



# 2. ULUSAL DENİZLİ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

7-10 MART 2019

Colossae Termal Hotel, Denizli  
[www.dahedkongre.com](http://www.dahedkongre.com)



## BİLDİRİ KİTABI

**AIHF**

Organizasyon Sekreteryası  
**MOTTO**  
[www.motto.tc](http://www.motto.tc)

0232 446 06 10  
[info@motto.tc](mailto:info@motto.tc)

# İÇİNDEKİLER

	<u><i>Sayfa</i></u>
DAVET	3
KURULLAR	4
BİLİMSEL PROGRAM	5-6
KONUŞMACI ÖZETLERİ	7-18
SÖZEL BİLDİRİLER	19-42
POSTER BİLDİRİLER	43-45

Değerli Meslektaşlarımız,

Birinci Ulusal Denizli Aile Hekimliği Kongresi'ni 22-25 Mart 2018 tarihinde yoğun ilginizle ve yüksek bilimsel katılım oranlarıyla tamamlamış bulunmaktayız. Katılımcılarımızdan aldığımız olumlu geri dönüşler kongremizin sosyal faaliyetlerinde yaşanan sınırsız dostlukların ikinci kongremizde artarak devam edeceğini umut ediyoruz. Kongre hazırlama sürecinde edindiğimiz tecrübe ile sizlerden gelen geri bildirimlerle ikinci kongremizi daha da iyilere taşımak için gayretlerimiz sürüyor.

07-10 Mart 2019 tarihinde Colassae Thermal&SPA otelde Ulusal Denizli Aile Hekimliği kongremizin ikincisini gerçekleştirmeyi planlıyoruz. Yoğun bilimsel programlar ve alanında birikimli hocalarımızın sunumlarıyla siz değerli meslektaşlarımızın, aile hekimliğinde sık karşılaşılan mesleki konuları ve aile hekimliğinin genel sorunlarını kapsayacak panel, sunum ve sempozyumlarda bizlerle birlikte olmanızdan ve sizleri ilimizin turizm beldesi Pamukkale’imizde ağırlamaktan mutluluk duyarız.

Denizli Aile Hekimleri Derneği olarak Aile Hekimliği Tıp Disiplinine yepyeni bir kongre heyecanı eklemenin mutluluğunu yaşamaktayız. Aile Hekimleri arasında Türkiye’nin en örgütlü illerinden birisi olan Denizli, Aile hekimliği alanında bilimsel olarak yenilenmek ve mesleğe motive olmuş olarak devam edebilmek için tüm gayreti ile çalışmaya devam edecektir.

Gelin hep birlikte hem değerli konuşmacılarımızla mesleki bilgilerimizi karşılıklı tartışarak güncelleyelim, hem ilimizdeki güzellikleri gezelim, hem de Karahayıt kaplıcalarında dinlenelim. Siz değerli katılımcılarımızın desteği ile Ulusal Denizli Aile Hekimliği Kongremiz ülkemizde Aile hekimliğini daha da yukarılara taşımakta katkı sunsun.

**Dr. F. Bilge KARAOMCA ÖK**  
Kongre Bilimsel Kurulu Başkanı

**Dr. Hasan GÖKÇE**  
Kongre Düzenleme Kurulu Başkanı

**Dr. İbrahim ÖK**  
Kongre Genel Sekreteri

**KONGRE DÜZENLEME KURULU BAŞKANI**

DR. HASAN GÖKÇE

**KONGRE BİLİMSEL KURULU BAŞKANI**

DR. F. BİLGE KARAOMCA ÖK

**KONGRE GENEL SEKRETERİ**

DR. İBRAHİM ÖK

**KONGRE BİLİMSEL KURUL ÜYELERİ**

DR. FATMA BİLGE KARAOMCA ÖK

UZM. DR. NİLÜFER EMRE

DR.İBRAHİM ÖK

DR. MELDA KARATEPE

DR.HARUN TEKE

UZM. DR. SAVAŞ COŞKUN

DR.SİNEM GÜNDOĞDU

DR. HASAN GÖKÇE

**KONGRE DÜZENLEME KURULU ÜYELERİ**

DR.HASAN GÖKÇE

DR.ÖZGÜR ÖZDAĞ

DR.SÜLEYMAN UZUN

DR.YAŞAR ALTIN

DR. BİLAL BATKAN

DR.AYŞE BURCU BAŞKAN

DR. FATMA BİLGE KARAOMCA ÖK

UZM. DR. NİLÜFER EMRE

DR.ASİM MURAT ÖZTÜRK

DR.İBRAHİM ÖK

DR. SUAT ERİM

DR. ARİF İLKER KOCAKARIN

DR. HARUN TEKE

DR. HİLMİ YENİEV

**DENİZLİ AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ YÖNETİM KURULU**

DR.HASAN GÖKÇE-DAHED YÖNETİM KURULU BAŞKANI

DR.ÖZGÜR ÖZDAĞ-DAHED YÖNETİM KURULU İKİNCİ BAŞKANI

DR.SÜLEYMAN UZUN-DAHED YÖNETİM KURULU GENEL SEKRETERİ

DR.ASİM MURAT ÖZTÜRK –DAHED YÖNETİMKURULU SAYMANI

DR. FATMA BİLGE KARAOMCA ÖK- DAHED YÖNETİM KURULU ÜYESİ

DR. HİLMİ YENİEV -DAHED YÖNETİM KURULU ÜYESİ

DR.AYŞE BURCU BAŞKAN –DAHED YÖNETİM KURULU ÜYESİ

## 2. ULUSAL DENİZLİ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ BİLİMSEL PROGRAM

### 2. ULUSAL DENİZLİ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ 7-10 MART 2019

#### Bilimsel Program

#### 7 MART 2019 - PERŞEMBE

09.00-12.00 KAYIT

11.00-12.00 AÇILIŞ

#### 12.00-13.00 ÖĞLE YEMEĞİ

Oturum Başkanları: **Dr. İbrahim ÖK , Dr. Harun TEKE**

13.00-13.40 Aile Hekimliğinde Periyodik Muayeneler  
**Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL**

Oturum Başkanları: **Dr. Melda KARATEPE, Dr. Müslüm KURT**  
13.50-14.30 Kadın Kalp Sağlığı  
**Prof. Dr. Nurcan ARAT**

Oturum Başkanları: **Uzm. Dr. Nilüfer EMRE, Uzm. Dr. Evrim AKÇAN PARLAZ**  
14.40-15.20 Ergen Sağlığı  
**Uzm. Dr. Nurdan TEKGÜL**

Oturum Başkanları: **Uzm. Dr. Burcu ÖNAL, Dr. Mehmet AFACAN**  
15.30-16.00 Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu  
**Dr. Öğr. Üyesi Bürge KABUKÇU BAŞAY**

#### 16.00- 16:30 KAHVE MOLASI

Oturum Başkanları: **Dr. Özlem GÜNER, Dr. Can KİRİŞÇİ**  
16.30-17.00 Gebelikte D Vitamini Kullanımı  
**Dr. Öğr. Üyesi Cihan KABUKCU**

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Levent TUNCAY, Dr. Ali ÖZEROĞLU**  
17.10-17.50 Aile Hekimliğinde Prostat, Üriner Sistem Taş Hastalıkları ve Eretil Disfonksiyona Yaklaşım  
**Prof. Dr. Levent TUNCAY, Prof. Dr. Tahir TURAN, Dr. Öğr. Üyesi Yusuf ÖZLÜLERDEN, Dr. Öğr. Üyesi Sinan ÇELEN**

#### 8 MART 2019 - CUMA

Oturum Başkanları: **Dr. Nilüfer KILIÇKAP, Dr. Kutbettin DEMİR**  
09.00-09.40 Aile Hekimliğinde Gebe Takibi ,Riskli Gebeliklere Yaklaşım ve Servikal Smear Değerlendirmesi  
**Dr.Öğr. Üyesi Ümit ÇABUŞ**

Oturum Başkanları: **Dr. Belma DİNÇER, Dr. Reha Şevki ÜNSAL**  
09.50-10.30 Olgularla Göğüs Hastalıkları  
**Prof. Dr. Göksel ALTINIŞIK ERGUR**

#### 10.30-11.00 KAHVE MOLASI

Oturum Başkanları: **Dr. Kadir UĞUR, Dr. Yusuf BAŞAK**  
11.00-11.40 Çocuklarda İdrar Yolu Hastalıklarına ve İşeme Bozukluklarına Yaklaşım  
**Prof. Dr. Selçuk YÜKSEL**

#### 11.50-12.30 Uydu Sempozyumu

Oturum Başkanları: **Dr. Hilmi YENİEV, Dr. Arzu GÜNGİRAY**



Psoriasis

**Prof. Dr. Nida KAÇAR**

#### 12.30-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ

Oturum Başkanları: **Dr. Harun TEKE, Dr. Birol KOCAMAN**  
13.30-14.10 Aile Hekimliğinde Dermatolojik Hastalıklara Yaklaşım  
**Prof. Dr. Ertuğrul AYDEMİR**

Oturum Başkanları: **Dr. Sinem GÜNDOĞDU, Dr. Recep PEHLİVAN**  
14.20-15.00 Aile Hekimliğinde Kolon ve Meme Kanseri Erken Tanı Yöntemleri ve Takibi  
**Prof. Dr. Anıl ÇUBUKCU**

#### 15.00-15.30 KAHVE MOLASI

Oturum Başkanları: **Dr. Ahmet GÜNDOĞDU, Dr. Yakup ŞAHİN**  
15.30-16.10 Aile Hekimliğinde Baş Ağrılara Yaklaşım  
**Prof. Dr. İbrahim AYDOĞDU**

Oturum Başkanları: **Dr. Birdal KAZAKOĞLU, Dr. Özlem SEZEN**  
16.20-17.00 Türkiye ve Avrupada Aile Hekimliği Uygulamasının Karşılaştırılması  
**Uzm. Dr. Çağdaş ÇALIŞIR- Londra A.H.**  
**Dr. İbrahim ÖK - DENİZLİ A.H.**

#### 9 MART 2019 - CUMARTESİ

Oturum Başkanları: **Dr. Bilal BATKAN, Dr. Ali ERBAŞ**  
09.00-09.40 Hışıltılı Solunumu Olan Çocuğa Yaklaşım  
**Uzm. Dr. Faruk DEMİR**

Oturum Başkanları: **Dr. Abdülaziz ÜNAL, Dr. Mustafa IŞIKLI**  
09.50-10.30 Dünyada Çocuk Aşı Programları ve Türkiye  
**Doç. Dr. Feyza KOÇ**

#### 10.30-11.00 KAHVE MOLASI

Oturum Başkanları: **Dr. Birol BOZBEK, Dr. Muharrem GÖRGEL**  
11.00-11.40 Cemal Cingi ile Rinit  
**Prof. Dr. Cemal CİNGİ**

#### 11.50-12.30 Uydu Sempozyumu

Oturum Başkanları: **Dr. Arif İlker KOCAKARIN, Dr. Esin Ayfer ÇULHA DİLDÖK**

Aile Hekimliğinde Olgularla Ağrı Tedavisi  
**Prof. Dr. Fusun ŞAHİN**



#### 12.30-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ

Oturum Başkanları: **Dr. Işıl KAVŞUT, Dr. Hüseyin KÖZ**  
13.30-14.20 Diyabet Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, Klavuzlar. Yeni Nesil İlaçlar  
**Prof. Dr. Şevki ÇETİNKALP**

Oturum Başkanları: **Dr. Meryem MERT, Dr. Fevzi TURGUT**  
14.30-15.10 Aile Hekimliğinde Böbrek Hastalıklarına Yaklaşım  
**Prof. Dr. Ayşegül ZÜMRÜTDAL**

#### 15.20-15.50 KAHVE MOLASI

Oturum Başkanları: **Dr. Süleyman UZUN, Uz. Dr. Kazım TIRPAN**  
15.50-16.30 Erişkinde Pnömonokok Aşılama  
**Prof. Dr. Oğuz KILINÇ**

Oturum Başkanları: **Dr. Asım Murat ÖZTÜRK, Dr. Melda KARATEPE**  
16.30-17:00 Hekime Yönelik Şiddet Olgusunun Toplumsal Nedenleri Üzerine  
**Prof. Dr. Ali ERGUR**

#### 20.00 GALA YEMEĞİ

#### 10 MART 2019 - PAZAR

09.00-10.00 Sözel Bildiri Sunumları  
Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Göksel ALTINIŞIK ERGUR, Doç. Dr. Kenan TOPAL**

10.00-10.30 Akılcı İlaç Kullanımı  
**Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer EMRE**

# **KONUŞMACI ÖZETLERİ**

## GEBELİKTE D VİTAMİNİ KULLANIMI

Dr. Öğr. Üyesi Cihan KABUKÇU

Pamukkale Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

D vitamini yağda eriyen bir vitamindir. İnsan sağlığında önemli rol oynayan D vitaminin kolekalsiferol (D3 vitamini) ve ergokalsiferol (D2 vitamini) olmak üzere iki kaynağı bulunmaktadır. Kolekalsiferol güneşin ultraviyole (UV) ışınlarının etkisiyle deride 7-dehidrokolesterolden yapılı ve D vitaminin temel kaynağını oluşturur.

Diyetle alınan ve deriden endojen üretilen vitamin D, karaciğerde hidroksilasyona uğrayarak 25-hidroksivitamin D'ye dönüşür. Ardından çoğunlukla böbreklerde hidroksilasyon ile fizyolojik olarak aktif formu olan 1,25 hidroksivitamin D'ye dönüşür. 25(OH)D'nin 1,25(OH)<sub>2</sub>D'ye dönüşüm mekanizmasında paratiroid hormonu rol oynamaktadır. Bu hormonun yokluğunda 1,25(OH)<sub>2</sub>D oluşamaz. Her iki vitamin de aktiftir. 1,25(OH)<sub>2</sub>D'nin aktifliği 25(OH)D'den birkaç yüz kat fazladır. Ancak serum 25(OH)D düzeyi ise 1,25(OH)<sub>2</sub>D düzeyinden 1000 kat fazladır. Dolaşımdaki 1,25(OH)<sub>2</sub>D düzeyi büyük ölçüde böbreklerdeki 1 $\alpha$ -hidroksilaz enzimi tarafından sıkı bir şekilde kontrol edilir.

Vitamin D'nin kalsiyum, fosfor dengesindeki ve kemik mineralizasyonundaki rolü bilinmektedir. D vitamini, sağlıklı yaşamın sürdürülmesi için gerekliliği tartışılmaz bir vitamindir; kas gücünü ve immun sistemin güçlenmesini destekler, inflamasyonun azalmasını, ince bağırsaklardan kalsiyumun emilimini sağlar, kemik mineralizasyonu, güçlenmesi ve yoğunluk artışında gerekli olan kalsiyum ve fosfatın kanda yeterli düzeyde sürdürülmesini sağlar, kemik büyümesi ve onarımı görevleri arasındadır.

Gebelikte maternal vitamin D düzeyleri, maternal ve fetal kalsiyum homeostazını etkiler. Fetus; vitamin D ihtiyacını anneden, plasental geçiş yolu ile sağlar. Yenidoğan kord kanı 25(OH)D düzeyi anne kanı ile koreledir. Vitamin D ayrıca; plasental implantasyon, immun fonksiyonlar, inflamatuvar yanıt ve glukoz homeostazi üzerine etkilidir. Ayrıca hücrelerin farklılaşmasında, paratiroid hormon ve insülin hormonu metabolizmasının düzenlenmesi ve salgılanmasında rol oynadığı bilinmektedir.

D vitaminin en önemli etkisi kalsiyum, fosfor metabolizması ve kemik mineralizasyonu üzerine olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte son yıllarda, D vitamini eksikliği ve yetersizliğinin yaygın kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, enfeksiyöz ve otoimmün hastalıkların dahil olduğu bir çok kronik hastalıkla ilişki içinde olduğu bulunmuştur. D vitamini eksikliği artık küresel bir salgın olarak kabul edilmektedir. İngiltere'de yakın zamanda yapılan bir çalışmada; kış ve bahar dönemlerinde erişkin popülasyonun %50'sinden fazlasında D vitamini yetersizliği, %16'sında da ciddi D vitamini eksikliği saptandığı bildirilmiştir. Ülkemizden Uçar ve ark. son yıllarda Ankara bölgesinde yaptıkları bir çalışmada; oldukça yüksek oranda (%51,8) D vitamini eksikliği ve %20,7 oranında D vitamini yetersizliği tespit edilmiştir.



Kan D vitamini seviyesi için kanda 25(OH)D düzeyine bakılmalıdır. Biyolojik aktif form 1,25(OH)<sub>2</sub>D ideal ölçüm için uygun değildir. Çünkü yarı ömrü 4-6 saat kadar kısa ve dolaşımdaki düzeyleri 25(OH)D'den 1000 kat daha düşüktür. D vitamini eksikliği ve yetersizliğinin tanımlanması ve 25(OH)D düzeyinin normal aralığının saptanması için birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların ışığında; 25(OH)D düzeyi 20 ng/mL'den düşük ise D vitamini eksikliği, 21 ile 29 ng/mL arasında ise D vitamini yetersizliği, 30 ng/mL'den yüksek ise yeterli düzey (tercih edilen aralık 40-60 ng/mL) ve 150 ng/mL'den yüksek ise D vitamini intoksikasyonu olarak kabul edilmektedir.

Yeterli vitamin D sentezi çeşitli faktörlere bağlıdır. En önemlilerinden biri; güneş (ultraviyole) ışınlarının ciltten penetre olmasıdır. Uzun süre kapalı ortamlarda kalma ve yaygın güneş koruyucu kullanımı; daha az vitamin D üretimine neden olur. Hangi enlemde ve yılın hangi sezonunda olduğuna bağlı olarak ultraviyole ışınlarının miktarı ve kalitesi değişir. Vitamin D üretimini azaltan diğer faktörler; yaşlanma, koyu tenli olma, kapalı giyim, obezite, vejeteryan olma, malabsorbsiyona neden olacak hastalığa (kistik fibrozis, kolestatik karaciğer hastalığı, inflamatuvar barsak hastalığı, kısa barsak sendromu vb.) sahip olmaktır. Mevsimsel değişim gebelikte vitamin D eksikliği riskini arttırmaktadır. Kış aylarında yaz ayları ile kıyaslanınca daha yüksek prevalansta vitamin D eksikliği görülmektedir.

Gebelikte maternal vitamin D düzeyleri, maternal ve fetal kalsiyum homeostazını etkiler. Fetus; vitamin D ihtiyacını anneden, plasental geçiş yolu ile sağlar. Yenidoğan kord kanı 25(OH)D düzeyi anne kanı ile koreledir. Vitamin D ayrıca; plasental implantasyon, immun fonksiyonlar, inflamatuvar yanıt ve glukoz homeostazı üzerine etkilidir. Yapılan çalışmalarda; düşük vitamin D düzeyi ile birtakım gebelik komplikasyonları arasında ilişki bulunmuştur. Bunlar arasında; preeklampsi, gestasyonel diabetes mellitus (GDM), gebelik haftasına göre küçük (SGA) bebek doğurma, sezaryen oranı artışı ve preterm doğum bulunmaktadır.

Gestasyonel diabetes mellitus ve bozulmuş glukoz toleransı maternal, fetal ve neonatal iyilik halini etkiler. Epidemiyolojik çalışmalarda vitamin D eksikliği ve tip 2 diyabet ve gestasyonel diyabet arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir. Son zamanlarda; epidemiyolojik çalışmalar gebelikteki düşük vitamin D düzeyi ve preeklampsi insidansı arasında ilişki göstermiştir. Vitamin D eksikliği; inflamasyon bağımlı vasküler endotelial disfonksiyon ile ilişkilidir. Vitamin D'nin preeklampsi riskini değiştirmesi üzerindeki mekanizması aydınlatılamamıştır.

Gebelikte tek başına rutin oral D vitamini desteği preterm doğum ve preeklampsi oranlarını %15'den %9'a düşürdüğü gösterilmiştir. Fakat meta-analiz sonucunda bilginin kanıt düzeyi, düşük olarak kabul edilmiştir. Ölü doğum, sezaryenda ise sonuçlara olumlu etki tespit edilmemiştir.

Ülkemizde, 2011 yılında gebelere yönelik D vitamini destek programı başlatılmıştır. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından 'Gebelere D Vitamini Destek Programı' konusunda bir genelge yayınlanarak 09 Mayıs 2011'den itibaren bu programın tüm ülke çapında uygulanmaya başlanması hedeflenmiştir. Bu program kapsamında tüm gebelere günde tek doz 1200 IU (9 damla) D vitamini on ikinci haftadan sonra başlanarak doğum sonrası altı ay süresince

verilmesi önerilmekte, böylece her anneye 12 ay boyunca D vitamini desteği sağlanacağı belirtilmektedir. Vitamin desteği başlandıktan sonra annenin hiperkalsemi bulguları (iştahsızlık, bulantı, kabızlık, polüri, polidipsi) bakımından değerlendirilmesi, hiperkalsemi bulguları olanların serum kalsiyum, serum 25(OH)D ve idrar kalsiyum düzeylerinin ölçülmesi, hiperkalsemi bulguları olmayanlarda doğum sonrası 6. ay sonuna kadar D vitamini desteğine devam edilmesi önerilmektedir.

Sonuç olarak; gebelik ve emzicilik dönemindeki D vitamini eksikliği ve yetersizliği hem anne sağlığını hem de bebek sağlığını ve her ikisinin ileriki yaşamlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hem annede hem de bebekte D vitamini yetersizliği ve eksikliğini önlemek için gebelik döneminde ek olarak 400-1.600 IU arasında D vitamini desteği yapılabilir. Gebelerin yaşam alışkanlığı ve giyim tarzı, deri rengi, kilosu gibi özelliklerine göre haftada en az üç kez doğrudan güneş ışınlarıyla karşılaşması önerilmelidir.

#### Kaynakça:

- 1) Guyton AC, Hall JE. Bölüm 79: Paratiroid Hormonu, Kalsitonin, Kalsiyum ve Fosfat Mekanizması, D vitamini, Kemik ve Dişler. Eds.: Çavuşoğlu H, Çağlayan Yeğer B. Tıbbi Fizyoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007, 11. Basım, p. 978-994.
- 2) Açıkgöz, A, Günay, T, & Uçku, R. (2013). Gebelikte D Vitamini Gereksinimi ve Desteklenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(5).
- 3) Erata YE, Güçlü S. Gebelikte Vitamin Desteği. *Perinatoloji Dergisi*, 2003; 11:13-9.
- 4) Fidan, F, Alkan, B. M, & Tosun, A. (2014). Çağın pandemisi: D vitamini eksikliği ve yetersizliği. *Türk Osteoporoz Dergisi*, 20, 71-4.
- 5) Akdulum FC. (2015). Maternal vitamin D eksikliğinin nedenleri, gebeliğe ve fetus üzerine etkileri. Uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

## ÇOCUKLARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dr. Öğr. Üyesi Bürge KABUKÇU BAŞAY

Pamukkale Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), kalıcı ve sürekli olan dikkat süresinin kısalığı, engellemeye yönelik denetim eksikliğine bağlı olarak davranışlarda ya da bilişte ortaya çıkan ataklık ve huzursuzlukla seyreden, bu belirtiler nedeni ile bilişsel, akademik, davranışsal, duygusal ve sosyal işlevsellik alanlarında bozulmaların görüldüğü bir bozukluktur.

Literatürde ilk kez 1902 yılında, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bulguları gösteren bir olgu, Still tarafından tanımlanmıştır. 1968’de DSM II’ye (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) “Çocukluk Çağı Hiperkinetik Reaksiyonu” olarak giren bozukluk, günümüzde kullandığımız “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” (DEHB) ismini DSM-III-R (1987) ile almıştır. DEHB’nin havuz yaygınlığı (pooled prevalence) Polanczyk ve ark. tarafından (2007) tüm dünyada yürütülen araştırmaların derlenmesiyle yapılan bir çalışmada %5.3 olarak bildirilmiştir. DEHB erkeklerde kızlara göre 7 kat daha fazla görülmektedir.

DEHB, genetik etkenlerin rahatsızlığın gelişiminde ön planda olduğu nörobiyolojik bir bozukluktur. Etiyolojisinde kalıtımın etkisi birçok ruhsal rahatsızlıkta olduğundan fazla, boyun kalıtılabilirliğine yakın düzeydedir. Ailede yakın akrabalarda (anne, baba, kardeş) DEHB varlığında bozukluğun görülme oranı belirgin şekilde artmaktadır.

Nörobiyolojik bir bozukluk olarak tanımlanan DEHB’den etkilenmiş bireylerin beyinlerinde farklılıklar olduğu gösterilmiştir. Özellikle, “prefrontal korteks”, “singulat girus”, “kaudat nukleus” ve “serebellumda” farklılaşma, yapısal beyin görüntüleme çalışmalarıyla ve işleyişin değerlendirildiği, f-MRI VE SPECT çalışmalarıyla gösterilmiştir. Ayrıca ödül ve haz ile ilgili olan “ventral tegmental alanın”, dürtü ve emasyon kontrolüyle ilgili “orbitofrontal korteksin” DEHB’de etiopatogeneizde rol aldığı belirtilmiştir. DEHB’li bireylerde beyin korteks maturasyonunun yaşlara göre 2 yıl gecikmeli geldiği anlaşılmıştır (Shaw ve ark. 2007). DEHB’de “yürütücü işlevlerin” (executive functions) etkilendiği ve “işleyen bellekte” sorun olduğu (working memory) nörobiyolojik testlerle gösterilmiştir. Etiyolojide nörolojik etmenlerden “dopamin” ve “noradrenalin” sistemlerinin öncelikle mesul olduğu bilinmektedir. Dopamin ve noradrenalin, dikkatin başlatılması, sürdürülmesi, odaklanma, parazit ses ve uyarıların baskılanması, önceliklerin belirlenmesi, planlama, organizasyon, gereksiz tepki ve davranışların kontrol edilmesi, haz, emasyon regülasyonu, yönetsel operasyonların düzenlenmesi, dikkatin gerektiği gibi yeni uyarıların çevrilmesinin sağlanması (attention shift), uyarılara takılıp kalmanın (overfocus) engellenmesi, görev ve işlevi gerektiği gibi başlatıp gerektiği gibi uygun zamanda bitirebilmesi gibi beyin işlevlerinde temel olarak görev alan nörotransmitterlerdir. DEHB’de bu nörotransmitterlerin işleyişinde aksaklık olduğu bilinmektedir.

DEHB'nin gelişiminde çevresel etmenlerden, anne karnında sigara ve toksinlere maruz kalma, kurşun ve ağır metal maruziyeti, düşük doğum ağırlığı ve kafa travması da suçlanmıştır. Ayrıca psikolojik faktörlerin (ebeveyn tutumları ile ilişkili faktörler, okul- arkadaş, öğretmen ilişkili faktörler) de DEHB'nin gidişinde belirleyici olduğu bilinmektedir. Ancak psikolojik faktörler nörobiyolojik, genetik zeminin olmadığı kişilerde DEHB'nin ortaya çıkmasına neden olması söz konusu değildir. Fakat bozukluk varlığında, olumsuz çevresel-psikolojik koşullar bozukluğun seyrini ağırlaştırıp, ek tanılarının gelimine zemin hazırlarken, olumlu koşulların olması halinde de bozukluğun seyri iyileşmekte ve uyum, belirgin şekilde artmaktadır.

DEHB tanısı için dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite-impulsivite alanında 9'ar kriterden en az altısı karşılanmalı, bu yakınmalar çocuğun işlevselliğinde bozulmaya neden olmalı, en az iki ortamda (okul, ev vb.) gözlenmeli, başka bir rahatsızlıkla daha iyi açıklanamamalı ve de en geç 12 yaşında önce başlamış olmalıdır. DEHB tanısı koymada belirleyici bir tanı aracı, test, beyin görüntüleme yöntemi vs. yoktur. Tanı, çok iyi alınan bir anamnez, klinik gözlem; ayrıca okul ve aileden alınan bilgi ile konulur. Belirtiler yalnızca dikkat eksikliği alanında (dikkat eksikliği baskın tip), yalnızca hiperaktivite-impulsivite alanında (hiperaktivite baskın tip) veya her iki alanda (kombine tip) olabilir. Dikkat eksikliği baskın tipin görülme oranı %30-40 arasında, hiperaktivite-impulsivite baskın tipin görülme oranı %10'larda ve kombine tipin görülme oranı % 50-60 arasında olmaktadır. DEHB'de hiperaktivite-impulsivite ilişkili yakınmaların şiddeti yıllar içerisinde azalabilirken, dikkat eksikliği ilişkili yakınmaların şiddetinde bir değişiklik olmamakta, ergenlik yıllarında da devam etmektedir.

DEHB' ye diğer tanılarının eşlik etmesi klinik pratikte oldukça sık görülen bir durumdur. Tik Bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, özel öğrenme bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu sıklıkla eşlik eden tanılardır. Eş tanılarının belirlenmesi ve tedavi edilmesi, DEHB'nin seyrinde önemlidir.

DEHB, doğru tanınıp tedavi edilmediğinde önemli kayıplara neden olabilen, akademik başarıyı ve kişiler arası ilişkileri belirgin şekilde bozup, çocuk ve ergenin işlevselliğini azaltan; özgüven eksikliği, yeterince takdir görememe, elde edebileceği akademik başarıya ulaşamama gibi nedenlerin de aracılık etmesi nedeniyle kaygı bozuklukları, depresyon gibi ek tanılara neden olabilen önemli bir bozukluktur. Tedavi edilmemiş DEHB, özellikle de ergenlik döneminde, döneme özgü artan dürtüselliğin de ayrıca zorlaştırıcı etkisiyle, okul yaşantısının sonlanması, olumsuz arkadaşlıklar, olumsuz kimlik gelişim süreçlerinin yaşanması ve madde kullanımının başlaması gibi son derece olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Bu nedenle DEHB'nin (ve de varsa eşlik eden tanılarının) doğru tanınması, doğru ve uygun şekilde tedavinin başlanması ve de aile ve okul ortamında uygun koşulların sağlanması ve davranışçı önlemler DEHB'li çocuk ve ergenlerin gidişinde belirleyici olmaktadır. DEHB, uygun şekilde tedavi edildiğinde son derece yüz güldürücü sonuçları olabilen, akademik başarı ve kişilerarası ilişkilerin belirgin şekilde iyileştiği, bunların neticesinde de çocuğun özgüveninin artabildiği, varsa eşlik eden olumsuz benlik algısının ve kaygıların azalabildiği bir bozukluktur. DEHB'nin tedavisinde en etkili tedavi ilaç tedavisidir. Metilfenidat ve atomoksetin Türkiye'de

kullanılan ilaçlardır. İlaç tedavisi ile en sık görülen yan etkiler, iştahsızlık, uykusuzluk karın ağrısı, baş ağrısı ve duygusal değişikliklerdir. Çoğunlukla bu yan etkiler tolere edilir düzeydedir ve çocuğun uyumunu etkilemez. Eşlik eden kardiyak sorun ve nörolojik bir hastalık (epilepsi vb) varlığında ilgili değerlendirmeler yapılmalı, ilaç kullanımı güvenli ise tedavi başlanmalıdır.

İlaç tedavisinin yanı sıra aileye verilen psikoeğitim, aileye ve çocuğa davranışçı yaklaşımlar ve öneriler, okul temelli girişimler gereklidir. Düzenli egzersizin DEHB tedavisinde önemli bir yeri vardır. Ayrıca omega 3-6 gibi besin takviyelerinin dikkatte iyileştirici etkisi olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur.

Sonuç olarak DEHB, doğru tanınıp, uygun yaklaşım ve tedavilerle ele alındığında son derece yüz güldürücü sonuçları olan bir bozukluktur.

### **Kaynakça:**

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 3. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2008.
3. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları 9. 2016.
4. Dikkat Eksikliği. Ve Hiperaktivite Bozukluğu, Eyüp Sabri Ercan, Doğan Kitap,2008.
5. Shaw, P. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. Proc. Natl Acad. Sci. USA 104, 19649–19654 (2007)
6. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 2007; 164: 942–8

## ANTENATAL BAKIM VE GEBELİK TAKİBİ

Dr. Ümit ÇABUŞ

Antenatal bakım gebeliğin saptanmasından doğuma kadar geçen sürede annenin ve fetusun düzenli ve periyodik kontrollerinin yapılmasıdır. 1900’de ABD’de hemşirelerin gebeleri ziyaretiyle gündeme gelmiştir. Gebelik komplikasyonlarının azaldığı görüldüğü için rutin uygulamaya alınmıştır. Sağlıklı bir yaşam ve iyi beslenme gebenin ve çocuğun sağlığı, ayrıca mevcut göstergelere göre çocuğun ilerideki sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Gerekli eğitimleri vermek, bebeğin ya da annenin sağlığını etkileyebilecek olumsuz durumların ve risklerin saptanması, erken önlemlerin alınması için gebelerin belirli aralarla kontrolü büyük önem taşımaktadır. En ideal antenatal takip konsepsiyon öncesi başlayan ve gebelik boyunca süren takiptir. Antenatal takip ideal izlem planında 4 izlem yer alır.

- 1. izlem 4. aydan önce (ilk 14. haftada)
- 2. İzlem 6. ayda (20 - 24. hafta)
- 3. İzlem 8. ayda (30 - 32. hafta)
- 4. İzlem 9. ayda (36 - 38. hafta)

Her izlemde yer alması gerekli basamaklar aşağıdaki gibidir;

- Öykü alma
- Fizik muayene
- Laboratuvar testleri
- Gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklama
- Bilgilendirme ve danışmanlık
- İzlemin kayda alınması
- Sevk edilecek durumlar

Gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklama:

16. gebelik haftasından itibaren günde 40-60 mg/gün elementer demir preparatı desteğine başlanır. “Gebelere Demir Destek Programı” akış çizelgesini kullanarak destek veya tedavi dozuna karar verilir. Tetanoz toksoidi ile aşılama yapılmalıdır. Tetanoz bağışıklaması 12. haftadan itibaren yapılabilir. Gebenin geç tespit edilebileceği düşünülürse 4.ayda veya ilk izleminde birinci dozun yapılması uygundur. Aşı takvimine uygun olarak diğer dozlar devam edilir. Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedavileri veriniz. İdrar yolu enfeksiyonu tedavisinin ardından kontrol izleminde hala enfeksiyon devam ediyorsa bir üst basamağa sevk edilmelidir.

Diğer Muayene ve Testler:

- Temel obstetrik ultrasonografi
- Fetal anomali tarama testleri (ikili, üçlü, dördü tarama testleri)
- Girişimsel tarama ve tanı testleri ( cvs, amniosentez, kordosentez )
- 2. Düzey ayrıntılı ultrasonografi
- Gestasyonel dm için tarama testleri
- Nst

Gebelere beslenme ve diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara alışkanlığı, alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, Tetanoz toksoid immünizasyonu ve gebelikteki tehlike işaretleri (Vajinal kanama, konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar), baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş ve/veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, sularının gelmesi, yüz, el ve bacaklarda şişme, fetus hareketlerinin hissedilememesi) konuları ile ilgili danışmanlık verilmelidir.

Hemoglobinin 7 g/dl ve altında olması, kanama ve lekelenme olması, preeklampsi belirtileri, hipertansiyon ve/veya proteinüri olması, gebenin fetus hareketlerini hissetmemesi veya el Doppleri ile

fetal kalp seslerinin duyulmaması, bir önceki izlemde bakteriüri tespit edilen gebenin tedaviye rağmen bakteriürinin devam ediyor olması, tehlike işaretlerinin varlığı, çoğul gebelik şüphesi olması (doğrulamak ve doğumu planlamak üzere), makat prezentasyonu şüphesi veya gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı (kalp hastalığı, böbrek hastalığı, diyabet, astım, tiroid fonksiyon bzk.luğu vb) gibi durumlarda gebelerin bir üst sağlık kurumuna sevk edilmesi gerekir. 40. haftaya kadar doğum gerçekleşmezse gebenin doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurması konusunda da bilgi verilmelidir.

#### SMEAR VE HPV

- Serviks kanseri önemli bir sağlık sorunudur.
- Servikal kanser için popülasyonun taranmasında kullanılabilir non-invazif bir yöntemdir.
- Smear hangi koşullarda alınmalı ;
  - Menstruasyon dışında olmalı
  - Menstruasyonun ilk gününden 15 gün sonra en uygun zaman
  - Örnek alınımından 2 gün önce vajinal krem, ovül kullanmamalı ve vajinal duş yapmamalı
  - Cinsel ilişkiden sonra 48 saat geçmiş olması gerekir
  - Eğer yapılmışsa asetik asitin uygulandığı kolposkopik incelemenin üzerinden en az 24 saat geçmiş olmalıdır.
- Hpv kanser gelişimi için gereklidir.
- Yüksek riskli hpv tipleri **16, 18, 45, 31, 33**, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 39, 68, 73, 82 dir.
- Serviks kanserlerinin %70 sinden fazlasından tip 16 ve 18 sorumludur.

#### Kaynaklar:

- 1-) TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Doğum öncesi bakım yönetmeliği 2018
- 2-) TC Sağlık Bakanlığı Kanserele Savaş Daire Başkanlığı, Serviks Kanseri Ulusal Tarama Standartları (Yayımlanma Tarihi 29.05.2007)
- 3-) Williams Obstetrics, Twnty-Fifth Edition
- 4-) World Health Organization. Reduction of Maternal Mortality. Geneva, 1999.

## BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ

Dr.Öğt. Üyesi Yusuf Özlülerden

Pamukkale Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı/Denizli

Prostat, erkek üreme sisteminin parçası olan bir salgı bezidir. Asıl işlevi semenin sıvı kısmını oluşturmaktadır. Prostat mesanenin, diğer bir ifade ile idrar kesesinin hemen altında yer alır. Erişkinde bir kestane büyüklüğünde ve yaklaşık 18-20 gram ağırlıktadır. Prostat, idrarın mesaneden çıkıp penis içerisinden geçerek dışarıya atılmasını sağlayan idrar kanalının başlangıç kısmını kalın bir yüzük gibi sarmaktadır.

Prostat bezindeki değişiklikler 45 yaş civarında başlamakta ve 50 yaşta büyüme şeklinde kendisini göstermektedir. Bu büyüme yaşamın sonuna kadar değişen hızlarda devam etmektedir. Prostat büyümesi çoğu zaman selim bir olay olarak gerçekleşmekte bu nedenle selim prostat büyümesi veya tıbbi deyimiyile benign prostat hiperplazisi (BPH) olarak adlandırılmaktadır. BPH yaş artışına paralel olarak giden adeta yaşlanmanın bir parçası olan bir gelişmedir. Bu nedenle görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Ellili yaşların başında erkeklerin yaklaşık yarısında varken seksen yaş üzerindeki erkeklerde görülme sıklığı %90'a ulaşmaktadır.

### **BPH Belirtileri Nelerdir?**

Prostat, idrar yolunun çevresini sardığı için büyüdükçe onu sıkıştırır ve mesaneden idrarın atılmasını zorlaştırabilir. Böylece rahat idrar boşaltmanın bozulması ve tıkanıklık hissi oluşacak, ayrıca sık idrara gitme ve yanma gibi rahatsız edici belirtiler ortaya çıkacaktır. En çok görülen belirtilerden biri olan sık idrara gitme, geceleri de yaşandığı için önemli bir rahatsız edici yakınmadır. Diğer bazı belirtiler, mesaneyi tam boşaltamama hissi ve idrar yapma ihtiyacı oluştuğunda erteleyememe halidir. BPH, idrarı başlatmada zorlanma, zayıf idrar akımı, işeme sonrası damlama ve kesik kesik idrar yapmaya neden olabilir. Çok ilerlemiş olgularda tam tıkanma hali ortaya çıkabilir ve acil müdahale gerektirir.

### **Depolama belirtileri:**

- Normalden daha sık idrar yapma ihtiyacı
- Gece idrar yapmak için uyanma ihtiyacı
- Ani idrar yapma ihtiyacı ve bu ihtiyacın ertelenememesi
- İstemsiz idrar kaçırma

### **İşeme belirtileri:**

- Zayıf akımlı idrar yapma
- Çatallı ve dağınık idrar akımı
- Kesik kesik idrar yapma
- İkılarak idrar yapma
- İdrar yapmaya başlamadan önce bekleme
- İdrar yapmanın çok uzun sürmesi

### **İşeme sonrası belirtiler:**

- Mesanenin tam boşalmadığı hissi
- İşeme sonrası iç çamaşırına istemsiz idrar kaçırma

### **BPH Tanısı Nasıl Konur?**

İdrar belirtileri olan kişilerde prostat dışında da sorunlar olabileceği için ayrıntılı bir tıbbi öykü alınması gereklidir. Hasta tarafından ifade edilen belirtiler önemli kişisel farklar gösterdiği için bazı standart soruların cevaplandırılması esasına dayanan skorlama sistemleri kullanılmaktadır. Skorlama sistemleri yakınmaların şiddetini ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisini belirlemek üzere oluşturulmuştur. Hastalık belirtilerinin hafif, orta ve ağır olarak ayrılmasını sağlar. Alışılmış muayenelere ek olarak



prostatın makattan parmakla muayenesi çok önemlidir. Değerlendirmede idrar tetkiki de yapılır. Hastanın durumuna göre aşağıdaki testler de yapılabilir:

- Prostat spesifik antijen (PSA) testi: Prostat kanseri olasılığına yönelik kan testidir.
- İdrar akım testi: İdrar akım hızını ve işeme şeklini gösterir.
- İşeme sonrası kalan idrar miktarı ölçümü: İdrar boşalmasının ne ölçüde etkili sağlanabildiğini gösterir
- Ultrasonografi: Böbrek, mesane ve prostatın görüntülenmesini sağlar.
- Sistoskopi: Üretra ve mesanenin alet kullanılarak gözle doğrudan incelenmesidir.

### **Tedavi Seçenekleri Nelerdir?**

#### **Gözleyerek Beklemek**

Gözleyerek beklemek, hafif derecede belirtileri olan ve bundan yakınmayan erkeklerde önemli bir seçenektir. Zaman içinde yakınmaların mutlaka artması söz konusu değildir. Diğer taraftan, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, kanlı idrar yapma, mesanede taş olması, böbrek yetmezliği başlaması gibi durumlar yüksek risk göstergesidir ve ciddi tedavi gerektirir. Bunun dışındaki hastaların bir kısmında idrar yakınmaları zamanla hafifleyebilir. Gözleyerek beklemek, ilaç veya cerrahi tedavilere bağlı yan etkilerden ve yüksek maliyetten kaçınmayı sağlayabilir.

Bazı basit yaşam tarzı değişiklikleri, BPH belirtilerinizin düzelmesine yardımcı olabilir. Örneğin, akşamları daha az sıvı almanız, gece idrara kalkmayı azaltmaya yardımcı olur. Daha az alkollü içecek, kahve veya çay tüketmeniz, mesane irritasyonunu engeller. Bazı erkeklerin oturarak idrar yapması mesanenin tamamen boşalmasına yardımcı olur. Hala tam boşalmadığınızı hissediyorsanız, 5-10 dakika sonra tekrar deneyiniz.

#### **Medikal Tedavi**

##### **BPH ile ilişkili belirtilerin tedavisinde çeşitli ilaç grupları kullanılır:**

Bitkisel ilaçlar

Alfa-blokerler

5 Alfa-redüktaz inhibitörleri (5ARI)

Muskarinik reseptör antagonistleri (MRA)

Fosfodiesteraz 5 inhibitörleri (PDE5)

Bu ilaçların kombinasyonları

Her bir grup ilaç farklı bir yoldan etkisini gösterir ve farklı etki ve yan etkilere sahiptirler.

#### **Bitkisel İlaçlar**

Kabak çekirdeği, Güney Afrika yıldız otu, Afrika kuş üzümü Çavdar poleni bu gruptaki ilaçlardır. Ne kadar etkin oldukları da net değildir. Çok fazla sayıda bitkisel ilaç olduğu için, kullanımları konusunda özel bir öneri yapılamaz.

#### **Alfa-blokerler**

Alfa-blokerler, prostatın düz kaslarını gevşeterek belirtileri ve idrar akışını iyileştiren bir grup ilaçtır. BPH'si olan erkeklere en sık önerilen ilaç grubudur.

Alfuzosin, Doxazosin, Tamsulosin, Terazosin, Silodosin bu gruptaki ilaçlardır.

İlaçlar tam etkilerini genellikle birkaç haftada gösterir. Alfa-blokerler prostatın boyutunu küçültmez veya büyümesini önlemez. Bazı hastalar sonuçta belirtilerinin giderilmesi için cerrahi müdahaleye

ihtiyaç duyacaktır.

Alfa-blokerlerin yan etkileri hafiftir ve uzun süre kullanılmalarına rağmen çoğu hastada herhangi bir yan etki ortaya çıkmaz. Yan etki gözlenen hastalar güçsüzlük (asteni), baş dönmesi ve hafif düşük kan basıncı (hipotansiyon) bildirmektedir.

Alfa-bloker ayrıca retrograd ejakülasyona (menin idrar kesesine boşalması) yol açabilir. Bu sık olmayan bir yan etkidir ve tedavi sonlandırıldığı zaman kaybolacaktır.

### **5 Alfa-redüktaz inhibitörleri**

5 alfa-redüktaz inhibitörleri (5ARI) prostatın büyümesini önleyen ve hatta küçülmesine sebep olabilen bir grup ilaçtır. Bu ilaçlar prostat 40 mililitreden büyükse daha etkindir ve prostat büyümesi rahatsız edici belirtilere sebep olduğu zaman reçeteye verilir. Bu ilaçlar üriner retansiyon riskini ve cerrahi müdahale gereksinimini azaltabilir. Belirtileri düzeltmesi çok uzun zaman alacağı için, 5ARI, 1 yıldan uzun süren tedavilerde önerilir.

2 tür 5ARI bulunur ve hepsi de benzer sonuçlar verir: Dutasterid ve Finasterid

Bu ilaçların yan etkileri esas olarak cinsel fonksiyonlar ile ilgilidir. Bunlar ilişkinin sürdürülmesinde azalma, erektil disfonksiyon (sertleşme bozukluğu) ve boşalma problemleridir. Yan etkiler çok sık değildir ve tedavinin kesilmesi ile kaybolur. 5ARI kullanımının prostat kanseri riskini artırmayacağına dair kanıtlar bulunmaktadır. 5ARI yan etkilerinden dolayı genellikle orta veya şiddetli belirtileri olan hastalara önerilir.

### **Muskarinik reseptör antagonistleri**

Muskarinik reseptör antagonistleri (MRA) mesanenin anormal kasılmalarını azaltan bir grup ilaçtır. Erkeklerde BPH'den kaynaklanan sıkışma belirtilerine karşı fayda sağlayabilir. Mesane tam olarak boşalamıyorsa ve idrar yapma sonrası mesanede çok fazla idrar kalıyorsa bu ilaçlar genellikle reçete edilmez. Birkaç MRA tipi vardır:

Darifenasin Fesoterodin Oxibutinon Propiverin Solifenasin Tolterodin ve Tropisyum klorid bu gruptaki ilaçlardır.

MRA'nin yan etkileri genelde hafiftir. Bunlar ağızda ve gözde kuruluk, kabızlık, idrar yapma güçlüğü, soğuk algınlığı belirtileri, bulanık görme, baş dönmesidir.

### **Fosfodiesteraz 5 inhibitörleri**

Fosfodiesteraz 5 inhibitörleri (PDE5I) erektil disfonksiyonun tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar ayrıca BPH ile ilişkili belirtileri de iyileştirebilir. PDE5I'nin 3 tipi vardır: Sildenafil Tadalafil Vardenafil

Erektil disfonksiyonu olan erkeklerin yanı sıra prostat büyümesi belirtileri olan erkekler de PDE5I ile tedaviden fayda görebilirler.

PDE5I'ler baş ağrısı, baş dönmesi, hazımsızlık gibi yan etkilere sebep olabilir. PDE5I'lerinin alfa-blokerlerden doxazosin veya terazosin gibi bazı ilaçlarla kullanılmamalıdır. Özellikle kalp sorunları olan erkeklerde de kullanımı ciddi sorunlara yol açabilir.

### **İlaç Kombinasyonları**

En sık kullanılan kombinasyonlar:

Alfa-bloker ile 5ARI

Alfa-bloker ile MRA

Bu tedavilerin amacı her iki ilacın yararının kombine edilmesidir. Birlikte kullanıldıkları zaman bu ilaçlar daha etkin olabilir. Ancak sıklıkla daha fazla yan etkiye sebep olabilir. Kombinasyon tedavisi orta veya şiddetli belirtileri olan erkeklerde önerilir.

# **SÖZEL BİLDİRİLER**

# KAS-İSKELET AĞRISI YAKINMASI OLAN HASTALARDA AĞRI ALGISININ YAŞAM KALİTESİ VE DEPRESİF BELİRTİLER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Fatma Çalış, Ayfer Gemalmaz

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Amaç:** Kas-iskelet ağrısı ile yaş, cinsiyet, meslek, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon durumu gibi psikososyal özellikler arasında yakın ilişki olduğu bilinmektedir. Kas-iskelet ağrısının sağaltımında başarının artırılmasında; organik nedenler kadar psikososyal özellikler de incelenmelidir. Buradan hareketle çalışmamızda; kas-iskelet ağrısıyla başvuran hastalarda ağrı süresi ve ağrı algısının sosyodemografik özellikler, yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyiyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon polikliniğine kas-iskelet ağrısı yakınmasıyla 1 Ağustos 2017-30 Eylül 2017 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 302 hastaya sosyodemografik bilgi formu, Görsel Analog Skala (GAS), Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği, Kısa Form-36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği uygulandı. Analizlerde SPSS 18,0 istatistik programı kullanıldı. Tanımlayıcı analizlerde yüzdeler, ortalama, standart sapma ve ortanca kullanıldı. Sürekli verilerin analizleri için T-testi ve Pearson Korelasyon testi; normal dağılıma uymayanlar için Mann-Whitney U ve Spearman Korelasyon testleri; bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini belirlemek için Ki-kare testi ve anlamlı bulunan veriler için de logistik regresyon analizi yapıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Katılımcıların 212'si (%70,2) kadın, 90'ı (%29,8) erkekti ve yaş ortalaması  $48,5 \pm 15,1$  yılı. Katılımcıların %41,7'sinin ağrı süresi 5 yıl ve üstündeydi. %73,5'inin GAS skoru 7 ve üzerinde olup ağrı algısı yüksekti. Katılımcıların %87,7'sinde birden fazla bölgede ağrı mevcuttu ve bel ağrısı en sık gözlenen ağrıydı. Fiziksel yaşam kalitesi ortalama puanı  $42,9 \pm 22,6$ , mental yaşam kalitesi ortalama puanı  $50,5 \pm 23,4$  idi. Katılımcıların %37,7'sinin ( $n=114$ ) HAD anksiyete alt ölçeği puanı 10 ve üzerinde olup anksiyete riski yüksekti; %37,4'ünün ( $n=113$ ) HAD depresyon alt ölçeği puanı 7 ve üzerinde olup depresyon riski yüksekti. Ağrı algısı yüksek olanlarda fiziksel ve mental yaşam kalitesi düşüktü ve anksiyete-depresyon riskleri yüksekti. Ağrı algısı ve ağrı süresi ile ilişkili faktörlerin regresyon analizinde fiziksel yaşam kalitesinin düşük olmasının ağrı algısını artırdığı ve ağrı süresini uzattığı saptandı.

**Sonuç:** Kas-iskelet ağrısının psikososyal faktörlerle yakından ilişkili olduğu, ağrının yaşam kalitesini ve özellikle de fiziksel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, anksiyete ve depresyon riskini artırdığı gözlemlendi. Kas-iskelet ağrısının tedavisinde başarının artması için, organik nedenler kadar psikososyal etkenler, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon riski değerlendirilmeli; tedavi amaçlarına yaşam kalitesinin artırılması, depresyon ve anksiyetenin tedavisi de eklenmeli ve değiştirilebilir risk faktörlerine yönelik müdahaleler yapılmalıdır.

Fatma Çalış<sup>1</sup>, Ayfer Gemalmaz<sup>1</sup>

**KEYWORDS:**

# DIYABETİK HASTALARDA NÖROPATİ GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Neslihan Soysal Atile<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nazilli Devlet Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği,

**Amaç:** Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) hastalarında %45 insidansla görülen nöropati (NP), tedavisinin güçlüğü nedeniyle hastanın yaşam kalitesini en olumsuz etkileyen komplikasyonlardan biridir. Potansiyel risk faktörleri üzerine yoğunlaşp oluşmasını engellemek NPde ana hedef olmalıdır. Hipergliseminin NP gelişiminde ana faktör olduğu bilinmektedir. Dislipideminin, TSH yüksekliğinin, B12 ve D vitamini eksikliklerinin NP gelişimiyle ilgili olabileceğini düşündüren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada kendi hasta grubumuzda NP ile ilişkili olabilecek faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Nöropatik yakınmaları nedeniyle EMG ile değerlendirilmiş Tip 2 DM hastaları retrospektif olarak NP(+) ve NP(-) iki gruba ayrıldı. Gruplar yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), diyabet yaşı, sistolik ve diastolik TA değerleri, HbA1c, lipid parametreleri, TSH, B12 ve D vitamini, ferritin düzeyleri, anemi varlığı ve nötrofil/lenfosit oranları açısından karşılaştırıldı. Malign hipertansiyonu olan, hipotiroidi ya da hipertiroidi nedeniyle medikasyon altında olan, son 3 ayda D vitamini ya da B12 vitamini replasmanı almış olan, anemi tanısıyla tedavi almış olan hastalar dışlandı. Çalışmaya 65 kadın, 55 erkek, yaş uyumlu toplam 120 hasta alındı.

**Bulgular:** NP varlığı açısından cinsiyetler arası farklılık saptanmadı (p=0,315). VKİ ve DM yaşı arttıkça NP gelişiminde anlamlı artış saptandı (sırasıyla p= 0,020, r=0,215 ve p=0,000, r=0,379). NP varlığı HbA1c ile pozitif, D vitamini düzeyi ile negatif korelasyon göstermekteydi. (sırasıyla p=0,041, r=0,029 ve p=0,010, r=-0,246) (Tablo). Cinsiyetler ayrı ayrı değerlendirildiğinde D vitamini NP ilişkisindeki anlamlılığın kadın hastalardan kaynaklandığı görüldü (kadınlarda p=0,012 iken erkeklerde p=0,303). Oysa kadın ve erkek hastaların D vitamini düzeyleri arasında farklılık yoktu (16,95±9,30 vs 14,58±8,65 p=0,339). Kadın ve erkek hasta grupları arasında VKİ açısından anlamlı farklılık vardı (35,29 ±5,234 vs 30,06±3,99 p=0,000). VKİ ve NP ilişkisi de kadın hasta grubundan kaynaklanmaktaydı (kadınlarda p=0,038 iken erkeklerde p=0,359).

**Sonuç:** NP gelişimini önlemede glisemik kontrol en önemli faktördür. Özellikle kadın hastalarda kilo kontrolü ve yetmezlik durumunda D vitamini replasmanı nöropati gelişimini önlemede etkili olabilir.

Tablo: Nöropatinin çalışma parametreleri ile ilişkisi

OLGULAR	mean±standart sapma	p	r
Yaş	58,20±8,77	0,068	
VKİ	32,92±3,99	<b>0,020</b>	<b>0,215</b>
DM Yaşı	9,33±6,58	<b>0,000</b>	<b>0,379</b>
Sistolik TA	130,87±16,79	0,242	
Diastolik TA	77,69±9,80	0,457	
HbA1c	9,20±2,38	<b>0,041</b>	<b>0,029</b>
Trigliserid	184,17±95,87	0,640	
HDL	44,16±14,19	0,267	
LDL	123,19±32,97	0,350	
TSH	2,13±0,94	0,990	
D Vit	15,92±8,65	<b>0,010</b>	<b>-0,246</b>
Vit B12	368,84±198,64	0,924	
Ferritin	58,74±88,93	0,271	
Nötrofil/Lenfosit Oranı	2,01±0,44	0,232	
Anemi varlığı (n=32)	30 K ve 32 E	0,789	

### Factors affecting neuropathy development in diabetes patients

Neslihan Soysal Atle<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NAZİLLİ STATE HOSPİTAL ENDOCRİNOLOGY AND METABOLİSM DEPARTMENT

**KEYWORDS:** Type 2 Diabetes Mellitus, Neuropathy

---

# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURAN HASTALARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI, AİLE HEKİMLİĞİ MEMNUNİYET DÜZEYLERİ VE SAĞLIK FARKINDALIKLARI İLE ARALARINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Özlem Örsal<sup>1</sup>, Pınar Duru<sup>1</sup>, Özgül Örsal<sup>2</sup>, Kazım Tırpan<sup>3</sup>, Abdullah Çulhacı<sup>4, 2, 2</sup>,

<sup>1</sup>Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bil. Fak., Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, <sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Sağlık Bil. Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, <sup>3</sup>Kemal Nurhan Mani Aile Sağlığı Merkezi, Eskişehir, <sup>4</sup>Yeni Aile Sağlığı Merkezi, Eskişehir ,

Kişilerin kendileri ve/veya yakınlarının sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak bilgilenmeleri, sorumluluklarını ve haklarını bilmeleri ve sağlıkları ile ilgili kararlar verebilmeleri beklenmektedir. Bu beklentinin gerçekleşmesi ise, kişilerin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları ile mümkün olabilecektir. Çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşuna (Aile Sağlığı Merkezleri\_ASM) başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı, aile hekimliği memnuniyet düzeyleri ve sağlık farkındalıkları ile aralarındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma Mayıs-Haziran 2017 tarihleri arasında Eskişehir il sınırları içerisinde bulunan ASM'lere başvuran bireyler (n=1055) üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evreni Odunpazarı ilçe sınırları içinde bulunan 30 ASM'de hizmet veren 120 Aile Hekimine kayıtlı 417.170 kişi ve Tepebaşı ilçe sınırları içinde bulunan 26 ASM'de hizmet veren 86 Aile Hekimine kayıtlı 301.580 kişi olmak üzere toplam 718.750 kişiden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğü %3 hata payı ve %95 güven aralığında 1065 olarak belirlenmiştir. Elde edilen örneklem sayısı ASM'lerde çalışan aile hekimi sayısına göre tabakalandırılmış, aile hekimi başına 5-6 kişi alınması kararlaştırılmıştır. Seçilen örneklemin toplumun tamamını temsil etmesi için (doğrudan poliklinik hizmetleri için başvurmayan) gebe takibi, aşı hizmetleri, işe giriş muayenesi, pansuman vb. için başvuran bireyler çalışma kapsamına alınmıştır. ESOĞÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulundan onay ve Eskişehir Halk Sağlığı Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Veriler Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32), European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Ölçeği ve Sağlık Farkındalığı Ölçeği (SFÖ) ile toplanmıştır. İstatistiksel analizler için Kruskal Wallis testi, Spearman's Korelasyon testi ve Yapısal Eşitlik Modeli kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < .05$  alınmıştır.

Çalışma grubunu oluşturanların %76.3'ü (n=805) kadın olup, yaş ortalaması  $41.89 \pm 16.21$  (min.18.00, maks. 90.00) yıldır. Aile sağlığı merkezine başvuran hastaların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları ortalama puan  $29.57 \pm 9.27$  (med. 30.20, min. 0.00, maks. 50.00) olup, %66.1'inin (n=697) "yetersiz" (%27.5, n=290) veya "sorunlu" (%38.6, n=407) sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı arttıkça, sağlık farkındalığı ve aile hekimliği memnuniyetleri de artmaktadır (her biri için;  $p < .001$ ). YEM'e göre sağlık farkındalığı sağlık okuryazarlığı düzeyini .53 puan arttırırken, sağlık okuryazarlığı aile hekimliği memnuniyetini .23 puan arttırmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi sağlıkla ilgili bilgiyi anlamada varyansın %94'ünü, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada varyansın %93'ünü, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirmede varyansın %88'ini ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanmada varyansın %88'ini açıklamaktadır. Aile hekimliği memnuniyeti enformasyon destekteki varyansın %91'ini, doktor-hasta ilişkisindeki varyansın %85'ini, sağlık hizmetindeki varyansın %81'ini, sağlık hizmetinin organizasyonundaki varyansın %79'unu ve ulaşılabilirlikteki varyansın %78'ini açıklamaktadır.

Sonuç olarak, Eskişehir ilinde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran yaklaşık 10 hastadan 7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz ya da sorunludur. Sağlık farkındalığı sağlık okuryazarlığını arttırırken, sağlık okuryazarlığı da aile hekimliği memnuniyet düzeyini arttırmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamlayıcı bir parçası olarak birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesine ve geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, memnuniyet, sağlık farkındalığı, sağlık okuryazarlığı

**ANAHTAR KELİMELER:** Aile hekimliği, memnuniyet, sağlık farkındalığı, sağlık okuryazarlığı

Özlem Örsal<sup>1</sup>, Pınar Duru<sup>1</sup>, Özgöl Örsal<sup>2</sup>, Kazım Tırpan<sup>3</sup>, Abdullah Culhacı<sup>4</sup>, <sup>2</sup>, <sup>2</sup>

**KEYWORDS:**

---



# MESANE TÜMÖRÜ NEDENİ İLE TUR-M YAPILAN HASTALARDA SİGARA FAKTÖRÜNÜN NÜKS VE PROGRESYONA ETKİSİ

Sinan Celen<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi,

**Amaç:** Sigara bilindiği üzere 60 dan fazla kanserojen etkili maddeyi içinde barındırmakta olup, daha önceki çalışmalarda erkeklerde 50–65%, kadınlarda 20–30% oranında mesane kanseri riskini arttırmaktadır. Mesane tümörü nedeni ile trans üretral mesane rezeksiyonu (TUR-M) uygulanan hastalarda progresyonu ve nüksü etkilenen faktörler arasında sigara bilinen bir faktör olup, biz de kliniğimizde mesane tümöründe nüksü etkileyip etkilemediğini belirlemeye çalıştık.

**Materyal and Method:** Çalışmamızda etik kurul onayı sonrası, Pamukkale üniversitesi ve Uludağ üniversitesi üroloji anabilim dalında, 2011-2015 yılları arasında başvuran kas invazif olmayan mesane kanseri nedeni ile TUR-M uygulanan 178 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar nüks olana kadar takip edildi. Takip süresince ilk kanser nüksü ana ölçüt olarak belirlendi. Sigara içen 69 hasta Grup A, sigara içmeyen 109 hasta Grup B olarak değerlendirildi. Analizler, Windows için IBM SPSS, sürüm 22.0 ile gerçekleştirilmiştir. Alt gruplarda hasta sayılarının az olması nedeni ile istatistiksel analiz uygulanamadı.

**Bulgular :** Sigara içen 69 hasta içinde, risk kategorisi 1 (düşük risk grubu) olan grupta 11 hastada ortalama nüks zamanı 8,3 ay olup , sigara içmeyen grupta 21 hastada ortalama 22,6 ay da nüks gelişmiş olup nümerik olarak nüks süresi sigara içen grupta daha kısadır. Orta risk grubunda hasta sayısının az olması nedeni ile sigara içen hasta grubunda nüks ortalama süresi daha geç olmakla birlikte (grup A da 9 hasta, grup B de 16 hasta ) bu bulgu hasta sayısı azlığı nedeni ile anlamsız kabul edilmelidir. Yüksek mesane kanseri riski olan grupta sigara içmek nüks zamanını etkilemede farklılık oluşturmamıştır. Çalışmaya dahil edilen sigara faktörünün özellikle düşük risk grubunda nüks süresini kısalttığı, orta risk ve yüksek risk grubunda nüks sürelerinin benzer olduğu gözlemlendi. Progresyon sayı verilerinin az olması ile birlikte, yüksek risk grubunda sigara içmenin progresyon süresini kısalttığı izlenmiştir.

**Sonuçlar :** Mesane kanseri nedeni ile TUR-M uygulanan hastalarda sigara kullanımı yüksek rekürrens ile ilişkilidir. Ancak bu bulgular geniş hasta gruplarında tekrar değerlendirilmelidir. Sigara içen 60 yaş üstü erkeklerde ağrısız kanama durumunda mesane kanseri riski ciddi oranda artmakta olup bu hastalar direkt olarak görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Mesane kanseri, sigara, TUR-M

## **Giriş**

Mesane kanseri tüm kanserler içinde görülme sıklığı bakımından 9. sırada yer almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2016 yılında tahmini yeni olgu sayısı 76,960 ve mesane kanseri nedeniyle oluşabilecek tahmini ölüm sayısı 16,390 olarak hesaplanmıştır (1). Ülkemizde ise 8 ilin verilerine dayanılarak yapılan çalışmada, 2006 yılında mesane kanseri yaşa standardize insidans hızı erkeklerde yüz binde 19,6 kadınlarda ise 2,5 olarak tahmin edilmiştir (2). Bu çalışmaya göre erkeklerde en sık görülen üçüncü kanser tipi olup tüm kanserler içindeki oranı %8,5'tir (2). Mesane kanseri yaşlı popülasyonda görülen bir kanser olup görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır ve bu sebeple gelecekte hala önemli bir sağlık problemi olarak kalacaktır (1). Kuzey Amerika ve Avrupa'da mesane tümörlerinin %90'dan fazlası değişici epitel karsinomu ve yaklaşık %70-80'i kas invaziv olmayan hastalık olarak saptanmıştır. Bu olguların %70-80'i nadiren ölümcül olan, sık nüks gösteren evre Ta, T1 ve karsinoma

in situ (TİS) tümörlerdir. Ta/T1 tümörlerin ancak %10'u metastatik hastalık yapabilen ve ölüme yol açabilen kas invaziv T2 tümörlere ilerlerler (3). Kas invaziv olmayan mesane kanserinin kas invaziv mesane kanserine ilerlemesinde rol alan risk faktörleri; tümörün evresi ve grade, tümör sayısı, büyüklüğü, TİS varlığı ve tanı konma yaşıdır. Sigara içiciliği mesane kanseri gelişiminde rol oynayan başlıca risk faktörüdür. Sigara içmek mesane kanseri gelişimini 2-4 kat artırmaktadır (4). Sigara içmenin sıklığının artması, sigara içme süresinin uzaması, sigara içiciliğine erken yaşta başlama mesane kanseri gelişimini artıran risk faktörleri iken sigara içmeyi bırakmak bu riski azaltmaktadır (4). Literatürde sigara içiciliği ve mesane kanseri gelişimi ilişkisini gösteren birçok çalışma varken sınırlı sayıda çalışma sigara içimi ile ilk tanı sırasındaki klinik ve patolojik bulguların ilişkisini göstermektedir. Mesane tümörü nedeni ile trans üretral mesane rezeksiyonu (TUR-M) uygulanan hastalarda progresyonu ve nüksü etkilenen faktörler arasında sigara bilinen bir faktör olup, biz de kliniğimizde mesane tümöründe nüksü etkileyip etkilemediğini belirlemeye çalıştık.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmamızda etik kurul onayı sonrası, Pamukkale üniversitesi ve Uludağ üniversitesi üroloji anabilim dalında, 2011-2015 yılları arasında başvuran kas invaziv olmayan mesane kanseri nedeni ile TUR-M uygulanan 178 hasta çalışmaya dahil edildi. hasta dosyaları, ameliyat raporları ve patoloji raporları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri (yaşları ve cinsiyetleri), sigara içme öyküleri; sigara kullanımının varlığı, miktarı ve paket yılı (günlük kullanılan paket x sigara kullanım yılı) (5) kaydedildi. Hastaların ameliyat raporlarından elde edilen tümör odak sayısı, tümör boyutu, tümör lokalizasyonu ve tümör görünümü (papiller-solid) gibi veriler veri tabanına aktarıldı. Hastaların cerrahi örneklerinin patolojik değerlendirilmeleri sonucundaki, tümörün görünümü, tümörün histopatolojik tanısı, tümör histopatolojik grade, Mostofi grade ve derecesi, lamina propria invazyonunun varlığı, tümörün gösterdiği diferansiyasyonun tipi, enflamasyon ve nekroz varlığı değerlendirilip kaydedildi. Hastaların sigara kullanıp kullanmaması ve sigara kullanım süre ve miktarlarıyla tümörlerinin histopatolojik özellikleri arasındaki ilişki retrospektif olarak araştırıldı. Hastalar nüks olana kadar takip edildi. Takip süresince ilk kanser nüksü ana ölçüt olarak belirlendi. Sigara içen 69 hasta Grup A, sigara içmeyen 109 hasta Grup B olarak değerlendirildi.

## İstatistiksel Analiz

Analizler, Windows için IBM SPSS, sürüm 22.0 ile gerçekleştirilmiştir. Alt gruplarda hasta sayılarının az olması nedeni ile istatistiksel analiz uygulanamadı.

## Bulgular

Sigara içen 69 hasta içinde, risk kategorisi 1 (düşük risk grubu) olan grupta 11 hastada ortalama nüks zamanı 8,3 ay olup , sigara içmeyen grupta 21 hastada ortalama 22,6 ay da nüks gelişmiş olup nümerik olarak nüks süresi sigara içen grupta daha kısadır. Orta risk grubunda hasta sayısının az olması nedeni ile sigara içen hasta grubunda nüks ortalama süresi daha geç olmakla birlikte (grup A da 9 hasta, grup B de 16 hasta ) bu bulgu hasta sayısı azlığı nedeni ile anlamsız kabul edilmelidir. Yüksek mesane kanseri riski olan grupta sigara içmek nüks zamanını etkilemede farklılık oluşturmamıştır. Çalışmaya dahil edilen sigara faktörünün özellikle düşük risk grubunda nüks süresini kısalttığı, orta risk ve yüksek risk grubunda nüks sürelerinin benzer olduğu gözlemlendi. Progresyon sayı verilerinin az olması ile birlikte, yüksek risk grubunda sigara içmenin progresyon süresini kısalttığı izlenmiştir.(Tablo 1)

**tablo 1: Sigara içen ve içmeyen hastalarda nüks ve progresyon verileri**

SİGARA İÇEN GRUP (HASTA)					
(69)					

RİSK KATEGORİ	HASTA SAYISI	NÜKS SAYISI	ORTALAMA NÜKS SÜRESİ	PROGRESYON SAYISI	ORTALAMA PROGRESYON SÜRESİ
1	11 ( %15,9)	11	8,3 ay	0	0
2	9 ( %13)	8	29 ay	1	6 ay
3	44 ( 63,7)	64	6,5 ay	4	4,25 ay
SİGARA İÇMEYEN GRUP (109 HASTA)					
RİSK KATEGORİ	HASTA SAYISI	NÜKS SAYISI	ORTALAMA NÜKS SÜRESİ	PROGRESYON SAYISI	ORTALAMA PROGRESYON SÜRESİ
1	21 (%19,2)	21	22,6 ay	0	0
2	16 (%14,6)	15	10,8 ay	1	3 ay
3	72 (%66)	64	7,57 ay	8	13,6 ay

## Tartışma

Mesane kanseri dünya çapında görünme sıklığı bakımından 9. sırada, kanserden ölüm oranları bakımından ise 13. sırada yer almaktadır (6). Mesane kanserinin oluşmasında ve gelişmesinde genetik geçişten, çevresel faktörlere kadar uzanan birçok neden rol oynamaktadır. Sigara içiciliği mesane kanseri olgularının %50'sinden fazlasında görülen en önemli risk faktörüdür ve sigara içimi mesane kanseri gelişme riskini 2-4 kat artırmaktadır (7,8). Birçok çalışma sigara içiciliğinin sadece mesane kanserinin gelişiminde rol almadığını, hastalığın ilerlemesinde ve buna bağlı ortaya çıkan sonuçlarda rol aldığını da göstermiştir (9). Literatürdeki çalışmaların çoğunluğu kas invaziv olmayan mesane kanserlerinde sigara içiciliği ile hastalık rekürrensi arasındaki ilişkiye ve ek olarak kanser progresyonuna odaklanmıştır. Bu çalışmalarda sigara içiciliği ile mesane kanseri rekürrensi ve mesane kanserinin progresyonu arasında kuvvetli bir ilişki olduğu gösterilmiştir (10,11,12). Ancak sigara içiciliği süresi ile mesane kanserinin tanı sırasındaki klinik ve patolojik özellikleri ile ilişkisini gösteren çalışma sayısı çok fazla değildir. Bu çalışmada sigara içme süresinin uzaması ile tümörün tanı anındaki boyutunun büyüklüğü, sistoskopik görünümünün solid olması ve patolojik değerlendirme sırasındaki histolojik grade ve derecesinin yüksekliği, lamina propria invazyonunun varlığı, skuamatoid diferansiyasyon göstermesi, nekroz ve enflamasyon varlığının bulunması arasında ilişkili olabileceğini gösterdik. van Roekel ve ark. (13) geniş bir olgu sayısı içeren çalışmalarında mesane kanseri tanısı aldıkları anda sigara içenlerin sigara içmeyenlere göre daha erken yaşta olduklarını, daha büyük çapta tümöre ve daha yüksek evre ve grade tümöre sahip olduklarını göstermişler. Pietzak ve ark. (14) ise ağır sigara içicilerinde (>30 paket-yıl) hafif sigara içicilerine (<30 paket-yıl) ve sigara içmeyenlere göre tanı anındaki mesane kanserinin patolojik özelliklerinin daha agresif olduğunu göstermişlerdir.

Bizim çalışmamızda benzer sonuçlar elde edilmiş olup sigara içen grupta daha erken dönemde nüks olduğu izlenmiştir.

## Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın düşük hasta sayısına sahip olması ve retrospektif olarak dizayn edilmesi başlıca kısıtlayıcı faktörlerdir.

## Sonuç

Çalışmamızda, mesane kanserli hastalarda sigara kullanım süresi uzunluğu ile tümörün tanı anındaki histopatolojik özellikleri arasında olumsuz bir ilişki olduğunu gösterdik. Mesane kanseri nedeni ile TUR-M uygulanan hastalarda sigara kullanımı yüksek rekürrens ile ilişkilidir. Ancak bu bulgular geniş hasta gruplarında tekrar değerlendirilmelidir. Sigara içen 60 yaş üstü erkeklerde ağrısız kanama durumunda mesane kanseri riski ciddi oranda artmakta olup bu hastalar direkt olarak görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmelidir

## Kaynaklar

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A, Cancer Statistics, 2016. *CA Cancer J Clin* 2016;66:7-30.
2. Eser S, Yakut C, Özdemir R, et al. Cancer Incidence Rates in Turkey in 2006: A Detailed Registry Based Estimation. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010;11:1731-1739.
3. Morrisson AS, Proppe KH, Verhoek WG, et al. Histologic features of bladder cancer in Boston, USA, Manchester, UK, and Nogaya, Japan. *Int J Cancer* 1982;30:701-705.
4. Zeegers MP, Tan FE, Dorant E, van Den Brandt PA. The impact of characteristics of cigarette smoking on urinary tract cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies. *Cancer* 2000;89:630-639.
5. National Cancer Institute Definition of Pack Year. [http://www.cancer.gov/Templates/db\\_alpha.aspx?CdrID=306510](http://www.cancer.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=306510), 1 Kasım 2010.
6. Tan WS, Rodney S, Lamb B, et al. Management of non-muscle invasive bladder cancer: a comprehensive analysis of guidelines from the United States, Europe and Asia. *Cancer Treat Rev* 2016;47:22-31.
7. Burger M, Catto JW, Dalbagni G, et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *Eur Urol* 2013;63:234-241.
8. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, et al. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *JAMA* 2011;17;306:737-745.
9. van Osch FH, Jochems SH, van Schooten FJ, et al. Quantified relations between exposure to tobacco smoking and bladder cancer risk: a meta-analysis of 89 observational studies. *Int J Epidemiol* 2016;45:857-870.
10. Chen CH, Shun CT, Huang KH, et al. Stopping smoking might reduce tumour recurrence in nonmuscle-invasive bladder cancer. *BJU Int* 2007;100:281-286.
11. Rink M, Xylinas E, Babjuk M, et al. Impact of smoking on outcomes of patients with a history of recurrent non-muscle invasive bladder cancer. *J Urol* 2012;188:2120-2127.
12. Rink M, Furberg H, Zabor EC, et al. Impact of smoking and smoking cessation on oncologic outcomes in primary non-muscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol* 2013;63:724-732.
13. van Roekel EH, Cheng KK, James ND, et al. Smoking is associated with lower age, higher grade, higher stage, and larger size of malignant bladder tumors at diagnosis. *Int J Cancer* 2013;15;133:446-454.
14. Pietzak EJ, Mucksavage P, Guzzo TJ, et al. Heavy Cigarette Smoking and Aggressive Bladder Cancer at Initial Presentation. *Urology* 2015;86:968-972.

# SIK KARŞILAŞILAN BAŞ DÖNMESİ SEBEPLERİ VE BİRİNCİ BASAMAKTA BAŞ DÖNMESİ YÖNETİMİ

Selma Tekin<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,

## GİRİŞ:

Baş dönmesi birinci basamağa başvuru nedenleri arasında sık görülen şikayetlerden olup, insidansı %20-30 arasında değişmektedir ayrıca baş dönmesi şikayeti olan hastaların yarısından fazlası ilk olarak birinci basamak sağlık merkezine başvurumaktadırlar (1). Baş dönmesinin Amerika’da birinci basamakta yıllık insidansı %1,7 iken buna rağmen 2. Ve 3. Basamaktaki yıllık prevalansı %17’dir (2,3). Bir hastalık değil, çok sayıda hastalığın semptomlarından biri olarak karşımıza çıkar. Baş dönmesi sebepleri, birinci basamak, acil servis, nöroloji polikliniklerinde benzer şekilde karşımıza çıkar. Altta yatan ve baş dönmesine sebep olan durum ölümcül olabilen ciddi sonuçlara yol açabilir. Baş dönmesi santral veya periferik kaynaklı olabilir. Baş dönmesinin altta yatan nedenlerinin başında, benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV), Meniere hastalığı, vestibuler nörit, vertiginöz migren, ortostatik hipotansiyon ve labirentit gelmektedir (4,5). Basit birkaç soru ve muayene bulguları ile olası tanıları daraltabiliriz. Ayrıntılı sorgulama, muayene ve tüm tetkikler yapıldıktan sonra dahi 5 hastadan birinde tanı konulamayabilmektedir (6).

Hastalarda baş dönmesi farklı şekillerde hissedilebilir. Bunlar sersemlik, pre-senkop, vertigo ve dengesizlik şeklinde olabilir (1). Tüm bu tanımlamalar arasında etiyolojik farklılıklar kendini gösterir. Vertigo tanımı daha çok vestibuler sistem kaynaklı patolojileri yansıtır. Pratikte ise vertigo dışındaki tüm baş dönmeleri için dizziness terimi kullanılır ve daha çok dahili sistemik veya psikiyatrik nedenlerle ilişkili olduğu düşünülmektedir (7). Dengenin sağlanmasında vizuel, proprioseptif ve vestibuler sistem ile serebellar sistemler birlikte rol oynar. Bu sistemlerden herhangi birinin aksaması baş dönmesine neden olur. Bu sistemlerin organizasyon bozukluğu sonucunda sebepler santral veya periferik olarak ayrılır. Santral ve periferik baş dönmesi sebeplerini ayrıntılı anamnez, muayene bulguları ve yapılan görüntülemeler sonrasında belirleyebiliriz. Nörolojik muayenede öncelikle göz hareketleri (sakkadik ve izleme) değerlendirilmelidir; istirahat halinde gözlerin pozisyonu, konjuge göz hareketleri, pupillaların büyüklüğü, direkt ve indirekt ışık refleksleri, nistagmus değerlendirilmelidir. Hastada saptanan nistagmus özellikleri santral vertigo ile periferik vertigo ayırıcı tanısında önemli rol oynar.

## GEREÇ VE YÖNTEM:

Ocak-Aralık 2018 tarihlerinde baş dönmesi şikayetiyle Pamukkale Üniversitesi Hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran 200 hasta retrospektif olarak incelendi ve 38 hastanın etiyolojiye yönelik bilgilerine ulaşamadığı için bu hastalar çalışmaya dahil edilmedi, 162 hasta çalışmaya alındı. Hastaların; yaş, cinsiyet, kranial görüntüleme, nörolojik muayene bulguları, kan parametreleri sistemden kaydedildi. Elde edilen sonuçlara göre baş dönmesi etiyolojileri belirlendi. Verilerin istatistiksel analizi

SPSS 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde Pearson  $\chi^2$  korelasyon ve Fisher'in kesin testleri kullanıldı. İstatistiksel açıdan p değeri <0,05 düzeyi anlamlı olarak kabul edildi.

### **BULGULAR:**

162 hastanın 109 'u (%67.3) kadın, 53'ü (%32.7) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 57.7±14.5 (18-83) olarak saptandı. Baş dönmesi sebepleri iskemik serebrovasküler olaylar, benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV), vertebro-baziller yetmezlik (VBY), vitamin B12 düşüklüğü, ortostatik hipotansiyon, vestibuler sistem bozuklukları ve vertiginöz migren olarak sınıflandırıldı. Baş dönme sebeplerinde kadın ve erkek cinsiyet arasında fark saptanmadı (p=0.07). Tüm sebeplere bağlı baş dönmesi 55 yaş üzerinde daha fazla görülürken, vertiginöz migren 35- 55 yaş aralığında daha sık izlendi ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.1). Tüm baş dönmesi sebepleri arasında birinci sırayı 51'er kişi (%31.5) ile BPPV ve vestibuler sistem bozuklukları alırken, ikinci sırayı 18 kişi (%11.7) ile ortostatik hipotansiyon, üçüncü sırayı 14 kişi (%8.6) ile vitamin B12 eksikliği, dördüncü sırayı 12 kişi (%7.4) ile vertiginöz migren, beşinci sırayı 9 kişi (%5.6) ile iskemik serebrovasküler hastalık ve en az oranda 7 kişi (%4.3) ile vertebro-baziller yetmezlik yer almaktaydı. Baş dönmesi sebeplerini santral ve periferik olarak da inceledik. Hastaların 102 'si (%63) periferik baş dönmesi sebeplerine sahipken, 46'sında (%28.4) santral sebepler saptandı ancak, santral ve periferik sebeplerde cinsiyet ve yaş gruplarına göre anlamlı farklılık görülmedi (p=0.4, p=0.1).

### **TARTIŞMA:**

Baş dönmesine sebep olabilen hastalık spektrumu oldukça geniştir. Dengeyi sağlayan periferik ve santral vestibüler sistemler ve bunları sekonder olarak etkileyen metabolik ve vasküler sistem bozuklukları baş dönmesine yol açabilir. Santral baş dönme sebepleri serebellum ve beyin sapı iskemileri, arka fossa tümörleri gibi ölümcül olabilen ciddi hastalıklar olabilir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar santral baş dönmesinin tüm baş dönmesi nedenlerinin % 25 inden sorumlu olduğunu göstermiştir (8). Biz de çalışmamızda literatüre yakın olarak santral sebepleri %28.4 oranında bulduk. Daha önce yapılan çalışmalarda gösterildiği gibi bizim de çalışmamızda baş dönmesinin en sık sebeplerini BPPV ve vestibuler sistem ile ilişkili bulduk (9).

### **SONUÇ:**

Ayrıntılı bir anamnez ile birlikte muayene bulguları hastanın yakınmasının periferik mi yoksa santral kaynaklı mı olduğunu ayırt etmede yardımcı olacaktır. Birinci basamak sağlık merkezlerinde de baş dönmesi hekimin en sık karşılaştığı semptomlardan biri olup bu durumda aile hekimlerinin rolü oldukça önemlidir. Bu hastalar aile hekimleri tarafından tespit edilip, merkezimize gönderildiğinde, azımsanmayacak oranda serebellum ve beyin sapı iskemileri, arka fossa tümörleri ve benzeri gibi mortal olabilen baş dönmesi sebeplerinin erken dönemde tanı alması ve tedavisi sağlanacaktır. Ayrıca prognozu

daha iyi olabilen ancak semptomları açısından kişiyi zor duruma sokabilen vertiginöz migren gibi durumların da tanı ve tedavisi ile kişiyi rahatlatırız.

#### **REFERANSLAR:**

- 1- Post, Robert E. and Lori M. Dickerson. "Dizziness: a diagnostic approach." *Am Fam Physician* 82.4 (2010): 361-8.
- 2- Sloane, Philip D. Dizziness in primary care: results from the National Ambulatory Medical Care Survey. *Journal of Family Practice*. 29.1 (1989): 33-39.
- 3- Kroenke, Kurt. "Symptoms in medical patients: an untended field." *The American journal of medicine* 92.1 (1992): S3-S6.
- 4- Kentala E, Rauch SD. A practical assessment algorithm for diagnosis of dizziness. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 128(1) (2003):54-59.
- 5- Hanley, K. T. O. D., and T. O'Dowd. "Symptoms of vertigo in general practice: a prospective study of diagnosis." *Br J Gen Pract* 52.483 (2002): 809-812.
- 6- Kroenke K, Lucas CA, Rosenberg ML, et al. Causes of persistent dizziness. *Ann Intern Med*. 117.11(1992):898-904.
- 7- Çorbacıoğlu MB, Genç E. Baş Dönmesinin Santral Nedenleri. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*. 6.2 (2013):53-60.
- 8- Gökçay, F., Santral Baş Dönmesi Tanı ve Tedavi Algoritması. *Türkiye Klinikleri Journal of ENT Special Topics*. 6.1 (2013): p. 107-109.
- 9- Hanley, K. T. O. D., & O'Dowd, T.. Symptoms of vertigo in general practice: a prospective study of diagnosis. *Br J Gen Pract*, 52.483. (2002): 809-812.

# PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE UYKU KALİTESİ VE AKILLI TELEFON BAĞIMLILIĞI İLE İLİŞKİSİ

**Betül Özcan<sup>1</sup>, Nurhan Meydan Acımiş<sup>1</sup>,**

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Kaliteli uyku insan sağlığı için önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Pamukkale Üniversitesi öğrencilerinde uyku kalitesinin incelenmesi ve akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini 2017-2018 akademik yılında Pamukkale Üniversitesi Kınıklı Kampüsü içindeki yüksekokul ve fakültelerde öğrenim görmekte olan öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmada veri formu, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ölçeği Kısa Formu (ATBÖ-KF) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) olmak üzere üç bölümden oluşan anket formları kullanıldı. ATBÖ-KF'nin Noyan ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Cronbach alfa katsayısı 0,867 olarak bulunmuştur. ATBÖ-KF'den alınan puan arttıkça akıllı telefon bağımlılığı riskinin arttığını göstermektedir. ATBÖ-KF kesme puanı erkekler için 31, kadınlar için 33 olarak belirtilmiştir. PUKİ ölçeğinin Ağargün ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur. PUKİ puanlarının yüksek olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. PUKİ'den alınan toplam puanın 5'in üzerinde oluşu kötü uyku kalitesini gösterir. Araştırma için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı ve PAÜ Rektörlüğü izni alındı. Bir tıpta uzmanlık tez çalışması olan bu araştırmanın verileri Mart-Nisan 2018 tarihlerinde toplandı. Araştırmanın bağımlı değişkeni uyku kalitesi olup, PUKİ toplam puanı 5'in üzerinde olanların uyku kalitesi 'kötü' olarak tanımlandı. Bu çalışma, Pamukkale Üniversitesi BAP birimi tarafından 2018TIPF039 numaralı proje ile desteklenmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde SPSS programı kullanıldı. İstatistiksel analizlerde  $p < 0,05$  anlamlı kabul edildi.

Araştırmaya PAÜ Kınıklı Kampüsü içindeki yüksekokul ve fakültelerden çok aşamalı küme örnekleme yöntemi ile seçilen 1545 öğrenci katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması  $21,39 \pm 2,21$  yıl olup, %56,8'i kızdı. Tüm katılımcılar arasında PUKİ toplam puanı 5'ten yüksek olup, kötü uyku kalitesine sahip olanların sıklığı %52,4 olarak bulundu. ATBÖ-KF'nin belirtilen kesme noktalarına göre akıllı telefon bağımlılığı sıklığı tüm araştırma grubunda %34,6 olarak bulundu. Katılımcıların PUKİ ve ATBÖ-KF ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve anlamlı korelasyon ilişkisi olduğu saptandı. Akıllı telefon bağımlısı olanlarda kötü uyku kalitesine sahip olma sıklığının diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu.

Sonuç olarak araştırma grubunu oluşturan üniversite öğrencilerinin yarısından fazlasının kötü uyku kalitesine sahip olduğu bulundu. Üniversite öğrencileri uyku kalitesi konusunda bilinçlendirilmelidir.

**ANAHTAR KELİMELER:** uyku kalitesi, üniversite öğrencileri, akıllı telefon bağımlılığı

**Betül Özcan<sup>1</sup>, Nurhan Meydan Acımiş<sup>1</sup>**

**KEYWORDS:**

---



# AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN ADÖLESANLARIN OBEZİTE DURUMLARININ VE BESLENME ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Nilüfer Emre<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Aile Hekimliği A.D.,

## GİRİŞ

Obezite, çocuk ve adölesanların %25-30'unu etkileyen önemli bir beslenme problemidir. Çocukluk çağı obezitesi, özellikle gelişmiş ülkelerde olmakla beraber bütün dünyada artan bir prevalansa sahiptir. Obeziteye bağlı sorunların yanında, çocukluk döneminde obez olanlarda, erişkin çağda morbidite ve mortalitenin daha yüksek olması; adölesan çağa obez girenlerin %50'sinin erişkin dönemde obez olması, obezitenin önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir (1-3). Dünya sağlık örgütü, 2007 yılında 5-19 yaş grubunun Vücut kitle indeksi (VKİ), persentil eğrileri ve z skoru değerlerini yayınlamıştır. Bu değerlere göre VKİ'nin 85 persentil ile 95 persentil arasında olması ya da +1 SD (Standart Deviasyon) üzerinde olması “fazla kilolu”, 95 persentil ve üzerinde ya da +2 SD üzerinde olması ise “obezite” olarak tanımlanmaktadır (4). Türkiye Okul Çağı Çocuklarında Büyümenin İzlenmesi (TOÇBİ) Projesi araştırma raporuna göre; Türkiye genelinde çocukların %14,3'ünün hafif kilolu, %6,5'inin obez olarak tespit edilmiş (5). Bizim bu çalışmamızın amacı aile hekimliği polikliniklerine; okul taramaları, izlem ve muayene için gelen adölesanların obezite durumlarını belirleyerek; beslenme alışkanlıklarını, beslenme davranışlarını ve fizik aktivitelerini sorgulayarak obezite durumu ile ilişkili faktörleri tespit etmektir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma, Denizli il merkezinde iki farklı bölgede bulunan aile sağlığı merkezlerinde Ekim –Aralık 2018 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniğine başvuran, araştırmamıza gönüllü katılmayı kabul eden, 10-19 yaş arası adölesanlarda yapıldı. Tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışma olup, araştırma öncesi Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı. Adölesanlar DSÖ kriterlerine göre, geç adölesan dönemi (17-19 yaş), orta adölesan dönemi (14-16 yaş) ve erken adölesan dönemi (10-13 yaş) olmak üzere üç grupta kategorize edildi (7). Anket formu ile yüz yüze görüşme ile veriler elde edildi. Anket formunda sosyodemografik özellikleri içeren sorularla birlikte adölesanların boy, kilo ve tansiyon ölçümleri ve ebeveyn boy kilo ölçümleri yer almaktaydı. Adölesan boy ve kilo ölçümleri; boy uzunluğu çelik şeritmetre kullanılarak ayakları çıplak ve birleşik olarak, düz bir duvara baş arkası, sırt, kalça ve ayak topuklarının arkasının değmesi ve hazır ol durumunda durmaları sağlanarak başın üzerinden tabana kadar olan uzunluk ölçülerek yapıldı. Ağırlık ölçümü taşınabilen bir baskül düz bir zeminde sıfıra ayarlandıktan sonra, adölesanların hafif giysili ve çıplak ayaklı olmalarına dikkat edilerek ölçüldü. Bel çevresi, dik pozisyonda karınları serbest halde iken göbek çukuru hizasından mezura ile ölçüldü. Anemiyi değerlendirmek için hemoglobin ve/veya

hematokrit ölçüm değerlerine kaydedildi. Ayrıca beslenme davranışı ve fizik aktivitenin sorgulandığı sorularla birlikte beslenme alışkanlıklarını belirlemek amacıyla, Demirezen ve Coşansu tarafından geliştirilen ve 6 maddeden oluşan beşli likert tipinde Beslenme Alışkanlıkları İndeksi'nden (BAİ) yararlanıldı (6). Veriler SPSS 21.0 istatistik paket programında analiz edildi, veri analizinde ortalama, median, standart sapma, sürekli değişkenlerin arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizleriyle ve kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki kare analizi ile incelenmiştir.  $P<0,05$  anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmamıza katılan 172 kişinin yaş ortalamaları  $15,08\pm 2,2$  ve % 42,4'ü erkekti. %18'i obez ve % 5,8'i fazla kiloluydu. Kızların %26,3'ü obez ve %7,1'i fazla kiloluydu. Erkeklerin ise %6,8 obez ve % 4,1'i fazla kiloluydu. Kızlardaki obezite oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ( $P<0,05$ ). Orta adölesan grupta fazla kilolu ve obez olanlar, erken ve geç adölesan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek oranda bulundu ( $P<0,05$ ). Ebeveyn VKİ ile adölesan VKİ arasındaki ilişki incelendiğinde anne VKİ ile ilişki bulunamazken, baba VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf düzeyde pozitif yönde ilişki bulundu ( $P=0.16$ ;  $P=0.038$ ). Adölesanların hemogram değerlerine bakıldığında  $13,5\pm 1,4$  (en düşük 9,4; en büyük 17) olarak tespit edildi. Yaş grupları arasında anlamlı ilişki saptanmadı. BAİ'ne göre, sadece bir adölesan beslenme yönünden riskli bulunmamışken %99,6'sı farklı düzeylerde riskli bulundu. Sırasıyla beslenme alışkanlığı yönünden %17,4'ü yüksek, %50,6'sı orta ve %31,4'ü hafif riskli bulunmuştur. Cinsiyetler arası anlamlı fark bulunamazken, BAİ puanı açısından kızların aldıkları puanlar daha yüksekti. Yaş gruplarında BAİ yüksek risk grubunda, erken adölesan dönem %13,3 ile en az orana sahipti. Beslenme davranışları açısından adölesanların %47,1'i herhangi bir öğünü atlarken, en fazla atlanılan öğün sabah kahvaltısıydı. Fizik aktivite açısından adölesanların %16,9'u hiç spor yapmazken %29,7'si düzenli spor yapmadıklarını belirtti. Yaş grupları arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

## TARTIŞMA

Son yıllarda yapılan çalışmalardan adölesanlarda obezite oranlarının arttığı gözlenmektedir. Bu çalışmalardan Isparta'da okullarda yapılan bir çalışmada obezite oranları 11,6 ve kızlarda %9, erkeklerde %14 bulunmuş (8). Elazığ'daki çalışmada ise obezite oranları %13,5 ve kızlarda %3,8; erkeklerde %0,9 olarak tespit edilmiş (9). Çalışmamızda obezite oranlarının diğer çalışmalardan yüksek olmasını katılan adölesanların sayıca diğer çalışmalardan az olmasına, bölgesel ve ekonomik durum farklılıklarına bağlayabiliriz. Eskişehir'deki çalışmada ise, 4,026 okul çağı çocukta, 11-14 ve 15-18 grubundaki obezite sıklığı ile 7-10 yaş grubundaki VKİ değerleri arasında anlamlı yükseklik

saptanmıştır (10). Bizim çalışmamızda 14-16 yaş grubunda obezite oranları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde yüksekti. Tola ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada obez vakaların anne ve baba ağırlıkları obez olmayan vakalardan anlamlı olarak yüksek bulunmuş (8). Bizde çalışmamızda sadece baba VKİ ile adolesan VKİ arasında anlamlı ilişki saptadık. BAİ açısından Demirezen ve arkadaşlarının çalışmasında %21'i yüksek %64,1'i orta risk grubundaydı (11). Turan ve arkadaşlarının sadece erkek öğrencilerden oluşan meslek lisesinde yaptığı çalışmada ise %42,1 yüksek, %47,4 orta risk grubundaydı (12). Çalışmamızda BAİ ölçek puanları diğer çalışmalardan düşüktü kızların daha fazla olmasına, bölgesel ve ekonomik durum farklılıklarına bağlayabiliriz.

## SONUÇ

Adölesan dönemi, insanda büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu, çocukluktan erişkinliğe geçişi kapsayan özel bir dönem olup, aile hekimliği birimlerimize kayıtlı olan adölesanlardaki obezite sıklığını tespit ederek adölesanlarda bu durumla ilgili farkındalık oluşturup, sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırmanın önemli olduğunu düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

- 1.Günöz H. Şişmanlık beslenme ve beslenme bozuklukları. Pediatri içinde. (ed) Neyzi O, Ertuğrul T. 3. Basım, Cilt 1. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2002:221-6
- 2.Gürel S, İnan G. Çocukluk çağı obezitesi tanı yöntemleri, prevalansı ve etyolojisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001;2:39-46.
- 3.Hauner H. Transfer into adulthood in obesity in childhood and adolescence: pediatric and adolescent medicine eds Kiess W, Marcus, C, Wabitsch M. Vol 9. Basel, S Karger AG. 2004 : 219-28
- 4.WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva, World Health Organization. 2006
- 5.Hizmetleri TS, Müdürlüğü G. Türkiye'de okul çağı çocuklarında (6-10 yaş grubu) büyümenin izlenmesi (TOÇBİ) projesi araştırma raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. 2011.
- 6.Demirezen E. (1999). 11-17 Yaş grubu Okul Çağı Çocuklarda Koroner Kalp Hastalıkları Risk Etmenlerin Belirlenmesi, İstanbul Üniversitesi sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 7.World Health Organization. Adolescent Friendly Health Services. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development. 2002; [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1) internet erişim tarihi 12.02.2019

- 8.Tola HT, Akyol P, Eren E, Dünder N, Dünder B. Obesity prevalence and factors affecting obesity frequency in children and adolescents in Isparta. *The Journal of the Child*. 2007;7(2):100-4.
- 9.Aygün D, Akarsu S, Yenioglu H, Kocabay K, Güvenç H. Elazığ il merkezinde adolesan çağında obezite prevalansı. *Fırat Tıp Dergisi* 1997; 1:1167-70.
- 10.Uçar B, Kılıç Z, Çolak Ö, Öner S, Kalyoncu C. Original Article Coronary risk factors in Turkish schoolchildren: Randomized cross-sectional study. *Pediatrics International* 2000;42:259-6
11. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2005;14(8):174-8.
12. Turan T, Ceylan SS, Çetinkaya B, Altundağ S. Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obesite Sıklığının ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009 Jan 1;8(1).

# GEBELERDE AŞI FARKINDALIĞI

Özlem Kosar Can<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI,

## Giriş

Maternal bağışıklama ile erken doğumların önlenmesine katkı sağlar ve bu yolla intrauterin gelişme geriliği olasılığını azaltır. Maternal antikorların pasif olarak geçişi 17. gebelik haftasında başlar, 30. haftadan sonra hızlanır ve bebekleri kendi bağışıklık sistemleri olgunlaşana kadar hastalıklardan korur. Ayrıca annenin ateşli hastalıktan korunması ile erken doğum riski de azaltılmış olur (1–3). Gebelik sırasında rutin önerilen aşilar inaktif influenza, tetanoz difteridir (Td) (Tetanoz difteri asellüler boğmaca (Tdap) uygulanmadığı durumlarda, bulunabilirsa Tdap önerilir). Risk durumuna göre hepatit A, hepatit B, meningokok, pnömokok ve kuduz aşiları yapılabilir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimleri başta olmak üzere tüm gebe takibi yapan hekimlerin gebe bağışıklamasındaki rolü giderek daha önemli hale gelmektedir (4). Bu çalışmanın amacı, gebelerin aşılama konusundaki bilgi, davranış ve tutumlarının değerlendirilerek ortaya çıkan sonuçlarda aile hekimlerinin katkısını ortaya koymaktır.

## Yöntem

Bu çalışma Aralık 2018-Ocak 2019 döneminde gebe polikliniğine başvuranlara ait demografik özellikler ve aşilarla ilgili dokuz soruya, yüz yüze görüşülerek alınan cevapların anket formuna kaydedildiği, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizi yüzde oranları verilerek hesaplandı.

## Bulgular

Çalışma sürecine sözlü onayla 50 gebe katıldı. Gebelerin ortalama yaşı  $27,8 \pm 3,8$  (19-35) idi. Gebelik sayıları 1-11, doğum sayıları 0-6 aralığında tespit edildi. Ortalama gebelik haftası  $27 \pm 7,5$  (10-39) idi. Çalışmaya katılanların büyük bölümü ilkokul (%32) ve ortaokul mezunu (%32) idi. Tamamına yakını %86 (n=43) ev hanımı idi. Büyük bölümü %90 (n=45) gebelik boyunca sadece tetanoz aşısı yaptırmıştı. Hastaların tamamının grip aşısı yaptırmadığı tespit edildi. Aşilarla ilgili bilgiyi en sık %70 (n=35) doktordan, %18 (n=9) okul, %6 (n=3) Televizyon, bir kişi aileden öğrendiği bulundu. İki kişi (%4) aşilarla ilgili hiçbir bilgisi olmadığını belirtti. %96'sı aşiların güvenli (n=48) ve %90'ı aşiların etkili (n=45) olduğunu düşünürken, grip aşısının güvenliği konusunda bu oranın %44, grip aşısının etkinliği konusunda ise %32'ye düştüğü saptandı. Tetanoz aşısına ise güven %94, etkili olduğuna inanma %90 olarak bulundu.

İnfluenza aşısı yaptırmak istememenin en önemli nedenlerinin başında, doktor tarafından tavsiye edilmemesi (%90) gelirken, aşının gerekliliğini bilmeme (%82), aşının etkili olduğuna inanmama (%46), aşıya güvenmeme (%38) diğer nedenler olarak saptandı.

## Tartışma:

Bağışıklama, en başarılı koruyucu sağlık müdahalesi olup, halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Aşılar, doğrudan ve dolaylı etkiyle birçok hastalığın oluşmasını ve yayılmasını engeller. Aşılar son derece güvenilir biyolojik ürünlerdir (5).

Bizim çalışmamıza katılan gebelerin hiçbirinin influenza aşısı yaptırmadığı tespit edilmiştir. Oysaki, Dünya Sağlık Örgütü; tüm gebelere, gebelik planlayan kadınlara, postpartum ve emziren annelere influenza aşısını önermektedir. Gebelerde influenza ilişkili hastane yatış riski 2-3 kat yüksektir. Gebeler ve fetusları komplikasyonlar açısından yüksek risk taşıdıkları için aşı önerilen grupta yer almaktadır. Aşılardaki tiomersal ve adjuvan (MF59)'a maruz kalan yenidoğan, çocuk ve gebeleri de içeren çalışmalarda toksisite oluşturduğuna dair kanıt olmadığı bildirilmiştir (6,7).

Gebelerde aşı reddinin araştırıldığı çalışmaların büyük çoğunluğu influenza aşısının reddi ile ilgili yapılmış çalışmalardır. Gebelerde aşı reddinin araştırıldığı 155 makalenin sonuçlarının değerlendirildiği bir derlemede en sık aşı reddi nedenleri; %41 aşıların gebelik sırasındaki güvenilir olmadığı, %18 aşının gerekli olduğuna inanmama, %14 bilgi eksikliği ve % 10 sağlık çalışanların tarafından aşının önerilmemesi ve %4 aşıya ulaşamama olarak bulunmuştur (8). Çalışmamıza benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada da gebelerde en sık yapılan aşı tetanoz aşısı olarak bulunmuş ve influenza için en sık aşılınmama nedeni doktorun önermemesi olarak bildirilmiştir (9). İki yüz kırk iki lohusanın katıldığı aşılama tutumu ile ilgili bir çalışmada ise 106 anne gebelikte aşılarından kaçınmak gerektiğini ifade etmiştir (10). 1184 gebenin değerlendirildiği başka bir çalışmada; ilk gebeliği olanların (445;% 49) daha fazla aşı kaygısının olduğu, % 46'sının influenza ve % 82'sinin boğmaca aşısı yaptırdığı bulunmuştur (11).

Gebe aşılmasının artırılması için sağlık çalışanları başta olmak üzere bilgi eksikliği, aşılarla güvensizlik gibi nedenlerin ortadan kaldırılması ve halkın farkındalığının artırılması amacıyla çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Bunun için öncelikle aşı karşıtı tutumlara neden olan faktörler ortaya konmalı ve değiştirilmesi için stratejiler geliştirilmelidir.

## Kaynaklar

1. Richards JL, Hansen C, Bredfeldt C, Bednarczyk RA, Steinhoff MC, Adjaye-Gbewonyo D, et al. Neonatal outcomes after antenatal influenza immunization during the 2009 H1N1 influenza pandemic: impact on preterm birth, birth weight, and small for gestational age birth. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 2013 May;56(9):1216–22.
2. Fell DB, Sprague AE, Liu N, Yasseen AS, Wen S-W, Smith G, et al. H1N1 Influenza Vaccination During Pregnancy and Fetal and Neonatal Outcomes. *Am J Public Health*. 2012 Jun;102(6):e33–40.
3. Amirthalingam G, Andrews N, Campbell H, Ribeiro S, Kara E, Donegan K, et al. Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study. *The Lancet*. 2014 Oct 25;384(9953):1521–8.

4. Yenicesu DC, Demirel DY. Gebelerde Aşılar. Turk Klin Fam Med - Spec Top. 2011;2(5):75–81.
5. Sari T, Temocin F, Kose H. Attitudes of Healthcare Workers Towards Influenza Vaccine. Klimik DergisiKlimik J. 2017 Aug 21;30(2):59–63.
6. Köşüş N, Köşüş A, Simavli SA, Erdolu MD, Turhan NÖ. H1N1 İnfluenza: Gebelik ve Laktasyon. J Clin Obstet Gynecol. 2009;19(6):354–60.
7. MF59 is a safe and potent vaccine adjuvant that enhances protection against influenza virus infection: Expert Review of Vaccines: Vol 6, No 5 [Internet]. [cited 2019 Feb 18]. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/14760584.6.5.699>
8. Wilson RJ, Paterson P, Jarrett C, Larson HJ. Understanding factors influencing vaccination acceptance during pregnancy globally: A literature review. Vaccine. 2015 Nov 25;33(47):6420–9.
9. Celikel A, Ustunsoz A, Guvenc G. Determination of vaccination status of pregnant women during pregnancy and the affecting factors. J Clin Nurs. 2014;23(15–16):2142–50.
10. Silverman NS, Greif A. Influenza vaccination during pregnancy. Patients' and physicians' attitudes. J Reprod Med. 2001 Nov;46(11):989–94.
11. al DM et. Vaccine decision-making begins in pregnancy: Correlation between vaccine concerns, intentions and maternal vaccination with subsequent childhood va... - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2019 Feb 18]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28811050>

# OBEZİTE CERRAHİSİNDE AİLE HEKİMİNİN ROLÜ

Muhammed Raşid Aykota<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ. GENEL CERRAHİ A.D,

## Giriş

Son yüzyılda obezite dünya çapında alarm verecek bir seviyeye ulaşmıştır(1). Aslında halk sağlığında en fazla mücadele edilen sağlık sorunlarından biri de obezitedir (2) .Obesite ile mücadelede birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin rolü giderek daha önemli hale gelmektedir (3).Obesite birinci basamakta en sık görülen hasta şikayetlerinden biridir ve Türkiye’de %26,4 gibi yüksek bir orandadır (4).

Diyet, egzersiz, bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapi, hastaların kilo vermelerine yardımcı olmak için ilk seçilecek metotlardan olsa da bir kısım hasta da bariatrik cerrahi kaçınılmazdır ve son iki dekatta, bariatrik cerrahinin sistemik faydaları konusundaki artan farkındalık bu yaklaşımı klinik rutine koymuştur (5).

Diyetisyen, psikolog, endokrin. cerrah ve aile hekimi obezite yönetimi ve cerrahisinde multi disiplinler yaklaşımın doğal ekip üyeleridir (6).

Bu çalışmanın amacı kliğimizde son 6 ayda yaptığımız obezite ameliyatlarında aile hekimlerinin katkısını ortaya koymayı amaçladık.

## Yöntem

Çalışmaya haziran 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan 27 obez hasta( 7 erkek;20 kadın) dahil edildi. Bütün hastaların; yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi(VKİ), ek hastalık, takip süresince verilen kilo miktarı, per op ve post op komplikasyonları kaydedildi. Tüm hastalara Modifiye Morisky Ölçeği uygulanarak tedavi süresince motivasyon ve bilgi (tedaviye uyum) düzeyleri ölçüldü (7). Hastalar aile hekimi takibinde olanlar (Grup I) ve olmayanlar (GrupII) olarak ikiye ayrıldı. gruplar arası fark için Mann whitney- U testi yapıldı.

## Bulgular

Çalışmaya toplam 27 hasta dahil edildi. Bu hastaların 9 (%33)' u erkek, 18(



%67)' i kadındı. Grup I (n=9) de erkek kadın oranı 3/6 iken bu oran Grup II de 6/12 idi. Grup I ortalama yaş 38,8 iken Grup II de 35,5 idi. Her iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ). Grup I preoperatif ortalama vücut kitle indeksi (vki) 43,30 iken Grup II de preoperatif ortalama vücut kitle indeksi 45,09 olarak saptandı. Grup I de eşlik eden hastalık 9 hastanın 5 tanesinde mevcutken Grup II de 18 hastanın 11 'inde eşlik eden hastalık mevcuttu. Grup I de ortalama takip süresi 109 gün iken Grup II de ortalama takip süresi 106 gündü. Ortalama takip süresince Grup I de ortalama verilen kilo miktarı 30.04 kg iken Grup II de ortalama verilen kilo miktarı 27,15 kg idi. Her iki grupta ortalama takip süresince verilen kilo miktarları arasında ve komorbidite açısından anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Her iki grupta ortalama hastanede yatış süresi 3 gün olarak saptandı. Modifiye Morisky Ölçeği kullanarak yapılan tedaviye uyum değerlendirmesin de tedavi motivasyonu açısından fark saptanmazken bilgi ve bilinç düzeyi Grup I de anlamlı olarak daha fazla idi ( $p<0,05$ )

### **Tartışma**

Obezite ve buna bağlı hastalıklar her yıl artmaktadır. Obezite cerrahisi, şu anda uygun hastalar için uzun vadeli sürdürülebilir kilo kaybı sağlamak için en iyi tedavidir. Cerrahi sayısı tüm dünya da artmaktadır (8).

Obez hastaların yönetiminde aile hekimlerinin rolü konusunda literatürde pek çok bilgi ve önerilen guideline bulunmaktadır. Ülke sağlık sistemlerine göre önerilen aile hekimliği yaklaşımları farklıdır(3).

Halen devam etmekte olan çalışmamızın ilk verilerine göre bu hastalar aile hekimi tarafından tespit edilip merkezimize refere edildiğinde bilinç ve bilgi düzeyi diğerlerine göre yüksek çıkmıştır. Hasta hekim ilişkisin daha iyi kurulduğu birinci basamakta bu durum akla yatkın gelmektedir. Hasta sayısı azlığı ve takip süresi kısıtlılığı bu çalışmanın eksikliği olarak görülebilir. Daha fazla hasta ve daha uzun süreli takip ile evrensel sonuçlara ulaşmak mümkün olacaktır.

1-Story M, Neumark-Stzainer DR, Sherwood NE, Holt K, Sofka D, Trowbridge FL, et al.

Management of child and adolescent obesity: attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. Pediatrics 2002;110(1 Pt 2):210-4.

2-Bennett WL et al (2015) Satisfaction with primary care provider involvement

is associated with greater weight loss: results from the practice-based

POWER trial. *Patient Educ Couns* 98(9):1099–1105

3-Sturgiss EA, Elmitt N, van Weel C, Haesler E, Sargent G, Stevenson A, Harris M, Douglas K. The role of the family doctor in the management of adults who are obese: a scoping review protocol.

4-Sucaklı MH, Çelik M. Obezite etiyolojisi ve epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2015;6(3):1-6.

5- Panteliou E, Miras AD. What is the role of bariatric surgery in the management of obesity?

6- Public Health Agency of Canada, Canadian Institute for Health Information. Obesity in Canada. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada, Canadian Institute for Health Information; 2011. Available from: [www.phac-aspc.gc.ca/](http://www.phac-aspc.gc.ca/)

7- Bekir Vural, Özgür Teberru Acar Pınar Topsever, T.Müge Filiz; Reliability And Validity Of Turkish Version Of Modified Morisky Scale: *Turkishfamilyphysician.com*. Cilt: 3 Sayı: 2

8-Welbourn R, Pournaras DJ, Dixon J, et al. Bariatric surgery worldwide: baseline demographic description and one-year outcomes from the second IFSO Global Registry Report 2013-2015. *Obes Surg*. 2018;28(2):313–22.

# **POSTER BİLDİRİLER**

## **AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE YAŞAM KURTARMA ZİNCİRİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ**

**Mustafa Yorgancı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Denizli Devlet Hastanesi,

Ani kalp durması, Ülkemizde yılda 100.000 kişinin ölümüne neden olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. TÜİK verilerine göre, dolaşım sistemine bağlı ölümlerde en yüksek orana sahip il, %53,7 ile Denizli'dir. Ani kalp durmalarında "Yaşam Kurtarma Zinciri"nin hızlı ve kesintisiz oluşturulması durumunda hastaların sağkalım oranı artırılabilir. Ani kalp durmasında en kritik süre olan kalp durmasını takiben ilk dakikalarda kalp durmasının erken tanınması ve hızlıca Acil Çağrı Numarasının (112) aranması, yardım gelene kadar etkili Temel Yaşam Desteği Uygulamaları ve ilk dakikalarda olabildiğince hızlı, kalbe elektroşok işleminin uygulanması, beyinde hasar gelişimini ve dolayısıyla hayatta kalma olasılığını artıracaktır

Çalışma, Ocak-Mayıs 2017 aylarında Denizli Merkezdeki tüm Aile Sağlığı Merkezlerine yönelik yapılmıştır. Bu kapsamda bu merkezlerdeki 429 çalışana Yaşam Kurtarma Zinciri Uygulayıcı Eğitimi, bu merkezlerle ilgili 647 kişiye farkındalık eğitimi yapılmıştır. Eğitim yapılan tüm Merkezlerdeki Otomatik Kalp Şok Cihazları ulaşılabilir ve aktif hale getirilmiş ve 112 Acil Çağrı Merkezine entegrasyonu sağlanmıştır.

Eğitim öncesi yapılan ön testte başarı ortalaması %33,4 iken eğitim sonrası başarı ortalaması, %78,1 olarak tespit edilmiştir. Bu fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur.

Denizli'de yapılan bu çalışma, ASM'lerde hasta güvenliği açısından ciddi bir tehdit olduğunu ve iyi bir ekip çalışmasıyla bu konuda iyileştirme yapılabileceğini göstermiştir. Bu çalışma, Yaşam Kurtarma Zincirinin etkin uygulanmadığı ve OED'lerin atıl durumda bulunduğu Türkiye'nin tüm illerinde uygulanmalıdır.

**ANAHTAR KELİMELER:** Ani Kalp Durması, Aile Sağlığı Merkezleri, Yaşam Kurtarma Zinciri

### **TO STRENGTHEN THE LIFE-SAVING CHAIN IN FAMILY HEALTH CENTERS**

**Mustafa Yorgancı<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>DENİZLİ STATE HOSPİTAL

Cardiopulmonary has become a serious health concern that causes the death of 100,000 people in a year. According to the data of Turkish Statistical Institute, Denizli is the province where has the highest ratio (53,7%) of death based on the circulatory system. In case of rapidly and uninterruptedly establishing the 'Life-Saving Chain' at the moment of cardiopulmonary, the survival rate of the patients may be increased. Being recognized the cardiopulmonary in its first minutes when is the most critical period and called the Emergency Call Number (112) fast, implemented the Basic Life Supports until the Emergency arrives and also shocked on heart avoid the development of brain damage and increase the surviving possibility in this way.

The family health centers are one of the places where the cardiopulmonary has the prior risk when the applicant potential for the hospital is considered. However, since there is not an efficient system such as blue code in family health centers, there may be the weakness in Life-Saving Chain.

This research is conducted towards all the family health centers in the center of Denizli in January-May 2017. Life-Saving Chain education was applied to 429 healthcare professionals in the centers; the relevant 647 employees received awareness education. The Automatic Heart Defibrillators were activated and made accessible in all the centers.

The field of study is enlarged due to being seen the positive effects of the first stage of the research actualized in family health centers; this same application is being continued in places such as the public enterprises, shopping centers, factories, gyms in the center and the districts.

**KEYWORDS:** Cardiopulmonary, Family Health Centers, Life-Saving Centers

# BİR AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİNDE 24-28 HAFTALIK GEBELERDE OGTT SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Seval Sarıkaya<sup>1</sup>, Ayfer Gemalmaz<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı,

## GİRİŞ:

Gestasyonel diyabet (GDM), gebelik öncesinde aşikar diyabeti olmayan gebelerde, gebeliğin ikinci veya üçüncü trimesterında tanı konulan diyabet olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde tüm gebeler 24-28. gebelik haftalarında GDM açısından taranmaktadır. Türkiye’de GDM prevalansı % 1.2- % 4.5 arasında değişmektedir. Türkiye’de doğan her yedi bebekten bir tanesi GDM’den etkilenmektedir. Spontan abortus riski, vasküler sorunlar, preeklampsi-eklampsi, polihidramnios gelişmesi, sık üriner infeksiyon, fetüste konjenital malformasyon, makrozomi ya da büyüme gecikmesi, makrozomiye bağlı intrauterin ölüm ya da doğum travmaları GDM’nin önemli sonuçlarıdır. Ayrıca GDM yenidoğan döneminde hipoglisemi, sıkıntılı solunum sendromu, hiperbilirubinemi, polisitemi gibi durumlara neden olmaktadır. Bu sebeple GDM’ nin gebelikte erken dönemde saptanması ve uygun tedavisinin yapılması önemlidir.

## AMAÇ:

Aydın ilinde bir Aile Hekimliği Birimi (AHB)’de 2018 yılı içerisinde takipli tüm gebelerde gestasyonel diyabet sıklığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

## METHOD:

Aydın ilinde bir AHB’de 2018 yılı içerisinde izlenen 120 gebenin kayıtları retrospektif olarak incelendi. Dokuz gebenin gebeliği düşükle sonlandığı, 20 gebenin gebeliği 2018 de 24-28 haftaya ulaşmadığı ve devam ettiği, 15 gebe OGTT’yi reddettiği, 7 gebenin misafir ve tek izlemi olduğu için çalışmamıza alınmadı. Kalan 69 gebenin 24-28 haftalarda yapılan OGTT sonuçları ile demografik ve bazı tıbbi verileri SPSS programı ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Gebelerin yaş ortalaması 29 yıl (min 20,max 41), BMI ortalaması 29,2 ( min 20,6 max 40,7) idi. Gebelerin %55’i birinci ve ikinci gebeliklerini yaşıyordu. Yedi (%10,1) gebede prediyabet, iki (%2,9) gebede gestasyonel diyabet, iki (%2,9) gebede kilolu bebek doğurma öyküsü mevcuttu. İlk karşılaşmada bakılan açlık kan şekeri altı gebede 100 mg/dl ve üzerinde bulundu. Ancak bunlara daha sonra yapılan 50 gr tarama testi normaldi. 53 gebeye iki aşamalı GDM taraması 16 gebeye tek aşamalı GDM taraması yapılmıştı. İki aşamalı test yapılanlarda, ilk aşama 50 gr tarama testinde altısında (%11,3) sonuç  $\geq 140$  mg /dl saptanması üzerine 100 gr tanısal OGTT yapılmış ve sadece bir gebeye GDM tanısı konmuştur. Tek aşamalı GDM taraması yapılan 16 gebenin üçüne (%18,8) GDM tanısı konmuştur. Toplamda dört gebede GDM mevcuttu.

**SONUÇ:** Gebelerimizde GDM sıklığı %5,8 olarak bulundu. Bu sonucun Türkiye’deki GDM sıklığına göre yüksek olmasını gebelerin %23,2 (N:16) sinin tek aşamalı 75 mg OGTT ile taranmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: gestasyonel diyabetes mellitus, birinci basamak, tarama