksiyon Hastalıkları poliklinik kontrolü önerilerek tedavi başlanmadan taburcu edilmiş, herhangi bir ek tetkik yapılmamıştır. Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğinden yakın tarihe randevu bulamadığı için tekrar polikliniğe başvuran hastaya Trimetoprim-Sülfametaksazol 400 mg 2*1 başlanarak enfeksiyon hastalıkları polikliniğine sevk edilmiş ve daha sonra sonuçları görüşmek için tekrar davet edilmiştir. Hastanın tetkik-tedavi süreci devam etmektedir.

TARTIŞMA Literatüre göre blastocystis enfeksiyonları birçok farklı semptomla ortaya çıkabilirken, olgumuzda yalnızca rektal kanama şikayeti mevcuttu. Sebebi araştırılırken herhangi bir seyahat, hazır beslenme, musluk suyu tüketimi öyküsü yoktu ancak hasta damacana suyu tükettiğini belirtti. Su yoluyla da bulaştığı bilinen bu parazite bulaş yoluyla ilgili yapılabilecek en olası varsayımın kontamine damacanalara olabileceği düşünüldü. Literatürde tedavi olarak genellikle Trimetoprim-Sülfametaksazol kullanımı Metronidazole göre daha etkin bulunduğu için tedavide TMP-SMX tercih edildi. Bu olgu bize rektal kanama ile gelen hastada GGK'nın yanı sıra direk mikroskopinin de gerekliliğini vurgulamakta, su dezenfeksiyonunun önemini tekrar hatırlatmaktadır.

ANAHTAR KELİMELEER: Rektal Kanama, Blastocystis Hominis

P-07 - OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ERGEN ERKEK OLGU ve VE EK TANISI EPİLEPSİ

Poster Bildiri /

ZEHRA TEZVARAN¹, KİRAZ ŞALE¹,

¹PENDİK 18 NOLU ASM,

Ergenlik çağına gelen otizm spektrum bozukluklu çocukların yaşadığı zorluklar ve ek tanının oluşu

15 yaşında ki erkek olgu 3 yaşında otizm spektrum bozukluğu tanısı almıştır. Bizde 2 yıldır takip edilmektedir. Anne bize tonik klonik jeneralize bir nöbetten bahsetmiştir 2 sene önce. Çocuk nörolojiye sevk edilmiştir. Bu ek tanısı için antiepileptik ilaç başlanmıştır. Halen kullanmakta olup arada jeneralize olmayan nöbetler geçirebilmektedir Çocuk ergen belirtileri göstermeye başladığında en çok zorlanılan şey mastürbasyon olmuştur. Çocuğun saldırganlığı , ajitasyonu ve mastürbasyon uygunsuz hareketleri nedeniyle psikiyatri tarafından antipsikotik başlanmıştır

15 yaşında ki erkek olgu 3 yaşında otizm spektrum bozukluğu tanısı almıştır. Bizde 2 yıldır takip edilmektedir. Anne bize tonik klonik jeneralize bir nöbetten bahsetmiştir 2 sene önce. Çocuk nörolojiye sevk edilmiştir. Bu ek tanısı için antiepileptik ilaç başlanmıştır. Halen kullanmakta olup arada jeneralize olmayan nöbetler geçirebilmektedir. 3 yaşında otizm spektrum bozukluğu tanısı konulduğunda adı söylenince bakmıyor tek kelime söyleyemiyor dönen cisimlere ilgi gösteriyormuş. Şu an o günden beri gittiği özel okullar nedeniyle eğitim almış adı söylenince bakıyor tek tek kelimeleri konuşabiliyor.Tek tek kelimelerle de olsa birşeyler anlatabilmektedir. Çocuk ergen belirtileri göstermeye başladığında en çok zorlanılan şey mastürbasyon olmuştur. Çocuğun saldırganlığı , ajitasyonu ve mastürbasyon uygunsuz hareketleri nedeniyle psikiyatri tarafından antipsikotik başlanmıştır. Bu nedenle çocuk küntleşmiştir. Zaten otizm belirtileri nedeniyle davranış bozukluğu olan ergende antipsikotik kullanımıyla anormal davranışlar kısıtlansa da harekette azalma ve küntlük oluşmuştur.

Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların ergenlik dönemi sorunları ağır geçmektedir. Otizm spektrum bozukluğunda ileri yaşlarda epilepsi nöbetleri başlayabilmektedir. Bizim önerimiz ergende de eğitim verilmesi olup çocuklara çok gerekli olmadıkça antipsikotik başlanmamaktır.

ANAHTAR KELİMELEER: erkek olgu,epillepsi,otizm spektrum bozukluğu

P-08 - TUZLASAK MI TUZLAMASAK MI?

Poster Bildiri /

Aynur Özdemir¹, Emine Neşe Yeniçeri¹,

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD,

İnsan biyopsikososyal bir varlıktır. İçinde yaşadığı toplum, aile yapısı,gelenekler ve çeşitli inanışların etkileşimi ile yaşamını sürdürür.Toplumumuzda da yeni bir birey doğduğunda sağlıklı yetişmesi için doğru olduğuna inanılan deneyimler aktarılır. Bunlardan biri de ‘bebek tuzlama’dır. Genellikle bebek büyüdüğünde ter kokusunun olmaması inancıyla yenidoğan dönemindeyken Anadolu’da uygulanan bir gelenek olup tuzlu su ile bebeği yıkamak ya da bebeği direk olarak tuzla ovmak olarak tanımlanabilir. Bu derlemede yenidoğanın tuzlama konusu ele alınmıştır.

Yenidoğan bebeklerin cilt yapıları ve bağışıklık düzeyleri göz önünde bulundurulduğunda ciltte kızarıklık, ağrı, cilt bütünlüğünün bozulması, enfeksiyon, sepsis,nöbet ve ölüme yol açacak düzeyde dehidratasyona bağlı hipernatremi vakaları bildirilmiştir. Sodyum metabolize olmadan böbrekten elimine edilir. Özellikle prematürelerde glomerüler filtrasyon hızının düşük olması sodyum atılımını bozarak riski daha da artırır.

Muğla ilinde 305 katılımcıyla yapılan bir çalışmada bebek tuzlama oranı %59.9 bulunmuştur. 2018 yılında 584 katılımcıyla Denizli’de yapılan bir çalışmada bebek tuzlama oranı %67 olarak bulunmuştur. Ege bölgesinde İzmir’ e bağlı Ödemiş ilçesinde benzer şekilde %67.3 oranında tuzlama yapılırken, Manisa’da Karaağaçlı’da yapılan çalışmada ise bu oran daha da yükselerek %81.9 olarak bulunmuştur.

Aile hekimi olarak içinde yaşanılan toplumun sosyal özellikleri dikkate alınmalıdır. Aileler bilgilendirilirken doğum öncesi ve sonrası dönemde bebek tuzlamanın yol açabileceği riskler anlatılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELEER: Yenidoğan, tuzlama

P-09 - YAŞLI SAĞLIĞINDA YENİ AÇILIM: ÜÇÜNCÜ YAŞ TURİZMİ

Poster Bildiri /

Gölnur Saruhan ¹,

¹Efeler İlçe Sağlık Müdürlüğü,

Sağlıkta yaşanan gelişmeler, sosyoekonomik düzeyin artması, bulaşıcı hastalıklardan korunma ve tedavi yöntemlerinin bulunması neticesinde dünya genelinde beklenen yaşam süresi artmaktadır. 1900’lü yıllarda doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 45-50 yıl arasında iken günümüzde bu süre 80’e ulaşmıştır. Birleşmiş Milletler ve Dünya Yaşlanma Örgütü verilerine göre şuan 600 milyon civarında olan 65 yaş üstü nüfusun, 2050 yılında 2 milyarı bulacağı düşünülmektedir. 2019 verilerine göre dünya genelinde yaşlı nüfus oranı %9,1 iken Türkiye’de bu oran %8,8’dir. Fakat yapılan projeksiyonlara göre ülkemizde yaşlı nüfus oranının hızla yükselerek 2050 yılında %20,8, 2075 yılında %27,7 olacağı öngörülmektedir. Artan yaşlı nüfus nedeniyle yeni politikalar üretmek ve sağlık alanında da yeni yaklaşımlar geliştirmek gerekmektedir. Bu yeni yaklaşımlardan birisini de sağlık turizminin alt başlıklarından biri olan üçüncü yaş turizmi oluşturmaktadır. Üçüncü yaş turizmi Türkçe literatürde “geriatri turizmi”, “yaşlı bakımı turizmi”, “3. yaş baharı turizmi” ve “yaşlı turizmi” olarak İngilizce literatürde ise “third age tourism”, “mature tourism”, “silver tourism”, “age friendly tourism”, “active aging tourism”, “elderly tourism”, “grey tourism” ve “senior tourism” olarak ifade edilmektedir. Dünya Yaşlanma Örgütü 2020 yılından itibaren 10 yıllık süreyi “Sağlıklı Yaşlanma Zamanı” ilan etmiştir. Artan yaşlı nüfusa uygun sağlık hizmetleri ve politikalar üretilmesi hedeflenmektedir. Avrupa ülkelerinde yaşlı nüfus oranı ve yaşlılığa bağlı kronik hastalık oranı oldukça yüksektir. Avrupa’da sağlık hizmetlerinin pahalı olması ve tedavi için uzun bekleme sürelerinin olması nedeniyle sağlık turizmi Avrupa’da teşvik edilmektedir. Ülkemiz hem yüksek kalitede ekonomik sağlık hizmeti sunması sebebiyle hem de turizm açısından oldukça zengin kaynaklara sahip olması nedeniyle sağlık turizmi açısından cazibe merkezi olarak görülmektedir. Üçüncü yaş turizminde hedef kitle dört ana başlıkta toplanabilir: 1. Sağlıklı yaşlı 2. Kronik hastalıklara sahip yaşlı 3. Rehabilitasyon ve Tedavi Öncelikli Yaşlı 4. Palyatif (Termal Dönem) Yaşlı Yaşlının durumu ve ihtiyaçlarına uygun hizmetin verilmesi, fiziksel engelleri kolaylaştırıcı ve sağlık sorunlarını giderici ürünlerin öncelikle ele alınması halinde üçüncü yaş turizminin pazardaki başarısı artacaktır. Üçüncü yaş turizmi ile 65 yaş üstü ve emekli bireylerin toplumdan soyutlanması engellenecek, yaşlıların aktif olarak sosyal hayata katılıp gerekli tedavi ve bakımlarını kısa zamanda uygun şartlarda alması sağlanacak bunun yanında ölü sezonda turizm de canlandırılacaktır. Henüz emekleme aşamasında olduğumuz sağlık turizmi ve üçüncü yaş turizmi için hem turizmcilere hem de biz sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: yaşlı sağlığı, sağlık turizmi, üçüncü yaş turizmi

SÖZEL BİLDİRİLER

S-01 - Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri Reçetelerinin Sitokrom P450 Enzimleri Üzerinden Gerçekleşebilecek Potansiyel İlaç-İlaç Etkileşimleri Yönünden Değerlendirilmesi

Sözel Bildiri /

GÜL ÖZBEY¹

¹AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI ,

Selektif-serotonin gerialım inhibitörleri (SSGİ) en sık reçete edilen antidepresan ilaç grupları arasında yer almaktadır. SSGİ grubunda yer alan antidepresanlar değişen oranlarda sitokrom P450 (CYP450) enzimleri ile metabolize oldukları gibi, CYP450 enzimlerini inhibe ederek ilaç-ilâç etkileşimlerine (İİE) neden olabilirler. İİE ise ilaçların kullanımı sırasında görülen ve mortalite/morbiditeye neden olan advers ilaç olaylarının en önemli nedenlerindendir. Bu çalışmanın amacı SSGİ e-reçetelerinde CYP450 enzimleri üzerinden gerçekleşebilecek potansiyel İİE'lerini ve bu İİE'lerine en sık neden olabilecek ilaç kombinasyonlarını tanımlamaktır.

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi MiaMED veritabanında 2014-2018 yılları arasında SSGİ yazılmış olan 44.081 elektronik reçete verisi, “Lexicomp® Drug Interactions” programı kullanılarak CYP450 enzimleri üzerinden gerçekleşebilecek potansiyel İİE yönünden incelenmiştir.

CYP450 enzimleri üzerinden gerçekleşebilecek potansiyel İİE'lerinin oranı %7.2 olmak üzere, en sık C ve D tipi İİE görüldü. En sık etkileşen ilaç fluvoksamin, en az etkileşen ilaç ise essitalopramdı. En sık etkileşen ilaç grupları ise antipsikotikler, antidepresanlar ve antiepileptiklerdi.

SSGİ grubunda yer alan antidepresanlar CYP450 enzimleri ile metabolize edilmelerine ve CYP450 enzimlerini inhibe edebilmelerine karşın, uluslararası tedavi kılavuzlarında SSGİ grubunda yer alan antidepresanlar ile birlikte kullanılması önerilen ve SSGİ'lerle CYP450 enzimleri üzerinden etkileşen çok sayıda ilaç bulunmaktadır. CYP450 enzimleri üzerinden gerçekleşebilecek potansiyel İİE açısından riskli hasta popülasyonlarında terapötik ilaç monitorizasyonu ve farmakogenetik analizlerin yapılması klinisyenlerin ilaç dozlarını optimize etmelerini kolaylaştırarak hastanın tedavi uyumunu arttıracaktır.

ANAHTAR KELİMELER: antidepresan, ilaç-ilâç etkileşimleri, sitokrom P450 enzimleri, e-reçete

S-02 - SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA TÜKENMİŞLİK

Sözel Bildiri /

Gülnur Saruhan¹, Şirin Ergüden Kendirlihan¹, Sabri Tamer Özçelik¹, Osman Açıkgoz²,

¹Aydın Efeler İlçe Sağlık Müdürlüğü, ²Aydın İl Sağlık Müdürlüğü,

Tükenmişlik, yoğun stres ortamında çalışan kişilerde görülen zihinsel bir yıkım ve çöküş hali olarak tanımlanabilir. Tükenmişlik, iş yerinde yaşanan kronik stresin ortaya çıkardığı bir sendrom halidir. Tükenmişlik olgusu, 1974 yılında bir psikolog tarafından “Mesleki bir tehlike” olarak tanımlanmış ve ilk defa bu konu sağlık çalışanlarında araştırılmıştır. Sağlık çalışanları çalışma koşulları ve yaşadıkları kronik stres nedeniyle en riskli gruplardandır. Bu çalışmanın amacı bir ilçe sağlık müdürlüğünde çalışan sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumlarını ve bununla ilişkili etmenleri saptamaktır.

Çalışma 10-17 Şubat 2020 tarihleri arasında Aydın Efeler İlçe Sağlık Müdürlüğünde çalışan tüm sağlık çalışanlarında gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmada örneklem seçilmemiş müdürlükte çalışan 126 kişinin tamamına ulaşılma hedeflenmiştir. Çalışmaya o hafta iş yerinde bulunan ve çalışmayı kabul eden 85 (%67,5) kişi dahil edilmiş, izin, rapor ve geçici görev nedeniyle kurumda bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler çalışma dışı bırakılmıştır. Anket yapılarak toplanan veriler SPSS 24 paket programında analiz edilmiştir. Çalışmada sosyodemografik özellikleri içeren soru formu ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmış, ölçek Cronbach's Alpha değeri %84,2 bulunmuştur. Ölçek duygusal tükenme, kişisel başarı hissi ve duyarsızlaşma olarak 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların Cronbach's Alpha değerleri sırasıyla %88,1, % 73,5 ve %78,7 saptanmış ve çalışma için oldukça güvenilir bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 43,3 olup, % 70,6'sı (n=60) kadın, %83,5'i (n=71) evli, %67,1 lisans, % 14,1 lise, %15,3 yüksek lisans ve doktora mezundur. Katılımcıların %27,1'i ebe, %18,8'i hemşire, %11,8'i sağlık memuru, %11,8'i doktor, %9,4'ü veri hazırlamacı, %21,2'si diğer meslek grubuna (psikolog, sosyal çalışmacı, sekreter, teknisyen, hizmetli) mensuptur. Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri incelendiğinde duyarsızlaşma alt boyutu ortalaması 0,37, duygusal tükenme ortalaması 1,10, kişisel başarı hissi ortalamasının 2,88 olduğu izlenmiştir. Çalışmaya katılanların %82,9'unda duygusal tükenme düşük seviyede, %96,1'inde duyarsızlaşma düşük seviyede, %98,6'sında kişisel başarı hissi yüksek seviyede izlenmiştir. Tükenmişlik ile cinsiyet, medeni durum, eğitim ve meslek arasında ilişki değerlendirilmiş anlamlı ilişki bulunmamıştır (p≥0,05).

Bu çalışmada, ilçe sağlık müdürlüğü personelinde duyarsızlaşma ve duygusal tükenmenin düşük, kişisel başarı hissini yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarında genel olarak tükenmişlik düzeyi yüksek izlenirken, bizim çalışmamızda bunun düşük olma sebebi hasta ile daha az karşı karşıya gelinmesi ve personelin masa başı görevlerde daha fazla bulunması ile açıklanabilir.

ANAHTAR KELİMELELER: Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Tükenmişlik, Sağlık çalışanları

S-03 - Aydın ili toplum ruh sağlığı merkezindeki kayıtlı hastaların özellikleri ve bir toplum ruh sağlığı modeli olarak değerlendirilmesinde aile hekimliğinin sistemdeki yeri ve önemi

Sözel Bildiri /

Ayşe Döndü¹

¹AYDIN DEVLET HASTANESİ,

Ağır ruhsal bozukluk Bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıkları içermektedir. Ruhsal hastalıkların görülme sıklığı yüksektir, önemli ölçüde yeti yitimine neden olur. 6 ay içinde tekrar yatış %17.1 Tekrarlayan yatışı olan hastalarda bir sonraki yatışa kadar geçen süre 85.6 ± 52.1 gün olarak saptanmıştır. Alevlenmeyi hazırlayıcı ve hızlandırıcı etkenlerle baş edememekteler. Sık ve şiddetli ataklar nedeniyle toplum tarafından damgalanma pekişmektedir. Sonuç olarak Ailelerde tükenmişlik ortaya çıkmaktadır. Bu hastalarla ilgili sorunu sadece tedavi boyutuyla düşünmemek gerekir. Sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir halk sağlığı sorunudur. Tüm boyutlarıyla “sorun” bir halk sağlığı sorunu olarak düşünülürse, sadece hastanın alevlenme dönemlerinde hastaneye getirildiği ve sonrasında tek başına bırakıldığı hastane temelli sistemin değiştirilmesi ve toplum temelli psikiyatri modeline(TRSM) geçilmesi gerekmektedir.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezimiz, sorumlu olduğu ilçe sınırlarında yaşayan, kronik ruhsal rahatsızlığı olan hastalara yönelik (şizofreni, bipolar bozukluk gibi);Ayakta düzenli takip ve tedavi, Resim el sanatları gibi uğraşı tedavileri, Psiko-eğitim, ruhsal toplumsal beceri eğitimi ve aile eğitimini kapsayan rehabilitasyon çalışmaları,Toplumda dışlanan hastaların yeniden topluma kazandırılması hedeflenmektedir. Şizofreni, Şizoaffektif ve Bipolar bozukluk tanısı olan hastalar (F20-F28, F31) kabul edilmektedir. Ağır ruh sağlığı sorunları bulunan bireyler için; Hastaneye yatırımlarını önlemek, Yeti yitimini asgari seviyeye çekmek ve işlev iyileşmesi sağlamak amacıyla biyolojik ve psikososyal müdahaleler sunulması, Aileler için destek ve psikoeğitim, Sosyal işlevin istikrarlı hale getirilmesi ve bireyin sosyal hayatta geçirdiği sürenin artırılması hedeflenmektedir. TRSM lere hasta yönlendirme Aile hekimleri ,Hastanelerin psikiyatri poliklinikleri, Psikiyatri yataklı servisler ve Doğrudan başvurular şeklinde olabilmektedir.

Aydın devlet hastanesi toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı hastaların yapılan incelemesinde 603 kayıtlı hastamızın olduğu 237 kadın 366 erkek sayısı olmakla 420 psikotik bozukluk 152 bipolar bozukluk spektrumunda hastaların olduğu saptanmıştır. Düzenli olarak kurumumuza 20 hasta gelmekte olup dönemsel olarak bu sayı değişebilmektedir. Toplum ruh sağlığına yönlendirme oranlarına bakıldığında psikiyatri servis ve poliklinikleri olduğu aile hekimliğinden yönlendirme olmadığı tespit edilmiştir.

Toplum Ruh Sağlığı hizmetlerinin sağlıklı yürütülebilmesi ve amacına ulaşabilmesi için iyi bir kurumlararası işbirliği kurmak şarttır. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarıyla iletişim halinde olmak hem hastalığın erken saptanması hem de rehabilitasyon açısından çok önemli bir yere sahiptir.

ANAHTAR KELİMELEER: trsm, şizofreni, aile hekimliği, bipolar bozukluk ,rehabilitasyon

S-04 - GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA VİTAMİN B12, FOLAT VE HOMOSİSTEİN DÜZEYLERİ

Sözel Bildiri /

Cengiz Yılmaz¹, Sebile Nilgün Erten², Mehmet Akif Karan²,

¹S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ,

ÖZET

Amaç: Vitamin B12 ve folat, homosistein metabolizması için gerekli olan vitaminlerdir. Eksikliklerinde plazma homosistein düzeyleri yükselir. Vitamin B12 eksikliği hematolojik ve nöropsikiyatrik hastalıklarla neden olabilir. Hiperhomosisteinemi ise kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık riskini artırır. Bu çalışmamızda, 60 yaş ve üzeri hastalarda serum vitamin B12, folat ve homosistein düzeylerinin araştırılması, vitamin B12 ve folat eksikliği ile hiperhomosisteinemi sıklıklarının tayin edilmesi, bu yaş grubunda düzenli vitamin B12 ve folik asit gereksiniminin olup olmadığının araştırılması hedeflendi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 60 yaş ve üzeri toplam 222 hasta dahil edildi. Bir gece açlık sonrası kan örnekleri alınarak serum Vitamin B12, folat ve plazma homosistein düzeyleri çalışıldı. Vitamin B12 düzeyi <200 pg/ml ise düşük, 200-400 pg/ml ise sınırda normal, >400 pg/ml ise normal olarak kabul edildi. Folat düzeyi <3 ng/ml ise düşük, 3-10 ng/ml ise normal, >10 ng/ml ise yüksek olarak kabul edildi. Plazma homosistein düzeyi <15 µmol/l ise normal, 15-30 µmol/l ise hafif yüksek, 30 - 100 µmol/l ise orta derecede yüksek ve > 100 µmol/l ağır hiperhomosisteinemi olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların yaklaşık %30'u erkek, %70'i ise kadındı. Hastalar 60 - 95 yaş aralığında olup, ortalama yaşları yaklaşık 70 yıl olarak saptandı. Hastaların %9'unda (20 hasta) vitamin B12 eksikliği, %2,3'ünde (5 hasta) folat eksikliği, %47,3'ünde hafif derecede hiperhomosisteinemi ve %7,7'sinde orta derecede yüksek hiperhomosisteinemi olmak üzere toplamda %55 oranında (122 hasta) hiperhomosisteinemi saptandı. Hastaların %50'sinde (111 hasta) vitamin B12 düzeyi sınırda normaldi. Serum Vitamin B12 ve folat düzeyleri düşüklüğü ile hiperhomosisteinemi arasında istatistiki anlamlı ilişki saptandı. Erkek hastaların ortalama plazma homosistein konsantrasyonu kadın hastalara oranla istatistiksel anlamlı yüksek saptandı. Yaş arttıkça vitamin B12, folat eksikliği ve hiperhomosisteinemi sıklığı artmakta olduğu ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görüldü.

Sonuç: Yaşlı hastalarda vitamin B12 eksikliği ve sınırda normal vitamin B12 düzeyleri oldukça sık görülmektedir. Bu hastalara düzenli vitamin B12 kullanımı tavsiye edilebilir. Folat eksikliği ise çok daha az görülmektedir. Vitamin B12 ve folat eksikliklerinin toplamından çok daha yüksek oranlarda hiperhomosisteinemi görülmektedir. Hiperhomosisteinemi bu iki vitaminin fonksiyonel eksikliğinin bir göstergesi olduğundan sadece bu vitaminlerin serum düzeylerine bakılması eksiklikleri olan hastaların saptanmasında yeterli olmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vitamin B12, folat, homosistein, yaşlı hasta.

GİRİŞ VE AMAÇ

Vitamin B12, DNA ve miyelin kılıfı sentezi için gerekli olan bir vitamindir. Eksikliğinde hematolojik, nörolojik, psikiyatrik ve gastrointestinal semptom ve bulgular görülebilir (1). Megaloblastik anemi, pansitopeni, glossit, dispepsi ve ishale neden olabilir. Yaşlı hastalarda hematolojik bulgulardan ziyade nöropsikiyatrik bozukluklar ön plandadır. Periferik nöropati, parestezi, dengesizlik, kognitif fonksiyon bozukluğu, demans, depresyon ve kişilik değişiklikleri sonucunda, geriatrik sendromları tetikleyerek morbidite ve mortaliteyi artırabilir (1-2). Folat ise DNA ve RNA inşaatı için gerekli nükleik asitlerin sentezlenmesinde anahtar rol oynayan bir vitamindir. Eksikliğinde megaloblastik anemi görülebilir ancak nöropsikiyatrik bozukluklar nadirdir. Klinik olarak vitamin B12 ve folat eksikliğinin bir birinden ayırt edilmesi oldukça önemlidir. Vitamin B12 eksikliği zamanında fark edilip tedavi edilmez ise nöropsikiyatrik bozukluklar kalıcı olabilir (3). Homosistein esansiyel bir aminoasit olan metionin metabolizması sırasında oluşan bir aminoasittir. Vitamin B12 ve folat, homosisteinin metionine dönüştürülmesi için gerekli vitaminlerdir. Bu vitaminlerin eksikliğinde kan homosistein düzeyi yükselir. Hiperhomosisteinemi, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık riskini arttıran bağımsız bir risk faktörüdür. Alzheimer hastalığı, kognitif fonksiyon bozukluğu ve depresyonun da içinde bulunduğu birçok nöropsikiyatrik hastalık ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (4). Yaşlı hastalarda hiperhomosisteinemi genellikle vitamin eksikliklerine sekonderdir. Vitamin B12 eksikliği tanısı, klinik bulguları olan hastalarda serum vitamin B12 düzeyinin 200 pg/ml'nin (150 pmol/L) altında olması ile konulur. Metilmalonik asit (MMA) ve homosistein, vitamin B12 eksikliğinde serum konsantrasyonları artan metabolitlerdir ve doku düzeyinde gerçek anlamda vitamin B12 eksikliği olup olmadığını gösterirler. Serum MMA düzeyleri sadece vitamin B12 eksikliğinde artarken, plazma homosistein konsantrasyonu hem vitamin B12 hem de folat eksikliğinde artar. Fonksiyonel olarak vitamin B12 eksikliği

gösterilmiş olan hastaların %10-30’unda vitamin B12 düzeyleri 200 pg/ml’nin üzerinde olabileceği bildirilmektedir. Bu nedenle özellikle klinik bulguları veya nöropsikiyatrik semptomları olan yaşlı hastaların vitamin B12 düzeyleri 400 pg/ml’den düşük ise serum MMA veya plazma homosistein konsantrasyonların ölçülmesi önerilmektedir (1-2, 5-7). Bu çalışmamızda, 60 yaş ve üzeri hastalarda serum vitamin B12, folat ve homosistein düzeylerini araştırmak, vitamin eksiklikleri ve hiperhomosisteinemi sıklıklarını tayin etmek, vitamin düzeyleri ile homosistein düzeyleri arasındaki korelasyona bakmak ve bu yaş grubunda günlük düzenli vitamin B12 ve folik asit gereksinimlerinin olup olmadığını araştırmak hedeflendi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamıza 60 yaş ve üzeri toplam 222 hasta dahil edildi. Hastalardan bir gece boyu (10-12 saat) açlık sonrası vitamin B12, folat, homosistein, hemogram ve biyokimyasal testler çalışılmak üzere kan örnekleri alındı. ECLIA (Electrochemiluminescence immunoassay) yöntemi ile vitamin B12, “binding assay” yöntemi ile folat ve HPLC (high performance liquid chromatography) yöntemi ile plazma homosistein düzeyleri çalışıldı. Vitamin B12 düzeyi <200 pg/ml ise düşük, 200-400 pg/ml ise sınırda normal, >400 pg/ml ise normal olarak kabul edildi. Folat düzeyi <3 ng/ml ise düşük, 3-10 ng/ml ise normal, >10 ng/ml ise yüksek olarak kabul edildi. Plazma homosistein düzeyi <15 µmol/l ise normal, 15-30 µmol/l ise hafif yüksek, 30 - 100 µmol/l ise orta yüksek ve > 100 µmol/l ağır hiperhomosisteinemi olarak kabul edildi. İstatistiki analizler için SPSS 13.0 istatistik programı kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaklaşık %30’u (65 hasta) erkek ve %70’i (157 hasta) kadındı. Kadın ve erkeklerin ortalama yaşları yaklaşık olarak 70 (60-95 yaş aralığı) idi. Tablo-1’de hastaların demografik özellikleri verilmiştir.

Genel olarak hastaların %9’unda (20 hasta) vitamin B12 eksikliği saptandı. Yine hastaların %50’sinde (111 hasta) vitamin B12 (200-400 pg/ml) düzeyi sınırda normaldi. Toplamda hastaların %59’unun vitamin B12 düzeyleri 400 pg/ml’nin altındaydı. Beş hastada (%2,3) folat eksikliği saptandı. Hastaların %47,3’ünde hafif derecede hiperhomosisteinemi ve %7,7’sinde orta derecede hiperhomosisteinemi olmak üzere toplamda %55 hastada (122 hasta) hiperhomosisteinemi saptandı (Tablo 2).

Cinsiyet açısından bakıldığında; vitamin B12 eksikliği ve hiperhomosisteinemi sıklığı erkeklerde, folat eksikliği ise kadınlarda daha sık saptanmakla birlikte hiçbir durum istatistiksel

anlamlılığa sahip değildi. (p değerleri vitamin B12 eksikliği için 0,164, hiperhomosisteinemi için 0,063 ve folat eksikliği için 0,146). Erkek hastalarda hiperhomosisteinemi daha sık saptanmış olup (%64,1 vs %50,9 p=0,063), erkek hastaların ortalama plazma homosistein düzeyleri kadın hastalara göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı (20,3±8,0 vs 16,7±6,3 p=0,001). Erkek ve kadın hastaların ortalama serum vitamin B12 (388 pg/ml vs 387 pg/ml) ve folat düzeyleri (7,7 ng/ml vs 8,3 ng/ml) arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Yaş arttıkça vitamin B12, folat eksikliği ve hiperhomosisteinemi oranı artmakta ancak istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görüldü. 60-74 yaş aralığında vitamin B12 eksikliği %7,8, folat eksikliği %1,8, hiperhomosisteinemi ise %51,8 iken 75 yaş ve üzeri hastalarda vitamin B12 eksikliği %12,5, folat eksikliği %3,6, hiperhomosisteinemi %64,3 olarak saptandı. 75 yaş ve üstü hastalarda, 75 yaş altı hastalara oranla vitamin B12 eksikliği, folat eksikliği ve hiperhomosisteinemi oransal olarak yüksek saptansa da istatistiksel olarak anlamlı değildi. (p değerleri vitamin B12 eksikliği için 0,291, folat eksikliği için 0,442, hiperhomosisteinemi için 0,076).

Serum vitamin B12, folat düzeyleri ile plazma homosistein düzeyi arasındaki ilişki:

Vitamin kullanan hastalar çalışma dışı bırakıldığında, serum vitamin B12 düzeyi düşük veya sınırda normal (<400 pg/ml) olan hastaların plazma homosistein konsantrasyonları serum vitamin B12 düzeyi normal (>400 pg/ml) olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptandı (18,5±7,0 vs 16,2±6,1, p=0,02). Aynı şekilde folat düzeyi <5 ng/ml olan hastaların, folat düzeyleri 5 ng/ml'nin üstünde olan hastalara göre plazma homosistein konsantrasyonları istatistiki anlamlı daha yüksek saptandı (23,2±9,1 vs 15,1±5,3, p<0,001).

Vitamin kullanımının homosistein düzeylerine etkisi: Vitamin kullanan 42 hastanın (%18,9) ortalama serum vitamin B12 düzeyi ve folat düzeyleri, vitamin kullanmayan 180 hastaya (%81,1) göre istatistiksel olarak daha yüksek saptandı ancak homosistein düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Sigara ve alkol alışkanlıklarına bakıldığında alkol kullanan hastaların serum folat düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı daha düşük saptandı (4,9±0,2 vs 8,2±3,4 p<0,05). Sigara kullanımı ile bu vitaminlerin ve homosistein düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA

Vitamin B12: Yaşlılarda vitamin B12 eksikliği sık görülmektedir. Erken tanı konulması ve tedavi edilmemesi halinde kalıcı nöropsikiyatrik belirti ve bulgulara neden olabilir (8) .

Epidemiyolojik çalışmalar gelişmiş ülkelerde yaşlı bireylerde vitamin B12 eksikliğinin ortalama %20 civarında olduğunu göstermektedir (9). Çalışmamızda hastaların %9’unda vitamin B12 eksikliği, %50’sinde ise sınırda normal vitamin B12 düzeylerine sahip oldukları ve doku düzeyinde vitamin B12 eksikliği riski taşıdıkları saptandı. Çalışma sonuçlarımız ile uyumlu olarak Lindenbaum ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %12’sinde vitamin B12 eksikliği, Carmel ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların %11,8’inde vitamin B12 eksikliği ve hastaların %38’inde vitamin B12 düzeylerinin sınırda normal düzeylerde olduğu bildirilmiştir (10,11). Çalışmalar yaşlı hastalarda vitamin B12 eksikliği prevalansının yüksek olduğunu aynı zamanda doku düzeyinde vitamin B12 eksikliği açısından yüksek riskli hasta grubunun fazla olduğunu göstermektedir. Erkek cinsiyette vitamin B12 eksikliği oransal olarak daha yüksek saptansa da istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Yaş ile paralel olarak vitamin B12 eksikliği sıklığının arttığı bildirilmektedir (8, 12). Çalışmamız sonuçlarına göre 60-74 yaş aralığında vitamin B12 eksikliği %7,8 iken, 75 yaş ve üzeri hastalarda % 12,5 olarak saptanmıştır. Yine 60-65 yaş aralığında ortalama serum vitamin B12 konsantrasyonu 441 ± 277 pg/ml iken 75 yaş ve üzeri hastalarda 332 ± 140 pg/ml olarak saptanmıştır. Daha geniş kapsamlı çalışmalar ile aradaki bu farklar istatistiki anlamlılığa ulaşabilir.

Folat gıdalarda yaygın olarak bulunduğu için eksikliği sık değildir. Çalışmamızda hastaların %2,3’ünde (5 hasta) folat eksikliği saptanmıştır. Arıoğlu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşlı bireylerde benzer şekilde düşük oranda (%1,3) folat eksikliği bildirilmiştir (13). Erkek hastalarda folat eksikliği saptanmazken, kadın hastaların % 3,2’sinde (5 hasta) folat eksikliği saptanmıştır. Ancak erkek ve kadın hastaların ortalama serum folat düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Folat eksikliği 60-74 yaş aralığında %1,8 iken, 75 yaş ve üzeri hastalarda %3,6 olarak saptanmıştır. Yaş ilerledikçe folat eksikliği artma eğiliminde olduğu görülmektedir.

Homosistein metionin metabolizması sırasında açığa çıkan bir metabolittir. Vitamin B12 ve/veya folat eksikliğinde plazma konsantrasyonu artar. Yaşlılarda kalıtsal hiperhomosisteinemi nedenleri nadir olduğundan, hiperhomosisteinemi genellikle doku düzeyinde vitamin B12 ve/veya folat eksikliğinin bir göstergesidir (14,15). Birçok çalışmada hiperhomosisteineminin iskemik kalp hastalığı, inme ve demans gibi nöropsikiyatrik hastalıklarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (16,17). Ateroskleroz için diğer nedenlerden bağımsız bir risk faktörü olduğu kabul edilmektedir (18). Geriatrik hastalarda diyabet, hipertansiyon, demans ve inme gibi komorbid hastalıkların artması hiperhomosisteineminin önlenmesi ve tedavi gerekliliğini daha da arttırmaktadır. Çalışmamızda hastaların % 55’inde (%47,3 hafif,

%7,7 orta derecede) hiperhomosisteinemi saptanmıştır. Hastaların yaklaşık %50’sinde doku düzeyinde vitamin B12 ve/veya folat eksikliği olduğunu telkin ettirmektedir. Vitamin B12 eksikliği için sınır 200 pg/ml ve folat eksikliği için sınır 3 ng/ml olarak alındığı ancak hastaların %11’inde bu vitaminlerin eksikliği saptanmaktadır. Doku düzeyinde fonksiyonel vitamin B12 ve folat eksikliği olan hastaların %40-45’i atlanmaktadır. Bu nedenlerle özellikle geriyatrik hasta grubunda bu vitaminlerin eksiklikleri araştırmak için plazma homosistein bakılmalı veya bu vitaminlerin serum düzeyleri için daha yüksek sınırlar belirlenmelidir. İstatistiksel anlamlı olmasa da yaş ilerledikçe hiperhomosisteinemi sıklığı artmakta ve erkek hastaların hiperhomosisteinemiye daha yatkın oldukları gözlenmektedir. Erkek cinsiyet hiperhomosisteinemi için bir risk faktörü olabilir.

Beklendiği üzere çalışmamızda yer alan hastalardan multivitamin kullanan hastaların serum vitamin B12 ve folat düzeyleri, herhangi bir vitamin preparatı kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da vitamin kullanan hastaların plazma homosistein konsantrasyonu daha düşük bulunmuştur. Hastaların ne kadar ve ne süredir bir vitamin preparatı kullandıkları bilinmemektedir. Bu nedenle vitamin kullanımının plazma homosistein konsantrasyonu üzerine etkisi ile ilgili bir yargıya varmak güçtür. Ancak birçok çalışma ile B vitamini kullanımının plazma homosistein konsantrasyonunu etkili şekilde düşürdüğü gösterilmiştir (19-21).

SONUÇ

Yaşlı hastalarda vitamin B12 eksikliği sıktır, folat eksikliği ise daha az görülmektedir. Bu hasta grubunda, bu iki vitamin eksikliğinin toplamından çok daha yüksek oranlarda hiperhomosisteinemi görülmektedir. Hiperhomosisteineminin bu iki vitaminin fonksiyonel eksikliğinin bir göstergesi olduğu düşünüldüğünde tek başına serum vitamin B12 ve folat düzeylerine bakılması yeterli olmadığı görülmektedir. Geriyatrik sendromlar, kardiyovasküler ve nöropsikiyatrik hastalıklar açısından riskli olan bu yaş hasta gurubunda vitamin B12 ve folat düzeyleri yakın takip edilmeli, bakıla biliniyorsa homosistein düzeylerine de bakılmalıdır. Vitamin eksikliği veya hiperhomosisteinemisi saptanan bireyler etkili ve uzun süreli tedavi edilmelidirler.

KAYNAKLAR

- 1- Oh R, Brown DL. Vitamin B12 deficiency. Am Fam Physician. 2003 Mar 1;67(5):979-86. PMID: 12643357.
- 2- Stabler SP. Screening the older population for cobalamin (vitamin B12) deficiency. J Am Geriatr Soc. 1995 Nov;43(11):1290-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.1995.tb07408.x. PMID: 7594166.
- 3- Snow CF. Laboratory diagnosis of vitamin B12 and folate deficiency: a guide for the primary care physician. Arch Intern Med. 1999 Jun 28;159(12):1289-98. doi: 10.1001/archinte.159.12.1289. PMID: 10386505.
- 4- Klee GG. Cobalamin and folate evaluation: measurement of methylmalonic acid and homocysteine vs vitamin B(12) and folate. Clin Chem. 2000 Aug;46(8 Pt 2):1277-83. PMID: 10926922.
- 5- Savage DG, Lindenbaum J, Stabler SP, Allen RH. Sensitivity of serum methylmalonic acid and total homocysteine determinations for diagnosing cobalamin and folate deficiencies. Am J Med. 1994 Mar;96(3):239-46. doi: 10.1016/0002-9343(94)90149-x. PMID: 8154512.
- 6- Lindenbaum J, Savage DG, Stabler SP, Allen RH. Diagnosis of cobalamin deficiency: II. Relative sensitivities of serum cobalamin, methylmalonic acid, and total homocysteine concentrations. Am J Hematol. 1990 Jun;34(2):99-107. doi: 10.1002/ajh.2830340205. PMID: 2339684.
- 7- Carmel R, Green R, Rosenblatt DS, Watkins D. Update on cobalamin, folate, and homocysteine. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2003:62-81. doi: 10.1182/asheducation-2003.1.62. PMID: 14633777.
- 8- Wong CW. Vitamin B12 deficiency in the elderly: is it worth screening? Hong Kong Med J. 2015 Apr;21(2):155-64. doi: 10.12809/hkmj144383. Epub 2015 Mar 10. PMID: 25756278.
- 9- Andr  s E, Loukili NH, Noel E, Kaltenbach G, Abdelgheni MB, Perrin AE, Noblet-Dick M, Maloisel F, Schlienger JL, Blickl   JF. Vitamin B12 (cobalamin) deficiency in elderly patients. CMAJ. 2004 Aug 3;171(3):251-9. doi: 10.1503/cmaj.1031155. PMID: 15289425; PMCID: PMC490077.
- 10- Lindenbaum J, Rosenberg IH, Wilson PW, Stabler SP, Allen RH. Prevalence of cobalamin deficiency in the Framingham elderly population. Am J Clin Nutr. 1994 Jul;60(1):2-11. doi: 10.1093/ajcn/60.1.2. PMID: 8017332.

- 11- Carmel R, Green R, Jacobsen DW, Rasmussen K, Florea M, Azen C. Serum cobalamin, homocysteine, and methylmalonic acid concentrations in a multiethnic elderly population: ethnic and sex differences in cobalamin and metabolite abnormalities. *Am J Clin Nutr.* 1999 Nov;70(5):904-10. doi: 10.1093/ajcn/70.5.904. PMID: 10539753.
- 12- Marchi G, Busti F, Zidanes AL, Vianello A, Girelli D. Cobalamin Deficiency in the Elderly. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2020 Jul 1;12(1):e2020043. doi: 10.4084/MJHID.2020.043. PMID: 32670521; PMCID: PMC7340236.
- 13- Arioğul S, Cankurtaran M, Dağlı N, Khalil M, Yavuz B. Vitamin B12, folate, homocysteine and dementia: are they really related? *Arch Gerontol Geriatr.* 2005 Mar-Apr;40(2):139-46. doi: 10.1016/j.archger.2004.07.005. PMID: 15680498.
- 14- Wolters M, Hermann S, Hahn A. B vitamin status and concentrations of homocysteine and methylmalonic acid in elderly German women. *Am J Clin Nutr.* 2003 Oct;78(4):765-72. doi: 10.1093/ajcn/78.4.765. PMID: 14522735.
- 15- Allen RH, Stabler SP, Savage DG, Lindenbaum J. Metabolic abnormalities in cobalamin (vitamin B12) and folate deficiency. *FASEB J.* 1993 Nov;7(14):1344-53. doi: 10.1096/fasebj.7.14.7901104. PMID: 7901104.
- 16- Homocysteine Studies Collaboration. Homocysteine and risk of ischemic heart disease and stroke: a meta-analysis. *JAMA.* 2002 Oct 23-30;288(16):2015-22. doi: 10.1001/jama.288.16.2015. PMID: 12387654.
- 17- Smith AD, Refsum H, Bottiglieri T, Fenech M, Hooshmand B, McCaddon A, Miller JW, Rosenberg IH, Obeid R. Homocysteine and Dementia: An International Consensus Statement. *J Alzheimers Dis.* 2018;62(2):561-570. doi: 10.3233/JAD-171042. PMID: 29480200; PMCID: PMC5836397.
- 18- Kim JM, Park KY, Shin DW, Park MS, Kwon OS. Relation of serum homocysteine levels to cerebral artery calcification and atherosclerosis. *Atherosclerosis.* 2016 Nov;254:200-204. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.10.023. Epub 2016 Oct 13. PMID: 27760401.
- 19- Shimakawa T, Nieto FJ, Malinow MR, Chambless LE, Schreiner PJ, Szklo M. Vitamin intake: a possible determinant of plasma homocyst(e)ine among middle-aged adults. *Ann Epidemiol.* 1997 May;7(4):285-93. doi: 10.1016/s1047-2797(97)00004-5. PMID: 9177112.
- 20- Nygard O, Refsum H, Ueland PM, Vollset SE. Major lifestyle determinants of plasma total homocysteine distribution: the Hordaland Homocysteine Study. *Am J Clin Nutr.* 1998 Feb;67(2):263-70. doi: 10.1093/ajcn/67.2.263. PMID: 9459374.

21- Koehler KM, Romero LJ, Stauber PM, Pareo-Tubbeh SL, Liang HC, Baumgartner RN, Garry PJ, Allen RH, Stabler SP. Vitamin supplementation and other variables affecting serum homocysteine and methylmalonic acid concentrations in elderly men and women. J Am Coll Nutr. 1996 Aug;15(4):364-76. doi: 10.1080/07315724.1996.10718611. PMID: 8829092.

Demografik Özellikler	Değer	Yüzde (%) veya Aralık
Erkek (n)	65	29,3
Kadın (n)	157	70,7
Ortalama yaş (yıl)	70,2 ± 6,9	(60 - 95)
BKİ (kg/m ²)	27,2 ± 4,6	(18,4 - 42,9)
Aktif (n)	156	70,3
Sedanter (n)	66	29,7
Alkol kullanan (n)	3	1,4
Sigara kullanan (n)	27	12
Vitamin kullanan (n)	42	18,9

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri

BKİ: Beden Kitle İndeksi, n:hasta sayısı

Tablo 2. Hastaların Vitamin B12, Folat ve Homosistein düzeylerine göre yüzde dağılımları

Parametre	Düzyey	%
Vitamin B12 (pg/ml)		
<200	Düşük	9,0
200-400	Sınırdanormal	50,0
>400	Normal	41,0
Folat (ng/ml)		
<3	Düşük	2,3
3-10	Normal	70,7
>10	Yüksek	27,0
Homosistein (µmol/l)		
<15	Normal	45,0
15-30	Hafif Yüksek	47,3
>30	Orta Yüksek	7,7

**S-05 - AYDIN İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN YAPAY ZEKA
HAZIRBULUNUŞLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sözel Bildiri /

Nazmiye Kaçmaz Ersü¹, Yasemin Kılıç Öztürk²,

¹Aydın Efeler 5 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, ²SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

Yapay Zeka (YZ), insanlar tarafından yapıldığında zeka içerdiği düşünülen şeylerin bilgisayarlar tarafından yaptırılmasıdır ve günümüzde teknolojik gündemin ön sıralarındadır. Bu çalışmada Aydın ilindeki aile hekimlerinin YZ hazırbulunuşluğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu araştırma 3 Eylül 2021-15 Ekim 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Aydın ilinde çalışan 358 aile hekimi oluşturmıştır. Google Form aracılığı ile çevrimiçi yürütülen araştırma 98 gönüllü hekim ile tamamlanmıştır. Ölçeğin Bilişsel, Beceri, Öngörü ve Etik faktörü olmak üzere dört alt boyutu vardır. Ölçekten en az 22 en çok 110 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar ile hazırbulunuşluğun arttığını ifade etmektedir. Verilerin analizinde tanımlayıcı analizlerin yanı sıra normal dağılımın sağlanamadığı durumlarda Mann-Whitney U testi veya Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Korelasyon analizi ve güvenirlik analizleri yapılmıştır. Güvenirlik analizleri sonucunda ölçeğin alt boyut ve toplam puanların Cronbach's Alpha katsayıları 0,85 ile 0,96 arasında bulunmuştur. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalaması $50,15\pm 7,52$ (min:27, max:72)'dir. Hekimlerin %75'i kentlerde çalışmakta ve %13,3'ü aile hekimliği uzmanı, %86,7'si aile hekimi olarak görev yapmaktadır. Hekimlerin %12,2'si bilgisayar ya da bilişim alanında eğitim almış, %23,5'i bilişim ve YZ teknolojilerine ilgili olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların YZHÖ toplam, Bilişsel, Beceri, Öngörü ve Etik faktörü alt boyut puan ortalamaları sırasıyla $60,00\pm 19,47$, $19,12\pm 7,47$, $23,54\pm 8,14$, $7,62\pm 3,18$ ve $9,71\pm 3,05$ 'tir. Çalışılan bölgeye göre, ölçeğin bilişsel, beceri ve toplam alt boyutları arasında anlamlı fark saptanmıştır($p<0,05$). Bilişim ve YZ teknolojilerine ilgi düzeyi ile tüm ölçek alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur($p<0,05$). İlgiliyim yanıtı verenlerin hazırbulunuşlukları nötr ve ilgisizim yanıtı verenlere göre daha yüksek tespit edilmiştir($p<0,05$). 50 yaş altındaki katılımcıların toplam ve tüm ölçek alt boyutlarında 50 yaş üstündeki katılımcılara göre hazırbulunuşlukları daha yüksek bulunmuş($p<0,05$) ve yapılan kolareasyon analizinde yaş ile beceri alt boyutu puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır($p<0,05$).

Aydın ilinde çalışan aile hekimlerinin YZ hazırbulunuşluğu düşük bulunmuştur. Yaş arttıkça özellikle YZ beceri hazırbulunuşluğunun azaldığı saptanmıştır. Kentte çalışan hekimlerin ve bilişim teknolojileri ve YZ konusuna ilgi düzeyi yüksek olanların YZ hazırbulunuşlukları yüksek belirlenmiştir. Tüm sağlık çalışanlarının YZ uygulamalarının sağlık hizmetlerinde kullanılması konusunda ilgilerinin ve farkındalıklarının artırılması ve hazır hissetmeleri sağlanmalıdır. Aile hekimlerinin de sürekli mesleki gelişim etkinlikleri kapsamında düzenlenecek eğitimler ile YZ hazırbulunuşlukların arttırılabileceği düşünülmektedir.

ANAHTAR KELİMELE: Yapay Zeka,Hazırbulunuşluk,Aile Hekimliği

S-06 - İleri Yaşta Bası Yarası Yönetimi: Olgu Serisi

Sözel Bildiri /

Handan Atsız Sezik¹, Hüseyin Can²,

¹İzmir-Güzelbahçe 2 nolu Derya ASM, ²Özel Aymira Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi
Urla-İzmir,

Yaş alma ile artan kronik hastalık yükü, beslenme yetersizliği, hareket yeteneğinin azalması gibi sebeplerle bireyler yatağa bağımlı hale gelmektedir. Yatağa bağımlı bireylerin bakımlarının doğru yapılmadığı zamanlarda özellikle bası yaraları gelişmektedir. Bası yaraları da geriatrik bireylerde ciddi sonuçlara yol açmaktadır. Bası yaraları; yaygın, maliyetli ve güçten düşürücü kronik yaralardır ve sıklıkla ileri yaştaki, fiziksel veya bilişsel bozuklukları olan ve birden fazla komorbiditesi olan kişilerde görülür. Basınç ülseri olan bireylerde yaşam kalitesi düşmekte, morbidite ve mortalite artmaktadır (1). Prevalans oranları %3.4-32.4 arasında değişmektedir (2). Amacımız bakım evimizdeki yara bakım sürecinin bilimsel platformda paylaşılmasıdır.

Yaşlı bakım evimize kabulü sırasında Evre 3-4 bası yarası olan 5 sakinimizin yaralarının bakımları, rehabilitasyon uygulamaları, beslenme programları düzenlenerek bu bildiride bakım yönetiminin sonuçları değerlendirildi.

Kurum sakinlerimizin 2’si erkek, 3’ü kadın olup, yaş ortalaması 83 yıl idi. Sakinlerimizin tamamı yatağa bağımlıydı. Bakımları sürecinde tüm sakinlerimiz mobilize hale geldiler. Sakinlerimizden ikisinde kolon kanseri, ikisinde hipertansiyon, birinde kalp yetmezliği, üçünde demans, birinde anksiyete bozukluğu tanıları mevcuttu. Sakinlerimizin biri hariç başvuruları sırasında VAC tedavisi uygulandığı tespit edildi. Tüm sakinlerimizde sakrumda Evre 3-4 yara mevcuttu. Bunun dışında bir sakinimizin sırtında iki skapula arası bölgede yaklaşık 10x7 cm Evre 3 ve ayak topuğunda 5x3 cm Evre 3; bir sakinimizin topuklarında ve ayak lateralinde bası yaraları mevcuttu. Tüm sakinlerimizin vücut kitle indeksleri 18’in altında olarak hesaplandı. Eski laboratuvar tetkikleri incelenen sakinlerimizin albümin eksikliği, D vit. eksikliği, ve anemileri saptandı. Bakım sürecindeki kurum sakinleri haftada en az 3 gün kurum fizyoterapisti tarafından fizik tedavi programına alındı. Beslenmeleri diyetisyen kontrolünde sağlandı. 3 öğün ana, 2 öğün ara şeklinde beslenmeleri sağlandı. Kişiye özel içerikli beslenme ürünleri kullanıldı. Vitamin ve mineral takviyesi yapıldı. Günde 2 defa rutin yara pansumanları debridmanları yapıldı. Havalı yatak kullanıldı. 2 saatte bir pozisyon verildi. Sıvı alımları düzenlendi.

Bası yaralarının önlenmesinde ilk basamak riskli bireylerin saptanmasıdır. Kişinin bilişsel fonksiyonları da göz önüne alınarak yapılacak detaylı değerlendirme ve bakım planı ileride kötü sonuçlara yol açılmasını önleyecek, bireyin yaşam kalitesini arttıracaktır. Bası yarası tedavisi multidisipliner ekip tarafından yönetilmesi gereken bir tedavi sürecidir.

ANAHTAR KELİMELEER: Bası yarası, geriatrik bireyler, bakımevi, yara bakımı

S-07 - Evlilik öncesi taramalarda yapılan tetkiklerin değerlendirilmesi Bursa örneği

Sözel Bildiri /

SALİH METİN¹

**¹BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ
BAŞKANLIĞI,**

Aile, toplumun temeli ve çekirdeğidir. Evlenme, eşler arasında beraber yaşamaya ve karşılıklı yardım etmeye imkân veren ve her iki tarafada çeşitli sorumluluklar yükleyen bir sözleşmedir. Türkiye Cumhuriyeti kanunlarına göre evlenmeye karar veren bireylerden sağlık raporu istenmesi zorunlu tutulmuştur. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun; 122, 123 ve 124’üncü maddeleri evlenme başvurusunda bulunan kişilerin tıbbi muayene mecburiyetini beyan etmiş;cinsel yolla bulaşan bazı hastalıkları tedavi etmeden ve akli yönden dengesizliği olanların evlenmelerini yasaklamıştır. Günümüzde evlilik öncesi tarama kapsamında fiziki muayene ile beraber eşlerden HbsAg, AntiHBS, AntiHCV, AntiHIV, VDRL-TPHA, Kan grubu, Tam kan sayımı, Hemoglobin Elektroforezi tetkikleri istenmektedir.

Bu çalışma 01.01.2021-01.10.2021 tarihleri arasında Bursa geneli aile hekimliği birimlerine evlilik raporu için başvuran 4364 bireyin laboratuvar sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi ile yapılmıştır. Tetkikleri tamamlanmamış ve eksik bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya alınan 4364 kişinin %50’si (n=2182) kadın, %50’si (n=2182) erkek idi. Çalışmaya alınanların %1,12’ünde (n=49) HbsAg pozitifliği bulunmakta iken, %0,29(n=13)nde AntiHCV pozitifliği, %0,41(n=18)nde VDRL-TPHA pozitifliği saptanmıştır. Hiçbir bireyde AntiHIV pozitifliği saptanmamıştır. AntiHBS düzeyi tarama yapılanların %68,3 ünde (n=2982) pozitif iken, % 31,7 sinde (n=1382) negatifti. HbF sonucu 14 bireyde anlamlıydı (Hbf düzeyi >2) ve bu bireyler hematoloji bölümüne yönlendirildi. TURHEP çalışmasına göre,Türkiye de seropozitiflik HbsAg de %4, AntiHCV de %1, AntiHBS de %31,9 bulunmuştur. Kan donörlerinde yapılan bir çalışmada ise kan donörlerin %2.2 HbsAg pozitifliği, %0.4 nde Anti-HCV pozitifliği ve %0.1 VDRL testi seropozitifliği saptanmıştır.Çalışmamızda HbsAg pozitifliği ve Anti HCV pozitifliği TURHEP sonuçlarına göre daha düşük bulundu. AntiHBS pozitifliği, çalışmamızda %68,3 ile daha diğer araştırmalar göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuçta Hepb Aşısının bilinirliğinin fazla olması aile hekimlerinin aşılarmayı önermesi etkili olabilir.

Evlilik öncesi sağlık raporları, gelişen dünyada evlilik ile görülmesi muhtemel bulaşıcı hastalıkların tedavisi ve doğacak olan nesillerde görülebilecek bazı hastalıkların engellenmesi amacıyla tanı ve danışmanlık hizmeti verilmesi açısından önem arz etmektedir. Toplum sağlığını tehdit eden önemli bir konu olan cinsel yolla bulaşan hastalıkların da önlenmesi, erken tanı konulması ve sağlıklı nesillerin gelişmesi hususlarında aile sağlığı merkezlerine ve çalışan ekibe büyük bir rol düşmektedir.

ANAHTAR KELİMELEER: Evlilik öncesi muayeneler, Bulaşıcı hastalıklar, Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

S-08 - Hemodiyaliz Hastalarında AV Fistüllerde Gelişen Sorunların Biyokimyasal Parametreler ile İlişkisi

Sözel Bildiri /

SALİH METİN¹

**¹BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KAMU HASTANELERİ HİZMETLERİ
BAŞKANLIĞI,**

Bursada Gemlik Devlet Hastanesi Diyaliz Birimine kayıtlı hastaların sık karşılaştığı problemlerden olan av fistül sorunlarını erken tespit edebilmek amacıyla biyokimyasal belirteçlerden yararlanmak.

İlimiz diyaliz birimi sorumluluğu Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.01.08.2021- 31.08.2021 tarih aralığında diyaliz ünitesinde kayıtlı olan ve aktif olarak hemodiyaliz yapılan hastalar retrospektif olarak dosyaları taranarak çalışmaya alındılar.

2021 Ağustos ayı sürecinde Gemlik Devlet Hastanesinde sistemde kayıtlı toplam hasta sayısı 81 olup, hastaların yaş ortalaması 60,8 iken % 61'i 60-89 yaş grubundadır. Ortalama 4,3 yıldır hemodiyalize devam etmekteydiler. 81 hastanın 28'i (% 34,5) kadın,53'ü (% 65,5) erkekti.1 hasta haftada tek seans,26 hasta haftada iki seans,54 hasta haftada üç seans diyaliz almaktaydı.17 hastada kronik hastalık bulunmamaktaydı 64 hastada bir ve birden fazla kronik hastalığı mevcut idi. 56 hastada hipertansiyon(HT),25 hastada diyabetes mellitus(DM),10 hastada koroner arter hastalığı (KAH) mevcut idi.81 hastaya diyaliz öncesi bakılan kan tetkiklerinde ortalama hemoglobin değeri 11,1 idi.81 hastanın 72sinde kronik hastalık anemisi mevcuttu.Hemodiyaliz hastalarının kan kreatinin ortalaması 7,65, Glomerüler Filtrasyon Hızı(Gfr) ortalaması 8,96, Mean Corpusculer volüme(MCV) ortalaması 91,4,Ortalama Platallet sayısı 245,Platellet distrubiton withd (PDW)ortalaması 17,6 olarak bulundu. 81 hastanın 79 u covid aşısı tam olarak uygulanmıştı. 2 hasta covid 19 aşısını reddetmişti. 40 hasta bir önceki yıl pnömokok aşısı olmuştu. 81 hastanın 4 tanesi son 5 yılda iskemik bir problem yaşamıştı iskemik problem yaşayan bu dört hastanın hepsinde hipertansiyon rahatsızlığı mevcuttu ve 5 yıldan fazla zamandır haftada 3 seans hemodiyaliz almaktaydı ve bu dört hasta da ortak olarak av fistül problemi meydana gelmişti. 81 hastanın 37 si son 5 yıl içinde av fistül ile ilgili bir problem yaşamıştı. Av fistül problemi yaşamış 37 hasta ile diğer grup için yapılan Mann-Whitney U testinde Kalsiyum(Ca), hemoglobin(Hgb), MCV, PDW ve PLT değerleri için istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Tanısal test için yapılan ROC analizinde sensitivite, spesivite ve AUC değerleri sırasıyla;Ca: 8,6 için %68, %43, 0,554,Hgb: 10,5 için %73, %29, 0,404, MCV:95,2 için %50, %56, 0,453, PDW: 17,52 için %52, %29, 0,355, PLT: 249 için %52, %56, 0,549 olarak hesaplandı.(Tablo1)

Düzenli olarak hemodiyaliz alan hastalarımızın Av fistül problemlerinin laboratuvar parametreleri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasına rağmen yapılan tanısal testler, oluşan farkın klinik olarak kullanım için yeterli olmadığını göstermiştir

ANAHTAR KELİMELEER: hemodiyaliz, trombosit ortalama volümü,av fistül