

10. TRAKYA

INTERNATIONAL
FAMILY MEDICINE CONGRESS



PROCEEDINGS BOOK

25 - 27 MARCH 2021, ONLINE CONGRESS, EDIRNE, TURKEY

Table of Contents

Cover	1	Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Reçetelenen İlaçların İlaç-İlaç Etkileşimi Açısından Değerlendirilmesi ve Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımındaki Farkındalıklarının Arttırılması.....	69
Programme	6	Bir Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi Yaptırma Durumlarının Değerlendirilmesi.....	70
Thursday, 25 March 2021.....	6	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düşünülen çocuklarda görme kusuru araştırılması/ Investigation of visual problems in children with suspicious attention deficit hyperactivity disorder.....	71
Friday, 26 March 2021.....	10	Perkütan endoskopik gastrotomi başarısında uygulayıcı tecrübesi ve teknik imkanların rolü: İki merkez karşılaştırılması.....	72
Saturday, 27 March 2021.....	14	The Prevalance of Usage of Food Supplements and Healthy Diet Behaviours Among Patiets of Ondokuz Mayıs University Family Medicine.....	74
Online Poster Sessions.....	16	The Recurrence Rate of Smoking Among Ex-Smoker Pregnants After Their Delivery at Samsun... ..	77
Committees	17	The Relation Between Awareness of Obesity and Self-Esteem Among Medical and Psychology Students with Their Body Mass Index and Waist Circumference.....	80
Lectures	18	The Relation Between the Internet Addiction and Sleep Disturbance Among Ondokuz Mayıs University Students.....	82
Adaptation of Family Health Centers to the Pandemic How it is managed countrywise?.....	18	30-65 Yaş Arası Kadınların Human Papilloma Virus ve Serviks Kanseri Taraması Hakkındaki Davranışlarına Konu Hakkında Verilen Eğitimin Etkisi.....	85
Adaptation of Family Health Centres to the Pandemic: How it is Managed Countrywide in Bulgaria.....	19	Evde Bakım Hastalarında Albumin/globulin Oranı İle Mortalite Arasındaki İlişki.....	90
Adaptation of Family Practice Health Centres to the COVID-19 Pandemic in Malta.....	21	Factors predictive of contrast-induced acute kidney injury in the setting of coronary no-reflow phenomenon.....	93
Biological health risks of healthcare workers & prevention.....	23	Sağlıklı Çocuklarda Serum Ürik Asit Seviyeleri ile Aterojenik Plazma İndeksi Arasında İlişki var mı?.....	98
BME in Family Medicine/General Practice during Covid-19 Pandemic.....	24	The change of disease rates in primary care due to pandemic measures.....	100
CME/CPD in Family Medicine/General Practice during COVID-19 Pandemic. A practical experience from Israel.....	27	Type 2 Diabetes Risk Assessment In The Population Of Okmeydanı Research Hospital Hurriyet Educational Family Health Center.....	101
Covid pandemic: Australia based experiences.....	30	Aile Hekimliği Asistanlarının Talasemi Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları.....	104
Covid pandemic: India based experiences.....	32	Akne Vulgaris Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) Kullanımı: Kesitsel Bir Çalışma.....	105
Covid pandemic: UK experiences.....	34	Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılarda Kırılgnalık ve NLR-PLR İlişkisi.....	106
Covid pandemic: Ukraine based experiences.....	36	Ozon Terapi Hastalarının Yaşam Davranışlarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Üzerine Etkisi.....	107
Covid-19 vaccination in Italy.....	38	Do Rotations Meet the Needs of National Residency Curriculum of Family Medicine in Trakya University.....	110
Experience of countries in COVID-19 vaccination – The Israeli experience.....	40	Evaluation of breast cancer risk and awareness of women between 20-40 years in Edirne city center.....	111
General practice/Family Medicine research during the pandemic: showing the links to the EGPRN Research Strategy.....	41	Evaluation of leisure time management of students taking health-related undergraduate	
Individual health literacy.....	43		
Management Of Chronic Conditions in Pandemic Management in COPD.....	45		
Management of Malignant Diseases in The Covid-19 Pandemic.....	48		
New modes of care delivery in general practice: digital responses to COVID-19.....	50		
Opportunities and barriers to primary care research during the Covid-19 pandemic.....	51		
Primary Care in a time of Covid-19.....	54		
Pyschological health risk of healthcare workers and preventions.....	55		
Research in primary care during pandemic.....	56		
Rural Primary Care Challenges in Pandemic COVID-19.....	57		
Speciality Training in Family Medicine/General Practice during COVID-19 Pandemic.....	60		
Violence against health professionals.....	62		
Violence against women.....	65		
Working as a GP during COVID in Germany.....	68		
Oral Presentations	69		

education	112	Tekrarlayan Covid-19 Vakalarında	
Evaluation of the physical activity and eating		Semptomların Karşılaştırılması	156
behavior among high school students in Edirne city		The effect of informing about the disease on	
center	113	the level of anxiety in Covid-19 cases.....	157
Factors affecting weight control in patients		3.Basamak Bir Aile Hekimliği Polikliniğinde	
with type II diabetes mellitus.....	114	Anemi Prevalansı	158
Gebelikte Demir Eksikliği Anemisi Sıklığı,		Covid 19 Pandemisi Sürecinde Erişkinlerin	
Tedavi Uyum Durumu ve Depresif Belirtiler		Besin Süplemanı Kullanımı İle İlgili Tutumları,	
Arasındaki İlişki	115	Davranışları ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi	160
Investigation of Healthy Lifestyle Behaviors of		Evaluation of the effects of people registered	
Last Grade Students at Trakya University.....	123	to the family health center on the general health	
The effect of health literacy on awareness of		screening and health perception.....	161
the primary care services in patients applying to the		Follow-up of Pregnancies with	
tertiary health care	124	Microprolactinomas	165
Bir Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran		İleri Evre Over Kanseri Prognostik	
hastalarda Aspirin kullanımının uygunluğu: Koruyor		Biobelirteç Araştırılması	169
mu, zarar mı veriyor?	125	Information, Attitude, and Behavior about	
COVID-19 Pandemisinin Çocuklarda Uyku		Influenza And Pneumococcal Vaccines of Individuals	
Bozukluğu ve Beslenme Üzerine Etkisinin		Over 65 with Chronic Disease	172
Değerlendirilmesi	126	Kanser Tanısı/Evrelmesi Amacıyla Trakya	
Dispeptik Yakınmalar ile Kliniğimize Başvuran		Üniversitesi'nde PET/BT Görüntülemesi Yapılan	
ve Gastroskopi Yapılan Hastalarda Helicobacter		Hastaların Mesleki Faktörler Başta Olmak Üzere	
Pylori Sıklığı.....	130	Demografik Analizi	179
Diyabet Hastalarının Diyabet Tipini Bilme		Periferik Fasiyal Paralizi Hastalarında Vitamin	
Durumunun Sosyodemografik Özelliklere Göre		B 12, Folat, Homosistein Düzeylerinin Hastalık Evresi	
Değerlendirilmesi.....	132	İle İlişkinin Değerlendirilmesi - Ön Sonuçlar	182
Kolorektal Kanser Tarama Programı		Etiological, topographic and clinical evaluation	
Kapsamında Gaitada Gizli Kan Testi Pozitif Olan		of patients with cerebral vein thrombosis.....	183
Hastalarda Kolonoskopi Sonuçlarının		The Effect of the Diagnosis of Chronic Disease	
Değerlendirilmesi	133	on Adult Immunization Behaviour	189
Pandeminin Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkisi	135	Üçlü Negatif Meme Kanseri Hastalarda	
Hypertension Prevalence and Control Rates in		Hastalık Nüksü ve Sağ Kalımı Predikte Eden	
Patients with Type II Diabetes in a Primary Care		Faktörlerin İncelenmesi	190
Setting.....	136	Üreme Çağındaki Kadın Hastaların Anne Sütü	
Lise Dönemi Adölesanlarda İnternet		ve Emzirme Hakkında Genel Bilgi Düzeyi ve Etki	
Bağımlılığının Aile İçi Uyuma ve Okul Başarısına		Eden Faktörler	194
Etkilerinin Değerlendirilmesi	138	Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı	
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi		Merkezi'ne Kayıtlı Diyabetik Hastaların Diyabetik	
Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Depresyon		Retinopati Farkındalığı ve Sıklığının Değerlendirilmesi	195
Semptomatoloji Durumlarının Değerlendirilmesi.....	141	Colorectal cancer screening behaviors.....	196
Seroconversion Rates of Inactive COVID-19		Covid-19 Pandemisinde Uzaktan Eğitim Alan	
Vaccine CoronaVac in Healthcare Workers.....	142	Dönem 1 Öğrencilerinin Duygudurum	
50 Yaş ve Üzeri İskemik İnme Hastalarında		Değerlendirmesi	199
Etyoloji.....	144	Erişkinlerde Aşı Reddinin, Aşılarla İlgili Bilgi,	
Baş Ağrısı Şikayetiyle Başvuran Hastalarda		Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi	200
Bilgisayarlı Tomografi İle Saptanan Organik Patoloji		Obez Hastalarda 25-OH D Vitamin Düzeyinin	
Sıklığı.....	147	Uyku Kalitesi ve Metabolik Parametreler İle İlişkinin	
Birinci Basamağa Başvuran Ebeveynlerde,		Değerlendirilmesi.....	201
Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)'ye Yönelik Bilgi ve		Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor,	
Farkındalık Durumlarının Araştırılması	149	Somatik ve Psikolojik Yakınmaların Şiddeti ve El 2-4.	
Kronik Hastalığı Olan Erişkinlerin Covid-19		Parmak Oranının İlişkisi.....	202
Korkuları	154	Sağlık Çalışanlarında Covid-19, Temas ve	
SCORE Risk Değerlendirme Modelinde		Risk Durumlarının Değerlendirilmesi.....	203
HDL'nin Etkisinin Formüle Edilmesi ve Çevrimiçi		Uzaktan Eğitim Standartlarının Tıp Fakültesi	
Toplu Hesaplama (Batch Calculation) Modülü		Dönem 2 Öğrencileri Gözünden Değerlendirilmesi	
Geliştirilmesi	155	Yozgat Örneği	209

Ailelerin Çocukluk Çağı Aşıl原因maları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları.....	210	Endometrium kanserli olgularımızın klinik, patolojik ve tedavi özelliklerinin gözden geçirilmesi; tek merkez deneyimi.....	253
Covid-19 Pandemisi Dönemindeki Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi(ercp) Deneyimlerimiz.....	213	Febril Konvülsiyonlu Olgularımızın Demografik, Klinik, Laboratuvar Bulguları ve Tedavilerinin Değerlendirilmesi.....	258
Göğüs Ağrısı Yakınması ile Pediatrik Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi.....	215	Göz kapağı lezyonlarının değerlendirilmesinde klinik ön tanı ile histopatolojik tanı uyumunun incelenmesi	263
Morbid ve Süper Obez Bireylerde Kardiyovasküler Risk ve Eşlik Eden Komorbiditelerin Değerlendirilmesi.....	217	Koronavirüs Anksiyetesi ile Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	267
0-6 Ay Arası Bebeklerde İnfantil Kolik Sıklığı ve Anne Beslenmesinin Etkisi.....	218	Pandemi döneminde Maksillofasyal travmaların yönetiminde uzaktan konsültasyonun etkilerinin tek merkez kapsamında değerlendirilmesi.....	268
Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Erişkin Aşıl原因larını Önerme Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi.....	221	Paraproteinemili olguların geriye dönük değerlendirilmesi; 4106 elektroforez, tek merkez deneyimi	271
COVID-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Profesyonellerinin Vitamin Desteği Kullanma ve COVID-19 Korku Durumlarının Belirlenmesi	222	The Relationship Between Glu298Asp and T786-C Gene Polymorphisms of Endothelial Nitric Oxide Synthase and Coronary Slow-flow Phenomenon	276
Intimate Partner –Sexual Violence and Relationship Between Depression Symptoms Among Collage Women a Sample From a University	223	Using of B-Blockers in Heart Failure with Reduced EF with Erectile Dysfunction	281
İstanbul'daki aile hekimlerinin sigara içme durumları ve mesleki özellikleri ile sigara konusundaki bilgi ve tutumlarının incelenmesi	225	40-70 Yaş Arası Nüfusta Primer Ya Da Sekonder Koruma Amacıyla Statin Kullanması Gereken Bireylerin Değerlendirilmesi	283
Jinekoloji Polikliniğine Anormal Uterin Kanama Şikayeti ile Başvuran Cinsel Aktif Kadınlarda Seksüel Disfonksiyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler (Ön Çalışma).....	226	Ev izolasyonuna alınan hastaların covid-19 enfeksiyonu ve temas ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları.....	287
Sigara İçme Durumunun Dispeptik Şikayetlerle İlişkisi	227	Papiller tiroid kanseri ve MMP-9 gen polimorfizmi	288
18-64 Yaş Arası Riskli Erişkinlerde Bağışıklama Durumunun Değerlendirilmesi	232	Pediatric Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişlikle İlgili Faktörler	289
Lateral Epikondilit Tedavisinde El Bileği Splinti ile Ekstrakorporeal Şok Dalga Tedavisi(ESWT) Kombinasyonunun Tek Başına ESWT Sonuçları ile Karşılaştırılması	233	Postmenopozal Kadınların Osteoporoz Yönünden Tarama Durumunun ve Fraktür Risklerinin Değerlendirilmesi.....	291
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Mikrobiyota Ve Probiyotikler Hakkında Bilgi Ve Tutumları	234	Renal Transplantasyonlu Hastalarda Covid-19 Enfeksiyonundan Korunmada Evde İzolasyonun Önemi.....	292
Parsiyel Protez Kullanan Hastaların Dişsizlik Sınıflaması.....	237	The Effect of Arm Circumference and Cuff Size on Blood Pressure of Patients Registered in Erzurum Education Type Family Health Centers.....	294
Sağlık İnsan Kaynağı ile Bulaşıcı Olmayan Hastalık Mortalitesi İlişkisi	238	The Role of Family Medicine From Bone Pain to Multiple Myeloma.....	295
Sağlık Yönetimi Alanında Eğitim Alan Öğrencilerin Yaratıcı Kişilik Özelliklerinin Girişimcilik Eğilimleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi	242	TSH düzeyi normal, düşük ve yüksek hastalarda vücut kitle indekslerine göre HDL düzeylerinin karşılaştırılması	297
Sigara Bırakmanın Depresyon Semptomları, Uyku Kalitesi, Solunum Fonksiyon Testi ve Vücut Kompozisyon Analizi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi.....	246	Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma.....	303
Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bu Tarzların Sosyodemografik Veriler ile İlişkisi	247	Comparison of Intrarectal Lidocaine Gel, Intrarectal Ultrasonic Gel and Periprostatic Nerve Blockage in Terms of Patient Pain Tolerance in Prostate Biopsy With Transrectal Ultrasound	304
Dr. Lütfi Kırdar Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 35-69 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri Riskinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi.....	252	Covid 19 Aşısı Olan Sağlık Personelinin Anksiyete Puanlarının Değerlendirilmesi	308

Kronik Hastalığı Olan 65 Yaş Üstü Hastalarda İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi	309	e-ASM Takipli Huzurevi Sakinlerinde Periyodik Sağlık Muayenesinin Değerlendirilmesi...	348
Palyatif Bakım Alanlara Primer Bakım Verenlerin Depresyon Düzeyi ve Uyku Kalitesi.....	313	Efficacy of ketogenic diet in WWOX-related epileptic encephalopathy	349
Premenstrual Sendromda Yeme Davranışının Değerlendirilmesi.....	314	Erken Başlangıçlı Parkinson Hastalığında Motor Olmayan Belirtiler Olan Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu: Olgu Sunumu	350
Safra Taşı Olan Çocuk Hastalarımızda Hematolojik Değerlendirme	315	Evaluation of 25(OH) Vitamin D Levels in a Family Health Center	351
Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezinden Takipli Gebelerin Prenatal Dönemdeki Diş ve Diş Eti Sağlığına İlişkin Farkındalık, İlgörü ve Fiziksel Durumları ve Postnatal Çıktılara Etkisinin Araştırılması	317	Lütfen Kemerini Açalım: Muayenede tanısı atlanan bir kasık fıtığı olgusu.....	352
Çalışan Kadınların Yardımcılarının Cilt Bakımı ve Nemlendirici Hakkındaki Tutumları	318	Mor İdrar Torbası Sendromu: Bir olgu sunumu.....	353
COVID-19'lu Hastalarda Nötrofil/Lenfosit oranı, Lenfosit/Monosit oranı, Platelet/Lenfosit oranı ile Radyolojik Pnömoni Şiddet Skoru, Hastanede Kalış Süresi, Tedaviye yanıt ve Prognoz ilişkisi.....	319	Pediyatrik Hastada Kemoterapi Sonrası İntestinal Perforasyon Olgu Sunumu	354
Educational value of Youtube Videos for eye practices.....	325	Possible symptomatology of systemic lupus erythematosus.....	355
Halsizliği Olan Bireylerin Yaşam Doyumlarının Değerlendirilmesi.....	329	Sırt Ağrısı Semptomundan Akciğer Malignitesi Akla Gelir Mi?.....	356
Lisede Öğrenim Gören Adölesanlarda Diyabet Risk Faktörlerinin Yaygınlığı ve Farkındalığı	330	Sjögren's syndrome, tubular acidosis and nephrocalcinosis.....	357
Obez Hastalarda Obezite İlişkili Kanser Taramaları Konusunda Farkındalık Oluşturmada Eğitimin Önemi	331	Telephone and E-Mail Consultations During the Covid-19 Pandemic	358
Social Support Status And Factors Affecting Compliance With Treatment In Depression Patients Admitted To Primary Care.....	332	Üç Farklı Malnütrisyon Tarama Testinin Laboratuvar Sonuçları İle Karşılaştırılması.....	359
Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Stres Algılarının İncelenmesi	336	"Anti-thrombotic treatment dilemma in COVID-19"- a case report	360
Poster Presentations	337	"COVID-19-the great imitator"- a case report.....	361
A hot water epilepsy treated well with clobazam.....	337	Author Index	362
A rare cause of focal seizure in early childhood: Giant intracranial aneurysm.....	338	TAHEK 2022	365
Aile Hekimliği Polikliniğinde Akromegali Tanısı Koyulan Bir Olgu Sunumu	339		
Aile Hekimliği Polikliniğinde Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık: Molluskum Kontagiozum	340		
Aile Hekimliği Polikliniğinde Riskli Gebelik Olgusu : Plasenta Previa	341		
Aile Sağlığı Merkezinde Evlilik İçin Sağlık Raporu Düzenlemek: HIV Testi Şüpheli Pozitif Bir Olguya Yaklaşım	342		
Bir olgu ile birinci basamakta ön tanı çeşitliliğinin önemi	343		
Can Heterozygous Mutations Be a Risk Factor for Sudden Cardiac Death?	344		
Covid-19 Hastalığı'na Bağlı Nörolojik Komplikasyon: Epileptik Nöbet.....	345		
Covid-19 Pnömonisi Nedeniyle Takip Edilen Hastada Hiperkarotenemi Gelişmesi İle İlgili Bir Olgu.....	346		
Covid-19 Sonrası Gelişen ve Hashimoto Tiroiditi Tanısı Alan Bir Olgu.....	347		

Programme

Thursday, 25 March 2021

09:00 - 09:30	Opening Ceremony Location: Main Hall
09:30 - 10:35	Adaptation of family health centres to the pandemic: how it is managed countrywise Location: Main Hall <ul style="list-style-type: none"> • Hamdi Nezih Dağdeviren • Jean Karl Soler (Speaker) • Georgi Tsigarovski (Speaker) • Nur Şehnaz Hatipoğlu (Speaker)
09:30 - 10:50	Oral presentations 1 Location: Oral Presentations Hall <ul style="list-style-type: none"> • Ümit Aydoğan (Chairperson) • Turan Set (Chairperson) • Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Reçetelenen İlaçların İlaç-İlaç Etkileşimi Açısından Değerlendirilmesi ve Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımındaki Farkındalıklarının Arttırılması - Fatma Türkyön • Bir Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi Yaptırma Durumlarının Değerlendirilmesi - Recep Kılıç • Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düşünülen çocuklarda görme kusuru araştırılması/ Investigation of visual problems in children with suspicious attention deficit hyperactivity disorder - Çiğdem Akaydin • Perkütan endoskopik gastrotomi başarısında uygulayıcı tecrübesi ve teknik imkanların rolü: İki merkez karşılaştırılması - Ahmet Orhan Sunar • The Prevalance of Usage of Food Supplements and Healthy Diet Behaviours Among Patiets of Ondokuz Mayıs University Family Medicine - Bektas Murat Yalcin • The Recurrence Rate of Smoking Among Ex-Smoker Pregnants After Their Delivery at Samsun - Bektas Murat Yalcin • The Relation Between Awareness of Obesity and Self-Esteem Among Medical and Psychology Students with Their Body Mass Index and Waist Circumference - Tefik Fikret Karahan • The Relation Between the Internet Addiction and Sleep Disturbance Among Ondokuz Mayıs University Students - Tefik Fikret Karahan
10:50 - 11:00	Break
11:00 - 12:00	Oral presentations 2 Location: Oral Presentations Hall <ul style="list-style-type: none"> • Nil Tekin (Chairperson) • 30-65 Yaş Arası Kadınların Human Papilloma Virus ve Serviks Kanseri Taraması Hakkındaki Davranışlarına Konu Hakkında Verilen Eğitimin Etkisi - Neriman Erkan • Evde Bakım Hastalarında Albumin/globulin Oranı İle Mortalite Arasındaki İlişki - Çağla Özdemir • Factors predictive of contrast-induced acute kidney injury in the setting of coronary no-reflow phenomenon - Çağlar Kaya • Sağlıklı Çocuklarda Serum Ürik Asit Seviyeleri ile Aterojenik Plazma İndeksi Arasında İlişki var mı? - Çağla Özdemir • The change of disease rates in primary care due to pandemic measures - Binnur Tağtekin Sezer • Type 2 Diabetes Risk Assessment In The Population Of Okmeydanı Research Hospital Hurriyet Educational Family Health Center - Hüseyin Acar

11:00 - 12:00

Research in primary care during pandemic

Location: Main Hall

- Radost Asenova (Chairperson)
- Research problems in primary care during pandemic - Davorina Petek (Speaker)
- A focus on general practice research during the pandemic and links to the EGPRN research strategy - Claire Collins (Speaker)
- EMA and primary care - Mehmet Ungan (Speaker)

12:00 - 12:10

Break

12:10 - 13:00

Home care in pandemic

Location: Main Hall

- Mümtaz Mazıcıoğlu (Chairperson)
- Home visits - Erdiç Yavuz (Speaker)
- Rural visits - Victoria Tkachenko (Speaker)

12:10 - 12:45

Oral presentations 3

Location: Oral Presentations Hall

- Önder Sezer (Chairperson)
- Fatma Gökşin Cihan (Chairperson)
- Aile Hekimliği Asistanlarının Talasemi Hakkındaki Bilgi Tutum ve Davranışları - Büşra Bağcı
- Akne Vulgaris Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) Kullanımı: Kesitsel Bir Çalışma - Gülbahar Ürün Unal
- Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılarda Kırılganlık ve NLR-PLR İlişkisi - Zeynep Aşık
- Ozon Terapi Hastalarının Yaşam Davranışlarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Üzerine Etkisi - Onur Büyükkıyıcı

13:00 - 14:00

Lunch Break

14:00 - 15:15

Management of chronic conditions in pandemic

Location: Main Hall

- Ljubin Shukriev (Chairperson)
- Management in COPD - Iliana Carmen Busneag (Speaker)
- Management in CVD - Ersin Akpınar (Speaker)
- Management in malignancies - Ksenija Tušek Bunc (Speaker)

14:00 - 15:15

Oral presentations 4

Location: Oral Presentations Hall

- Ertan Mert (Chairperson)
- Do Rotations Meet the Needs of National Residency Curriculum of Family Medicine in Trakya University - Esmâ Seda Ozguzar
- Evaluation of breast cancer risk and awareness of women between 20-40 years in Edirne city center - Furkan Tamin
- Evaluation of leisure time management of students taking health-related undergraduate education - Oğuz Yaprak
- Evaluation of the physical activity and eating behavior among high school students in Edirne city center - Damla Yılmaz
- Factors affecting weight control in patients with type II diabetes mellitus - Fatih İlşad Akin
- Gebelikte Demir Eksikliği Anemisi Sıklığı, Tedavi Uyum Durumu ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki - Ebru Esra Yalçın
- Investigation of Healthy Lifestyle Behaviors of Last Grade Students at Trakya University - Duygu Ortanca
- The effect of health literacy on awareness of the primary care services in patients applying

to the tertiary health care - Büşra Yaprak

15:15 - 15:30

Break

15:30 - 16:00

Health literacy in pandemic

Location: Main Hall

- İlhami Ünlüoğlu (Chairperson)
- Organizational health literacy - Ayşe Çaylan (Speaker)
- Individual health literacy - Danica Rotar Pavlic (Speaker)

15:30 - 16:30

Oral presentations 5

Location: Oral Presentations Hall

- Ekrem Orbay (Chairperson)
- Bir Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalarda Aspirin kullanımının uygunluğu: Koruyucu mu, zarar mı veriyor? - Aysima Bulca Acar
- COVID-19 Pandemisinin Çocuklarda Uyku Bozukluğu ve Beslenme Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi - İzzet Fidancı
- Dispeptik Yakınmalar ile Kliniğimize Başvuran ve Gastroskopi Yapılan Hastalarda Helicobacter Pylori Sıklığı - Yusuf Emre Aytin
- Diyabet Hastalarının Diyabet Tipini Bilme Durumunun Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi - Büşra Aybike Kumcu
- Kolorektal Kansere Tarama Programı Kapsamında Gaitada Gizli Kan Testi Pozitif Olan Hastalarda Kolonoskopi Sonuçlarının Değerlendirilmesi - Yusuf Emre Aytin
- Pandeminin Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkisi - Neslihan Cansel

16:30 - 16:45

Break

16:45 - 17:10

Oral presentations 6

Location: Oral Presentations Hall

- Mustafa Fevzi Dikici (Chairperson)
- Burcu Kayhan Tetik (Chairperson)
- Hypertension Prevalence and Control Rates in Patients with Type II Diabetes in a Primary Care Setting - Erdiç Yavuz
- Lise Dönemi Adölesanlarda İnternet Bağımlılığının Aile İçi Uyuma ve Okul Başarısına Etkilerinin Değerlendirilmesi - Çağdaş Emin Maç
- Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Depresyon Semptomatoloji Durumlarının Değerlendirilmesi - Esra Yaşkıran
- Seroconversion Rates of Inactive COVID-19 Vaccine CoronaVac in Healthcare Workers - Erdiç Yavuz

16:45 - 17:40

Violence in pandemic

Location: Main Hall

- Pınar Topsever (Chairperson)
- Violence against women - Raquel Gomez Bravo (Speaker)
- Violence against health professionals - Gazmend Bojaj (Speaker)

17:40 - 17:50

Break

17:50 - 19:00

Keep health workers safe to keep patients safe

Location: Main Hall

- Süleyman Görpelioğlu (Chairperson)
- Biological health risks of healthcare workers and prevention - Zakiur Rahman (Speaker)

- Psychological health risks of healthcare workers and prevention - Radost Asenova (Speaker)

17:50 - 19:00

Oral presentations 7

Location: Oral Presentations Hall

- Arzu Uzuner (Chairperson)
- 50 Yaş ve Üzeri İskemik İnme Hastalarında Etyoloji - Ezgi Kula
- Baş Ağrısı Şikayetiyle Başvuran Hastalarda Bilgisayarlı Tomografi İle Saptanan Organik Patoloji Sıklığı - Osman Kula
- Birinci Basamağa Başvuran Ebeveynlerde, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)'ye Yönelik Bilgi ve Farkındalık Durumlarının Araştırılması - Vahit Güneç
- Kronik Hastalığı Olan Erişkinlerin Covid-19 Korkuları - Celal Kuş
- SCORE Risk Değerlendirme Modelinde HDL'nin Etkisinin Formüle Edilmesi ve Çevrimiçi Toplu Hesaplama (Batch Calculation) Modülü Geliştirilmesi - Yücel Uysal
- Tekrarlayan Covid-19 Vakalarında Semptomların Karşılaştırılması - Buğuşanma Koban
- The effect of informing about the disease on the level of anxiety in Covid-19 cases - Buğuşanma Koban

Friday, 26 March 2021

09:30 - 10:50

Covid pandemic: country based experiences

Location: Main Hall

- Mehmet Ungan (Chairperson)
- Amanda Howe (Speaker)
- Michael Kidd (Speaker)
- Pavlo Kolesnyk (Speaker)
- Raman Kumar (Speaker)

09:30 - 10:50

Oral presentations 8

Location: Oral Presentations Hall

- Seçil Arıca (Chairperson)
- 3.Basamak Bir Aile Hekimliği Polikliniğinde Anemi Prevalansı - Elif Erdogan Ceylan
- Covid 19 Pandemisi Sürecinde Erişkinlerin Besin Süplemanı Kullanımı İle İlgili Tutumları, Davranışları ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi - Büşra Akarsu
- Evaluation of the effects of people registered to the family health center on the general health screening and health perception - Nazlı Şensoy
- Follow-up of Pregnancies with Microprolactinomas - İsmail Arslan
- İleri Evre Over Kanseri Prognostik Biobelirteç Araştırılması - Sinan Ateş
- Information, Attitude, and Behavior about Influenza And Pneumococcal Vaccines of Individuals Over 65 with Chronic Disease - Aysegül Karahan Gulsen
- Kanser Tanısı/Evrelmesi Amacıyla Trakya Üniversitesi'nde PET/BT Görüntülemesi Yapılan Hastaların Mesleki Faktörler Başta Olmak Üzere Demografik Analizi - Selin Soyuluoğlu
- Periferik Fasiyal Paralizi Hastalarında Vitamin B 12, Folat, Homosistein Düzeylerinin Hastalık Evresi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi - Ön Sonuçlar - Mervegül Kaya

10:50 - 11:00

Break

11:00 - 12:00

Being a Family Physician in Pandemic

Location: Main Hall

- Pemra Cöbek Unalan (Chairperson)
- Being a family physician in Germany during pandemic - Thomas Frese (Speaker)
- Being a family physician in Turkey during pandemic - Pınar Topsever (Speaker)
- Being a family physician in United Kingdom during pandemic - Martin Hadley-Brown (Speaker)

11:00 - 11:30

Oral presentations 9

Location: Oral Presentations Hall

- Reşat Dabak (Chairperson)
- Etiological, topographic and clinical evaluation of patients with cerebral vein thrombosis - Suna Aşkin Turan
- The Effect of the Diagnosis of Chronic Disease on Adult Immunization Behaviour - Başak Korkmazer
- Üçlü Negatif Meme Kanseri Hastalarında Hastalık Nüksü ve Sağ Kalımı Predikte Eden Faktörlerin İncelenmesi - Aysun Fatma Akkuş
- Üreme Çağındaki Kadın Hastaların Anne Sütü ve Emzirme Hakkında Genel Bilgi Düzeyi ve Etki Eden Faktörler - Faize Kamyş

12:00 - 12:30

Lunch Break

12:30 - 13:50

Changes and adaptations in educational methods in pandemic

Location: Main Hall

- Esra Saatçı (Chairperson)
- BME in Family Medicine/General Practice during Covid-19 Pandemic - Alex Harding (Speaker)
- Speciality Training in Family Medicine/General Practice during Covid-19 Pandemic - Nele Michels (Speaker)
- CME/CPD in Family Medicine/General Practice during Covid-19 Pandemic - Martine Granek-Catarivas (Speaker)

12:30 - 13:50

Oral presentations 10

Location: Oral Presentations Hall

- Alis Özçakır (Chairperson)
- Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Diyabetik Hastaların Diyabetik Retinopati Farkındalığı ve Sıklığının Değerlendirilmesi - Yasemin Çayır
- Colorectal cancer screening behaviors - Selda Tekiner
- Covid-19 Pandemisinde Uzaktan Eğitim Alan Dönem 1 Öğrencilerinin Duygudurum Değerlendirmesi - Fethi Sada Zekey
- Erişkinlerde Aşı Reddinin, Aşılarda İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi - Tuğba Koşmaz Kara
- Obez Hastalarda 25-OH D Vitamin Düzeyinin Uyku Kalitesi ve Metabolik Parametreler İle İlişkisinin Değerlendirilmesi - Ayşenur Akin Poçanoğlu
- Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor, Somatik ve Psikolojik Yakınmaların Şiddeti ve El 2-4. Parmak Oranının İlişkisi - Tuğba İş Kara
- Sağlık Çalışanlarında Covid-19, Temas ve Risk Durumlarının Değerlendirilmesi - Kamile Marakoğlu
- Uzaktan Eğitim Standartlarının Tıp Fakültesi Dönem 2 Öğrencileri Gözünden Değerlendirilmesi Yozgat Örneği - Fethi Sada Zekey

13:50 - 14:00

Break

14:00 - 15:00

Experience of countries in vaccination

Location: Main Hall

- Ayşe Çaylan (Chairperson)
- Ferdinando Petrazzuoli (Speaker)
- Shlomo Vinker (Speaker)

14:00 - 14:30

Oral presentations 11

Location: Oral Presentations Hall

- Yasemin Çayır (Chairperson)
- Ailelerin Çocukluk Çağı Aşılarnmaları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları - Esra Böcek Aker
- Covid-19 Pandemisi Dönemindeki Endoskopik Retrograd Kolanjio Pankreatografi(ercp) Deneyimlerimiz - Dogan Albayrak
- Göğüs Ağrısı Yakınması ile Pediatrik Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi - Murat Deveci
- Morbid ve Süper Obez Bireylerde Kardiyovasküler Risk ve Eşlik Eden Komorbiditelerin Değerlendirilmesi - Nazlı Hacıağaoğlu

15:00 - 15:10

Break

15:10 - 16:00

Novel health needs of health care providers

Location: Main Hall

- Serdar Öztora (Chairperson)
- New mods of delivery of care - Ana Luisa Neves (Speaker)
- Burnout of health care providers - Andree Rochfort (Speaker)

15:10 - 16:00

Oral presentations 12

Location: Oral Presentations Hall

- Selçuk Mıstık (Chairperson)
- 0-6 Ay Arası Bebeklerde İnfantil Kolik Sıklığı ve Anne Beslenmesinin Etkisi - Büşra Yazla
- Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Erişkin Aşılarını Önerme Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi - Ebru Şahin
- COVID-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Profesyonellerinin Vitamin Desteği Kullanma ve COVID-19 Korku Durumlarının Belirlenmesi - Hilal Aksoy
- Intimate Partner –Sexual Violence and Relationship Between Depression Symptoms Among Collage Women a Sample From a University - Canan Tuz Yılmaz
- İstanbul'daki aile hekimlerinin sigara içme durumları ve mesleki özellikleri ile sigara konusundaki bilgi ve tutumlarının incelenmesi - Emin Pala
- Jinekoloji Polikliniğine Anormal Uterin Kanama Şikayeti ile Başvuran Cinsel Aktif Kadınlarda Seksüel Disfonksiyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler (Ön Çalışma) - Vildan Sara
- Sigara İçme Durumunun Dispeptik Şikayetlerle İlişkisi - Didem Kuruçay

16:30 - 16:40

Break

16:40 - 16:45

Closing Ceremony

- Hamdi Nezih Dağdeviren
- Serdar Öztora
- Ayşe Çaylan
- Önder Sezer

17:00 - 17:15

Break

17:15 - 18:45

Oral presentations 13

Location: Oral Presentations Hall

- Gülsen Ceyhun Peker (Chairperson)
- Işık Gönenç (Chairperson)
- 18-64 Yaş Arası Riskli Erişkinlerde Bağışıklama Durumunun Değerlendirilmesi - Suzan Tok
- Lateral Epikondilit Tedavisinde El Bileği Splinti ile Ekstrakorporeal Şok Dalga Tedavisi(ESWT) Kombinasyonunun Tek Başına ESWT Sonuçları ile Karşılaştırılması - Fatma Ustabaşoğlu
- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Mikrobiyota Ve Probiyotikler Hakkında Bilgi Ve Tutumları - Mukaddes Kurt Öztürk
- Parsiyel Protez Kullanan Hastaların Dişsizlik Sınıflaması - Çağlar Bilmenoglu
- Sağlık İnsan Kaynağı ile Bulaşıcı Olmayan Hastalık Mortalitesi İlişkisi - Esra Kopan
- Sağlık Yönetimi Alanında Eğitim Alan Öğrencilerin Yaratıcı Kişilik Özelliklerinin Girişimcilik Eğilimleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi - Hatice Nur Turan
- Sigara Bırakmanın Depresyon Semptomları, Uyku Kalitesi, Solunum Fonksiyon Testi ve Vücut Kompozisyon Analizi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi - Aslıhan Titrek
- Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bu Tarzların Sosyodemografik Veriler ile İlişkisi - Gülseren Pamuk

17:15 - 18:45

VdGM Meeting

Location: Main Hall

- Demet Yılmaz (Chairperson)
- Hiroko Sakurai (Chairperson)
- Family Medicine during pandemic in Greece - Alexandra Tsiou (Speaker)
- Management of pandemic and contact tracing in Turkey - İkbâl Hümay Arman (Speaker)

18:45 - 19:00

Break

19:00 - 20:30

VdGM Meeting

Location: Main Hall

- Rabia Eroglu Kilac (Chairperson)
- Marina Jotic Ivanovic (Chairperson)
- Family medicine during pandemic in Spain - Elena Klusova Noguina (Speaker)
- New and tough circumstances in family medicine centers during pandemic in Turkey - Ali Öztürk (Speaker)

Saturday, 27 March 2021

09:00 - 10:30

Oral presentations

Location: Main Hall

09:00 - 10:30

Oral presentations 14

Location: Oral Presentations Hall

- Mustafa Kürşat Şahin (Chairperson)
- Dr. Lütfi Kırdar Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 35-69 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri Riskinin ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi - Roza Aslan Altaş
- Endometrium kanserli olgularımızın klinik, patolojik ve tedavi özelliklerinin gözden geçirilmesi; tek merkez deneyimi - Burak Andaç
- Febril Konvülsiyonlu Olgularımızın Demografik, Klinik, Laboratuvar Bulguları ve Tedavilerinin Değerlendirilmesi - İlkiz Özge Özdil Yılmaz
- Göz kapağı lezyonlarının değerlendirilmesinde klinik ön tanı ile histopatolojik tanı uyumunun incelenmesi - Rüveyde Garip
- Koronavirüs Anksiyetesi ile Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi - Hülya Kamarlı Altun
- Pandemi döneminde Maksillofasyal travmaların yönetiminde uzaktan konsültasyonun etkilerinin tek merkez kapsamında değerlendirilmesi - Daghan Dagdelen
- Paraproteinemili olguların geriye dönük değerlendirilmesi; 4106 elektroforez, tek merkez deneyimi - Ahmet Küçükarda
- The Relationship Between Glu298Asp and T786-C Gene Polymorphisms of Endothelial Nitric Oxide Synthase and Coronary Slow-flow Phenomenon - Cihan Öztürk
- Using of B-Blockers in Heart Failure with Reduced EF with Erectile Dysfunction - İsa Ardahanlı

09:00 - 10:30

Oral presentations 15

Location: Oral Presentations Hall 2

- Memet Taşkın Egici (Chairperson)
- 40-70 Yaş Arası Nüfusta Primer Ya Da Sekonder Koruma Amacıyla Statin Kullanması Gereken Bireylerin Değerlendirilmesi - Mustafa Haltaş
- Ev izolasyonuna alınan hastaların covid-19 enfeksiyonu ve temas ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları - Sibel Baktir Altuntaş
- Papiller tiroid kanseri ve MMP-9 gen polimorfizmi - Buket Yılmaz Bülbül
- Pediatri Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişlikle İlgili Faktörler - Hatice Tuba Akbayram
- Postmenopozal Kadınların Osteoporoz Yönünden Tarama Durumunun ve Fraktür Risklerinin Değerlendirilmesi - Burhan Balaban
- Renal Transplantasyonlu Hastalarda Covid-19 Enfeksiyonundan Korunmada Evde İzolasyonun Önemi - Murat Öztürk
- The Effect of Arm Circumference and Cuff Size on Blood Pressure of Patients Registered in Erzurum Education Type Family Health Centers - Suat Sincan
- The Role of Family Medicine From Bone Pain to Multiple Myeloma - Suat Sincan
- TSH düzeyi normal, düşük ve yüksek hastalarda vücut kitle indekslerine göre HDL düzeylerinin karşılaştırılması - Ferda Kaya Zaman

10:30 - 10:45

Break

10:45 - 12:15

Oral presentations

Location: Main Hall

10:45 - 12:00

Oral presentations 16

Location: Oral Presentations Hall

- Emine Zeynep Tuzcular Vural (Chairperson)

- Duygu Ayhan Başer (Chairperson)
- Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma - Tuba Kayır
- Comparison of Intrarectal Lidocaine Gel, Intrarectal Ultrasonic Gel and Periprostatic Nerve Blockage in Terms of Patient Pain Tolerance in Prostate Biopsy With Transrectal Ultrasound - Gökhan Çevik
- Covid 19 Aşısı Olan Sağlık Personelinin Anksiyete Puanlarının Değerlendirilmesi - Süleyman Görpelioğlu
- Kronik Hastalığı Olan 65 Yaş Üstü Hastalarda İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi - Melike Mercan Başpınar
- Palyatif Bakım Alanlara Primer Bakım Verenlerin Depresyon Düzeyi ve Uyku Kalitesi - Mahcube Çubukçu
- Premenstrual Sendromda Yeme Davranışının Değerlendirilmesi - Damla Kocabiçakoğlu Vural
- Safra Taşı Olan Çocuk Hastalarımızda Hematolojik Değerlendirme - Ezgi Paslı Uysalol

10:45 - 12:00

Oral presentations 17

Location: Oral Presentations Hall 2

- Tuncay Müge Alvr (Chairperson)
- Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezinden Takipli Gebelerin Prenatal Dönemdeki Diş ve Diş Eti Sağlığına İlişkin Farkındalık, İlgörü ve Fiziksel Durumları ve Postnatal Çıktılara Etkisinin Araştırılması - Melike Ülkü Aydın Kılıç
- Çalışan Kadınların Yardımcılarının Cilt Bakımı ve Nemlendirici Hakkındaki Tutumları - Işıl Gedik Tekinemre
- COVID-19'lu Hastalarda Nötrofil/Lenfosit oranı, Lenfosit/Monosit oranı, Platelet/Lenfosit oranı ile Radyolojik Pnömoni Şiddet Skoru, Hastanede Kalış Süresi, Tedaviye yanıt ve Prognoz ilişkisi - Şebnem Yosunkaya
- Educational value of Youtube Videos for eye practices. - Ahmet Kürşad Sakallıoğlu
- Halsizliği Olan Bireylerin Yaşam Doyumlarının Değerlendirilmesi - Işıl Gedik Tekinemre
- Lisede Öğrenim Gören Adölesanlarda Diyabet Risk Faktörlerinin Yaygınlığı ve Farkındalığı - Umut Esen
- Obez Hastalarda Obezite İlişkili Kansere Taramaları Konusunda Farkındalık Oluşturmada Eğitimin Önemi - Sezgin Türkoğlu
- Social Support Status And Factors Affecting Compliance With Treatment In Depression Patients Admitted To Primary Care - Gizem Şen
- Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Stres Algılarının İncelenmesi - Selin Ata Doğan

Online Poster Sessions

The posters will be open to visitors at the Virtual Poster Hall during the event.

Poster Session

- A hot water epilepsy treated well with clobazam - Ozge Berfu Gürbüz
- A rare cause of focal seizure in early childhood: Giant intracranial aneurysm. - Ozge Berfu Gürbüz
- Aile Hekimliği Polikliniğinde Akromegali Tanısı Koyulan Bir Olgu Sunumu - Mervegül Kaya
- Aile Hekimliği Polikliniğinde Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık: Molluskum Kontagiozum - Seda Ahçı Yılmaz
- Aile Hekimliği Polikliniğinde Riskli Gebelik Olgusu : Plasenta Previa - Cansu Levent
- Aile Sağlığı Merkezinde Evlilik İçin Sağlık Raporu Düzenlemek: HIV Testi Şüpheli Pozitif Bir Olguya Yaklaşım - Mehmet Fatih Fişenk
- Bir Aile Hekimliği Polikliniğinde Hipertansiyon Hastalarının Hastalıkla İlişkili Davranışları - Dinçer Atıla
- Bir olgu ile birinci basamakta ön tanı çeşitliliğinin önemi - Özge Kaya
- Can Heterozygous Mutations Be a Risk Factor for Sudden Cardiac Death? - Aysun Fatma Akkuş
- Covid-19 Hastalığı'na Bağlı Nörolojik Komplikasyon: Epileptik Nöbet - Ezgi Kula
- Covid-19 Pnömonisi Nedeniyle Takip Edilen Hastada Hiperkarotenemi Gelişmesi İle İlgili Bir Olgu - Özgür Enginyurt
- Covid-19 Sonrası Gelişen ve Hashimoto Tiroiditi Tanısı Alan Bir Olgu - Aydan Çevik
- e-ASM Takipli Huzurevi Sakinlerinde Periyodik Sağlık Muayenesinin Değerlendirilmesi - Tuğçe Duman
- Efficacy of ketogenic diet in WWOX-related epileptic encephalopathy - Gürkan Gürbüz
- Erken Başlangıçlı Parkinson Hastalığında Motor Olmayan Belirtiler Olan Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu: Olgu Sunumu - Özgür Enginyurt
- Evaluation of 25(OH) Vitamin D Levels in a Family Health Center - Hüseyin Acar
- Lütfen Kemerini Açalım: Muayenede tanısı atlanan bir kasık fıtığı olgusu - Ahmet Orhan Sunar
- Mor İdrar Torbası Sendromu: Bir olgu sunumu - Nur Şimşek Yurt
- Pediatrik Hastada Kemoterapi Sonrası İntestinal Perforasyon Olgu Sunumu - Osman Kula
- Possible symptomatology of systemic lupus erythematosus - Branka Sošić
- Sirt Ağrısı Semptomundan Akciğer Malignitesi Akla Gelir Mi? - İdil Ceren Balci
- Sjögren's syndrome, tubular acidosis and nephrocalcinosis - Branka Sošić
- Telephone and E-Mail Consultations During the Covid-19 Pandemic - Tatjana Zdravković
- Üç Farklı Malnütrisyon Tarama Testinin Laboratuvar Sonuçları İle Karşılaştırılması - Aydan Çevik
- "Antithrombotic treatment dilemma in COVID-19"- a case report - Nevena Ivanova
- "COVID-19-the great imitator"- a case report - Nevena Ivanova

CHAIR

H. Nezih Dağdeviren

SCIENTIFIC SECRETARIAT

Serdar Öztora
Ayşe Çaylan

ORGANIZING SECRETARIAT

Önder Sezer

INTERNATIONAL SCIENTIFIC
COMMITTEE

Alex Harding
Amanda Howe
Ana Luisa Neves
Andree Rochfort
Claire Collins
Danica Rotar Pavlic
Davorina Petek
Ersin Akpınar
Esra Saatçı
Ferdinando Petrazzuoli
Gazmend Bojaj
Georgi Tsigarovski
Iliana Carmen Busneag
İlhami Ünlüoğlu
Jean Karl Soler
Ksenija Tušek Bunc
Martin Hadley-Brown
Martine Granek-Catarivas
Mehmet Urgan
Michael Kidd
Nele Michels
Pavlo Kolesnyk
Pemra Cöbek Ünalın
Radost Asenova
Raman Kumar
Raquel Gomez Bravo
Shlomo Vinker
Süleyman Görpelioğlu
Thomas Frese
Victoria Tkachenko
Zaim Jatic
Zakiur Rahman

HOST ORGANIZING
COMMITTEE

Binnur Tağtekin Sezer
Büşra Bilgiç Yaprak
Fatma Kılıç
Oğuz Yaprak
Semra Selime Uçar Çiftlik
Zehra Ayas
Esmâ Seda Özgüzar
Mert Bardakçı
Hüseyin Çiftlik

Invited Speaker / Review

Adaptation of Family Health Centers to the Pandemic How it is managed countrywise?

Nur Şehnaz Hatipoğlu¹

1. Özsaruhan Aile Sağlığı Merkezi

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

• Family Physician: In Turkey we give health care services in our offices to the population that are enlisted to our practice. We have the population from all ages.

• Most of the family physicians give the health care service at the offices of the center, but the ones in rural areas go to the villages, give service at the places the management offers.

We as family physicians,

• Give guidance to our population about , mother and child health and reproductive system,

• Do vaccination of all ages,

• Do scanning for cancers like cervix, colon, and breast. Send the ones if necessary to hospitals,

• Take care of children, do vaccination, follow up their growth,

• Also take care of adolescents, do vaccination, give education about reproductive system,

• Take blood for laboratory tests, afterwards if necessary give treatment,

• Do all follow ups of our population.

Things we could not postpone:

We designed our health care center according to Covid – 19 precautions,

• All the public areas from the entrance of the building,

• Examination rooms,

• Child, pregnant examination rooms all are cleaned and disinfected every 2 hours,

• People are taken inside the building after triage,

• People taken to waiting rooms were minimized,

• The building was disinfected every week by the municipality,

• Did not stop working from the beginning of Covid – 19 pandemics,

• Continued pregnant, after birth care,

• Infant, child followups,

• Chronical diseases follow ups,

• Continued doing vaccination of children at schools,

• Were vaccinating elderly with KPA- 13 – pneumococcal vaccine, but from the beginning of pandemic elderly started to ask about this vaccine even though the ones who had the shots,

• But the management could not bring sufficient vaccine, population got angry

• Could not postpone the other things like military examinations, licence examinations, or unnecessary laboratory desires,

• Tried to continue routine work,

• We continued examination of ill person, because the hospitals stopped getting people other than Covid – 19 patients,

• Did telemedicine on phones,

• Did follow ups of Covid – 19 patients who are not bad but medicated at homes,

• All the mouth and teeth health centers were also closed, we had to examine the ones with teeth problems

• People who had Covid – 19 diseases tried to come to Family Physicians to take rest reports

As a Result

- We had problems to find personal preventive equipment,
- It is reported that the number of health care givers who had Covid – 19 diseases increased rapidly,
- Cancer scanning are stopped,
- People fought with the health care workers when they were asked to obey the rules like mask, distance, be clean.

Invited Speaker / Review

Adaptation of Family Health Centres to the Pandemic: How it is Managed Countrywide in Bulgaria

Georgi Tsigarovski

Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Introduction

As pointed out by WHO experts (1) the COVID-19 pandemic has put health systems and their ability to deliver health care services under strain. During the pandemic, health policymakers and health managers have learned to operate within a so-called "new normal", carefully balancing the response to COVID-19 with ensuring continuity of essential health services. (1) The same goes for general practitioners.

Depending on the epidemic phase, the focus of service delivery needs to change, requiring rapid shifts in priorities and allocation of resources while maintaining a baseline functionality for both. (1) This so-called dual-track approach is extremely challenging for GPs, both as doctors and as GP practice managers.

Objectives

To present and discuss Bulgaria's primary care response to the COVID-19 pandemic.

The course of the epidemic in Bulgaria

Since the beginning of the epidemic in Bulgaria there have been 3 waves of cases. At the moment (20.03.2021) Bulgaria is in the midst of the 3rd wave of covid 19.

First strike

The first case of covid 19 in Bulgaria was diagnosed on 08.03.2020. Our system, like that of other EU countries and the world, was not sufficiently prepared for this challenge.

Lack of resources can be divided into several areas.

Insufficient information at that time about the virus, the course of the disease, its symptomatic treatment.

Lack of sufficient personal protective equipment - masks, coats, gloves, helmets / shields.

Lack of enough disinfectants.

Lack of sufficiently qualified staff. Provision of additional doctors, in case both the owner of the practice and second doctor are ill, provision of nurses.

Practitioners' efforts were focused on the urgent supply of these resources in a short time.

We now have all the necessary resources.

Change in schedule and organization of practices.

Separation of the flows of infectious and non-infectious patients.

The schedule of practices had to be changed. Initially, children's and women's consultations, annual check-ups and immunizations were stopped by the end of 04.2020.

Subsequently, "green corridors" were created for certain groups of patients. This was obligatorily regulated by an ordinance of the Minister of Health. For example, on Tuesdays and Thursdays, initially all day, then from 11.00 to 14.00 only a children's consultation and immunizations are held. During this period, other users were forbidden to enter the family doctors' office. In the event of urgent situations the patient is taken over by the emergency departments of the nearby hospital.

Exceptional growth of telephone consultations

Patients with complaints of acute infectious disease were informed through the media to first contact their family physician

by telephone. The doctor assessed their complaints and prescribed treatment. In case of acute viral infection symptoms, he referred them to a centre for patients with suspected covid 19 for test. At the same time, GPs continued to serve the chronically ill and patients with other complaints. This is due to the risk that a patient with covid 19 might enter the waiting room and infect many patients with diabetes, asthma, hypertension, age at risk, etc. My personal "record" is 160 phone calls with 59 patients in one day in mid-November 2020. This happened in addition to outpatient examinations.

Follow-up of Covid-19 patients and persons who have contact to them.

The GP was instructed by order of the Minister of Health (3) to follow up on patients sick with covid-19, and other persons under quarantine like travellers coming back from some risk destinations.

Electronic services, electronic healthcare.

At a later stage, a number of electronic services were introduced. A unified information system has been created, to which the family doctor has access with an electronic signature. From 01.12.2021, in order to separate the flows and comply with the anti-epidemic measures, the family doctor was given the opportunity to issue electronic referrals after a telephone consultation, and not as before only after a physical examination. Thus, the patient with suspected covid 19 has no contact with chronically ill and healthy pregnant women and young children. Initially, an electronic referral was introduced for the PCR test, later for the CBC, DBC, ESR, CRP, chest X-ray of the lungs. These tests are performed in special areas of laboratories and hospitals with open covid-19 wards. There may be a doctor's examination if necessary, for assessment for hospitalization. To be issued such a referral, the patient must have at least 2 of the following criteria. (6)

1 New fever

2 New onset of cough, mostly dry

3 New fatigue

4 New onset of loss of taste or smell

5 New breathing difficulties or shortness of breath

6 Myalgia (muscle pain)

7 Headache

8 Diarrhoea

9 Nausea and vomiting

10 Sore throat

11 Oxygen saturation, less than 92% or less than 88% (if the patient has COPD) on pulse oximetry, if possible.

Increase of administrative work in electronic environment.

The family doctors issue the sick leaves for quarantine of the patient /14 days/ and his relatives /10 days/ with the code of the positive test for covid 19 reflected in them. (5) The correspondence with the NHIF in 90% started to be carried out electronically. Some of the practices had to make an urgent investment in computer systems and software.

During the period of complete closure of restaurants and bars, additional efforts were made to provide food, water and refreshing drinks in the workplace.

The second wave

The large number of cases during the second wave in 11-12.2020 put to the test the practices of family doctors in the real sense of the word. New problems have emerged that require urgent change.

At one point, a large number of doctors and their deputy doctors were ill with covid-19. In the Plovdiv region of 441 GPs within a month for the period 15.11-15.12.2020 from covid 19 died 5 (1.1%) of family doctors. In this case, the patient should choose a new doctor, but in the context of a quarantine this process was difficult. It was necessary to urgently look for substitutes for the

sick or deceased doctors in order to have someone to take care for their patients.

As a case report, I have to describe one of my colleagues, who was ill with covid 19, on oxygen therapy in intensive care, who continued to give telephone consultations to his patients! Another was on therapy at home in an impaired condition and continued to consult his patients until late in the evening. He died in the morning!

Chronically ill

For the chronically ill, an opportunity was created to extend the prescriptions for their illnesses after a telephone consultation without a visit to the office in the absence of complaints. Some patients were anxious to leave their homes and visit our offices during the peak of the epidemic. The general impression of the colleagues, without being objectively examined, is that in case of exacerbation of a chronic disease, the patients seek medical help later. Maintaining ongoing care for chronically ill groups was a challenge.

Home visits

Home visits were carried out in urgent medical indications and in compliance with anti-epidemic measures. They had to be carefully assessed to avoid contamination. (4)

Vaccines

The first vaccines in Bulgaria and the EU were made on 27.12.2021. Medical staff was identified as a priority group. Applicants who were not ill or had recently become ill were vaccinated within 2 months. After the vaccination of doctors, teachers, participants in the election commissions in mid-February began immunization of patients over 65 years. A higher risk is expected in them and in chronically ill patients. In January 2021 family doctors started making lists of patients interested to receive a vaccination. This redirects resources (time and staff) of the practice of explaining to patients and to create lists. Subsequently, GPs started to vaccinate patients. There are not enough vaccines. We had to temporarily stop vaccination for about a week in order to detect possible side effects. In parallel, the government had set up immunization offices in hospitals and medical centres and a unified system for recording an appointment for immunization. This duplicates our work. Unfortunately, the centres were given vaccines with priority. But this overcame the anti-vaccine attitudes among patients and the concerns among some doctors.

Training

Recommendations for GPs in the context of the covid 19 pandemic were prepared and published. In the peak of the epidemic, trainings were performed in the electronic environment. We at SOIBOM held our conference at the end of the summer when the number of covid 19 cases was low. Presentations were performed in the open air or in a hall with open windows and safety measures provided. Not only recommendations for diagnosis and treatment of Covid 19 were discussed, but also other socially significant diseases and problems.

Conclusion

The epidemic of covid 19 has put under strain the whole of society, the individual countries and the practices of family doctors in particular. Group practices had some advantage in the sudden need to replace a sick team member. Changes had been made in the management of the various resources in GPs practice. Special efforts are being made to maintain continuous care for certain groups of the population. The model of communication with patients, with institutions and model of education has changed significantly. More challenges lie ahead.

References

1 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336299/Euro-health-26-2-63-67-eng.pdf>

2. https://www.google.com/search?q=covid+19+%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0&gs_ivs=1

3. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/03/17/rd-01-130.pdf

4. <https://eapmo.bg/articles/preporaki-za-rabota-na-opl-v-usloviya-na-covid-19-pandemiya>

5. https://www.mh.government.bg/media/filer_public/2020/03/17/rd-01-130.pdf

6. <https://www.nhif.bg/page/2054>

Invited Speaker / Review

Adaptation of Family Practice Health Centres to the COVID-19 Pandemic in Malta

Jean Karl Soler¹

1. Mediterranean Institute for Primary Care

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Malta and the COVID-19 Pandemic

24 February 2020

- All passengers arriving in Malta screened by thermal cameras installed in Malta International Airport.
- Passengers disembarking from vessels in the Grand Harbour and Marsa catamaran terminal also scanned.
- All patients with respiratory symptoms at Mater Dei Hospital were checked for COVID-19.
- Recommendations to social distance, wash hands, cover face when coughing or sneezing.

25 February 2020

Ministry for Health recommended:

- Travellers from Italy self-quarantine for 14 days.
 - Not to travel to regions of Italy affected by the outbreak.
- 7 March 2020
- First confirmed case in Malta is a 12 years old Italian.

9 March 2020

- Travel to Italy is banned.

11 March 2020

- Travelling banned to Germany, France, Spain and Switzerland.
- Anyone travelling back from mentioned countries must follow a mandatory self-quarantine, subject to €1,000 fine.
- Italy coronavirus pandemic proceeded south with the first case discovered in Palermo, panic buying ensued and supermarkets were emptied.
- Maltese chandlers and ship workers refused to board vessels from Italy to unload cargo, unless they were provided supervision and clearance by medical doctors.
- Malta Union of Teachers recommended members not to accept homework from students who were unwell and requested students and teachers who visited countries affected by the virus to stay home.
- Some work places request staff recently returning from Italy to work from home and defer non-essential travel to Italy.

12 March 2020

Prime Minister announced measures including:

- Closure of all schools, university and childcare centres for a week.
- Closure of day centres for the elderly.
- Stop to non-essential religious activities unless absolutely necessary.
- Television channel TVM2 transmitting religious activities in agreement with the Archbishop.
- All football games played behind closed doors. Other matches postponed.

- No political activities

13 March 2020

- Mandatory quarantine extended to travellers returning from any country.

16 March 2020

- Malta tripled its mandatory quarantine fine to €3,000 each time.

- All gyms, bars and restaurants would temporarily close.
- Food and beverage outlets were to operate only if they were offering take away and/or delivery service.

22 March 2020

- Health Minister Chris Fearn announced three more measures:

- Closure of non-essential retail (fashion, appliances, electronics).
- Closure of non-essential services (hairdressers, nail salons, beauticians, spas).
- Banning of all organised group gatherings.
- Infringements were to be charged with a €3,000 fine each time.

23 March 2020

- The Maltese government raised the fine up to €10,000.

28 March 2020

The government announced decisions related to education institutions and exams:

- Schools and educational institutions closed until the end of the scholastic year. Online teaching is being used for continuity.
- SEC examinations (ordinary levels) on 23 April cancelled. MATSEC to issue a certificate to successful students, based on performance and mid-year mock exams.
- Intermediate and A Level exams postponed to September 2020.

Measures gradually relaxed during the summer, as emergency powers to Department of Health reduced.

16 October 2020

- Due to a sudden spike in cases, the Maltese Government announced new measures that would go into effect on the 19th of October:

- Entertainment and catering establishments, including bars and clubs close at 11pm.
- Wearing of facemasks compulsory in all public places and workplaces, bar certain exceptions
- Children under 3 exempt from wearing a mask, as will those suffering from respiratory conditions. The mask may not be worn when someone is travelling alone in their private car, while performing physical activity or in circumstances where lip reading is a necessity. Wearing of face masks obligatory for all students at all times in primary schools
- Previous measures on public gatherings and social distancing remain in force.

10 March 2021

Peak of 510 new reported cases, with ICU near maximum capacity.

Maltese Government announced new measures (effective 11 March):

- Schools to close and lessons shift online.
- Non-essential shops, restaurants, cafes, bars, casinos and services closed.
- Childcare centres closed.
- Ancillary services in hotels halted.
- Gozo travel restricted to essential travel and to those who own property.
- Public group gatherings limited to 4 people.
- Organised sport activities suspended.
- Pools, gyms, museums, theatres and cinemas closed.
- Prohibition of weddings.
- Religious services, including mass, cancelled.
- Funerals continue according to existing protocols.
- Non-urgent operations at hospital are postponed.

Impact on health care

Maltese primary care:

- Private family doctors on fee for service.

- Government health centres free for Europeans.
- Primary care workload has fallen as patients are afraid of exposure in the waiting room.
- Government incentives for business and wage supplements have not been provided to private family doctors.
- COVID-19 emerging issues in Maltese primary care:
- Few cases of COVID-19 treated directly by family doctors since cases handled by public health helpline and quarantined.
 - Frequent referral of suspected cases for testing.
 - Requests for information by patients are:
 - Information on the infection and how to avoid it.
 - Information on when to get tested.
 - Information on safety of vaccines.
 - Information on related health conditions and allergies.

Personal reflections

- Concern on false positive PCR tests.
- Concern on lack of evidence for face masks and strict lockdown over simple social distancing.
- Concern on possible vaccine problems are:
 - Allergic reactions and severe adverse events.
 - Long-term safety (antibody-dependent enhancement and auto-immune disease).
 - Long-term efficacy.
 - Incomplete data on efficacy, safety and protection against variants.
- Concern on lack of information about natural immunity and alternative treatments.

Invited Speaker / Review

Biological health risks of healthcare workers & prevention

Zakiur Rahman¹

1. Bangladesh College of General Practitioners

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

What is biological health hazard?

Biological health hazards include bacteria, viruses, parasites and moulds or fungi. They can pose a threat to human health when they are inhaled, eaten or come in contact with skin. They can cause illness such as food poisoning, tetanus, respiratory infections or parasite infection.

What is an example of a biological health risk?

Sources of biological hazards may include bacteria, viruses, insects, plants, birds, animals, and humans. These sources can cause a variety of health effects ranging from skin irritation and allergies to infections (e.g., tuberculosis, AIDS), cancer and so on.

Examples of work organisation hazards include:

- Workload demands
- Workplace violence
- Intensity and/or pace
- Respect (or lack of)
- Flexibility
- Control or say about things
- Social support/relations
- Sexual harassment

What are biological hazards in hospitals?

Workers in health care may be exposed to biological hazards through contact with human bodily matter, such as blood, tissue, saliva, mucus, urine and faeces. These substances have a high risk of containing viral or bacterial diseases.

How do biological hazards enter the body?

The most common routes of entry for biological hazards are inhalation and absorption from direct contact. Inhalation is a common way for biohazards to get into the body. The effect on the body depends on the biohazard and the amount that is breathed in.

Is blood a biological hazard?

Any risk that comes from the biosphere – people, plants, and animals – can be considered biological hazards. Some examples of biological hazards are: Mold and Fungi. Blood and Body Fluids.

Which doctors die first?

In a national daily newspaper in November 2017, it was published that doctors, who are supposed to be professionals helping people live longer, die young compared to members of general public in Kerala. While the life expectancy of an Indian adult is 67.9 years, and that of a “Malayali” (as a native of Kerala is called) is 74.9 years, mean ‘age of death’ of a Malayali doctor was 61.75 years. This is surprising as it is expected that doctors should live longer, as they know what is good for them.

Which doctors by profession live longer?

Recent studies in UK have shown alarming trends for those working in the medical field: The specialty can determine how long you live. To put simply, there is such a thing as life expectancy by profession. So which doctors live the longest? Research has shown that, for example, if you are an anesthetist, you can expect a lifespan up to 10 years shorter than that of

your colleagues in other fields, at just over 73 years. General practitioners enjoy a lifespan of almost 79 years. Pediatricians and psychiatrists suffer earlier mortality (psychiatrists seem to fall victim to IHD, although the research does not mention why)

Life expectancy depending upon speciality

Discipline Average age at death (SD) P

All doctors (n=3342) 76.1 (±14.2)

Medical (n=849) 76.6 (±14.8) 0.36

Surgical (n=488) 76.5 (±14.3) 0.50

Primary care doctors (n=1.235) 77.3 (±12.8) 0.01

Anesthetists (n=165) 71.9 (±16.5) <0.01

Accident & Emergency (n=17) 57.5 (±16.6) <0.01

Gynecologist and Obstetricians (n=115) 76.1 (±15.5) 0.98

Pediatricians (n=107) 72.1 (±14.5) 0.01

Radiology (n=72) 73.8 (±12.0) 0.12

Psychiatry (n=174) 73.3 (±14.3) 0.02

Clinical Sciences (n=48) 73.1 (±14.3) 0.17

How can we prevent biological hazards?

Wearing appropriate protective clothing and keeping biological agents contained in the correct areas are essential for minimising exposure to risk. Systems and procedures for safe use, handling, storage and transport of biological hazards should all be in place.

Common ways of managing hazards are shown below:

• Step 1 Codes of practice, policies and procedures

• Responsibility of organisations

• Must be compliant with the various WHS Acts

• Should involve employees on a cooperative basis

Step 2 - Workplace method statements

• Written in cooperation with employees

• Must be compliant with various WHS Acts

Step 3 - Work safe instructions

• Initiated by organisation with cooperation of employees

• Must be compliant with the various WHS Acts

• Must be followed by employees

Step 4 - Wearing of protective clothing or equipment:

• Provided by organisation

• Must be compliant with the various WHS Acts

• Must be worn by employees as directed by management.

Step 5 - Hazard and risk management:

Senior management must:

• ensure that legislative requirements are complied with

• provide adequate funding for implementing safe workplace strategies

• work in cooperation with others to provide a safe workplace

• liaise with relevant personnel such as unions supervisors, WHS committees, WHS representatives

• lead by example.

Employees must:

• Be proactive In WHS Meetings Or Other Communication Opportunities

• Report Any Situation That Involves Risk Or Hazard To The Appropriate Person.

Step 6 Incident or accident report:

• Accident or incident report prepared on workplace checklist

• Management inspects accident or incident area

• Management evaluates the outcome of the investigation and makes recommendations

• The report tabulates inspection findings which include employee input and enables management to determine appropriate action.

Invited Speaker / Review

BME in Family Medicine/General Practice during Covid-19 Pandemic

Alex Harding¹

1. Society for Academic Primary Care

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Many thanks for the kind introduction. So just to just to reiterate, I my rollers as a placement organizer and curriculum director for in the UK is a kind of medium sized medical school, so we have an intake of 250 students a year. We've rapidly grown over the last 10 years and I Co-chair a group of people like me, I suppose in the UK. And we have been charged and taken responsibility, then for developing a national response to Covid. So I've been responsible to at a local level, for the covid response to medical school and then at some responsibility to national level also. And then I have been part at relatively recently, I have to say of the you EURACT BME committee and can I just take this opportunity to say thank you very much for making me feel so welcome. It's such a friendly, welcoming and forgiving group of people and for people who are interested in joining up with EURACT and becoming more involved or I can't tell you how great that's been if I'm honest. So many thanks for making me feel so welcome. Then I am also interested in kind of the global response to Covid and in part of the WHO group that looks at this and the response to covid at all the medical schools in Southeast Asia. So we've been having some fairly interesting discussions there, so I hope to bring a local, national and and global perspective to some of the challenges that have faced us over the last year. This is one of the themes that Nele picked up. And this is an issue that we faced with students. Many of them found themselves locked in there or not locked, but confined to their University halls. A lot of them, the first years were away from home for the first time. No opportunity to make friends in freshers week and the the social things that go on in the first few weeks of their term and so have very small limited contacts. We like other European countries. Somewhat less successfully I have to say, try to impose lockdowns and sanctions so the students were isolated. This resulted in very poor motivation for some students, and even I'm sorry to say, several suicides of students that found it all too much, and we're desperately desperately sorry for that, and it's a terrible thing to have happened. There have also been legal challenges. Students understandably asking for fees. So in the UK, students pay fees to come to it to medical school. So there have been incidences where students have asked for money back and also reimbursement of their accommodation. Some students have stayed where they are. Some international students have been caught at home, so lots of medical schools worldwide now have international students, and some of those students have remained at home in their own countries for the whole of lockdown. And so we've had big challenges in moving curriculums. Entire medical school curriculums online. In a way that tries to reach out to students that are a long way away. Then we have the as with the isolation of academic staff and I think a lot of academic staff have found it. Work expands to fill all available time when you're at work, but a lot of people are working from home and workers expanded into the home space where the opportunity to expand there is limitless and so many staff have found themselves paradoxically, while lectures have

been suspended and teaching has been suspended over busy and very stressed because of the extra work partly brought on by the fact that a lot of people are working at home now and workers expanded to fill the home space. We've had technological challenges as again, Nele was alluding to. People having to pick up very, very quickly ways of delivering new ways of teaching, and for me as a middle aged, I'm 53. If I'm honest, on a personal level, I've struggled with the technology and I know that many people have a similar generation have and for people who are older than me, we've had to say goodbye to some of our staff who've just found it all too much. That has to be, I suppose, juxtaposed against a younger generation that are all over this and seem to be able to take to it like a fish through water. And so I've called this the technological generation gap. So that we see emerging between people at universities taking on these major technological challenges. If we then focus on what has been the challenges for GP's for having medical students on placements, I would say the the situation globally has been in the majority of countries, clinical placements have been suspended. And in many countries, certainly in my work through see me in Southeast Asia. Medical schools still have no clinical placements and that brings considerable challenges. As I've said later on in this slide, considerable challenges for graduating students so you know how do you allow for the fact that clinical students have had far less clinical experience but nonetheless will need to graduate and go straight into situations where they are exposed to Covid and very stressful working environments. So that's been a major challenge for medical schools. This thing about graduation. I'm also, I think to get back to the challenges for clinical staff at medical students, especially in the younger years are not perceived in some ways understandably as priorities for clinical staff who are working under a lot of pressure and so in medical schools where we've tried to keep placements going. Trying to keep medical students coming into the the general practices and this has happened so that in the UK about 6 out of the 50 medical schools have had placements run right the way throughout the pandemic we are one of those medical schools. And so I'm talking with a little bit of experience and the major barriers we have had inevitably are that younger years students sometimes don't understand or fail to appreciate just what is at stake and just what might happen if a medical student was to be seen as the vector for Covid for very vulnerable patients? And understandably that makes GPS feel very, very unsettled. It also makes the GP staff feel unsettled having medical students come in. So we've had to take extremely stringent precautions with those medical students to allow them to continue coming into practices throughout the Covid pandemic. And as I've said, the reality, though globally, is that still a lot of medical undergraduate medical student placements to general practices are currently suspended. So, number of challenges and I was, you know, hearing Nele speaking, sympathizing, or empathizing. I don't know which is the right Word with the amount of challenges that you've had to overcome. So, lest I spend too much time on the challenges, perhaps, will focus What have we done? What's going on globally, to move, and to mitigate against the effects of Covid? So we've all become heartily sick. Haven't we have the term zoom and teams they become part of our life, but in another sense they have transformed our ways of working in a time frame that is insane really. That the rate of change in medical education tends to be grindingly slow, but this show has brought about change in a pretty rapid way. So, I think in a preclinical sense a lot of medical schools have had to move their entire lecture program, small group program, clinical skills programs. They've had to move all of these online and zoom and teams for small group work has been absolutely

indispensable. Huge amounts of effort have gone on the behalf of our lecturers to turn what was an hour's lecture into a 20 minute podcast, and I think for us, one of the learning points has been that an hour lecture did arguably, increasingly unpopular option with medical students worldwide. So attendance is at lectures falling across the world at the traditional lecture, compressing one hour's worth of lecture into a 20 minute podcast is very difficult. And requires often incorporating visual stuff into your podcast, but it requires one getting your head around all the video technology, so there's a thing called panopto that allows you to do these kinds of things. But as I've said in the previous slide, one of the major jobs is that people are at home. You can do a video about how to teach using these methods, but it's a lot to pick up for. There's a lot of new skills, and certainly I don't think amongst. I'm not alone and having recorded several podcasts only to find that something's gone wrong with the podcast and the whole thing needs to be redone. In preclinical, we've had to move entire medical courses online, and that's been a major undertaking. So we've had a big challenge in moving entire curriculum online and I'm just struck again by one of the points that Nele raised. Is this point about collaboration? You know, each medical school from here to Delhi has struggled to do this in isolation and you really think now with this ability to have all of what we can see on screen, people from all over Europe assembled on a screen. Why can't medical schools collaborate more to do this kind of thing? Why repeat things endlessly and heaven knows how many lectures have been done on hypertension and asthma in each different medical school when one really good one might suffice. This we've kind of struggled, as I think all people have with these elements of synchronous and asynchronous learning, and by that I mean some sessions are done in real time like this. Some sessions are recorded and we most medical schools that have a mixture of these approaches. What are the learning points from this in terms of preclinical? I think, students prefer I know we've had to move to online formats, but they definitely prefer a human touch. At the you know, doing putting up a pile of PowerPoint slides is easy to do. It's easy to put online. Students don't really like just working through PowerPoint slides on their own, what they prefer narrated slides with the person not there and what they prefer more than that is having a video image a bit like this set up where you can actually see someone and do the slides and what they prefer most of all is an online session where like this with you know, a synchronous session. I think all of us have felt that the options for online teaching are increasingly huge. One can fill synchronous sessions like this with quizzes, whiteboards, interactive gizmos, videos, and the experience I found is that for every one addition of technology to online learning, has exponential probabilities of it mucking up and going wrong. The findings have been that student interaction with things like whiteboards and gizmos is ok, but maybe one or two of them rather than half a dozen in a session. And certainly feedback that we've had that indicates that students are not happy to sit in front of a screen for 8 hours and listen to things. In terms of this, is the final slide. And just want to talk now about the approaches to the clinical part of the program where students come out and learn about general practice in their placements with GPs. We know that there's a huge variety in undergraduate experience at undergraduate level, in general practice, and certainly emerging evidence from the UK and other countries suggests that the amount of exposure and experience that medical students have at undergraduate level in general practice is directly proportional to the possibility or probability of them choosing general practice as a career. That's independent of the so-called quality. And sometimes even if students have what many might regard as a questionable

experience in general practice, and people do worry about this all the time. The fact that there's a phrase called better the devil, you know. So the more experience that students have in general practice they feel more at home in it, they know its downsides. There are downsides to all parts of medicine, aren't there, and so they're more likely to choose general practice. In the UK certainly we have a quite a large percentage of general practice in the undergraduate curriculum, and by that I mean about an average of between 15% and working towards 20% of the clinical program in general practice. So the clinical part of programs has a lot of general practice in it. As I've said, most clinical programs in the hospitals and in general practices are at the moment suspended. So what have been the approaches to mitigate against that? The students commonly have used teams and zoom to dial directly into clinics so they can be sitting in Singapore. GP clinic can be going on in Bristol and the student zooms in and joins the clinic. There are some quite innovative ways of sharing patient notes with appropriate consent, of course, so that the students have access to that material. And so that students, as I've said, have been able to zoom into clinics directly in Southeast Asia and in Canada. There have been efforts where the conditions where a device but like a they have like an iPhone at that like that, or strapped to the torso and they've been doing clinics like that and have managed to then transmit what they're doing to groups of students. So transmitting live surgeries is an approach that has been used. Then there's been quite a lot of work on simulated in paper cases. For students, teachers recording cases for students, either with the patient directly or with an actor. And then finally I just want to talk about an innovative approach that we've taken in the UK as part of my national work. The link is in the slide, so there's a TV program in the UK called GPs behind closed doors which follows the fortunes of GPs as they see their patients. It's become quite popular. Sit down and watch a GP go through half a dozen consultations. I must admit when I come back from work and I've seen 30 or 40 patients, it's about the last thing on Earth I want to watch. But the feedback from one medical student at a medical school that will remain nameless read at the end of an attachment. I could have learned more from this attachment by sitting at home and watching GPs behind closed doors. So quite cogent pungent feedback from a medical student. We talked about this at the national group, and one of the persons said, well, I happen to know one of the doctors that's on this TV show. But we give him a ring and see if we can do exactly that. So we phoned up the TV company they wanted £200,000 for some videos and we found the money. And many thanks to the Medical Schools Council of the UK for doing that. They gave us 150 videos and the 150 videos cover the extent of clinical medicine. Most of the basic clinical presentations, but also cover the curriculum that we've devised in the UK National Curriculum and done some work as well in EURACT about publishing curriculum guidelines there. And so we have a resource now where students are able to search that resource of 150 videos under the GP curriculum, themes or under medical clinical themes and watch videos and so that's been another approach that certainly we've been involved with in the UK. I think again to echo finally Nele's point, the challenges have been considerable but the innovation that it's spawned has been really significant, and I guess we're now at a stage where certainly in the UK anyway we're looking at. We've mucked up most things to do with Covid, but thankfully not the vaccine, and many apologies for the trouble we're causing with vaccines. We're looking at getting back to some form of teaching and normality and are beginning to approach these questions about to what extent will these innovations and changes go forward and become part of normal practice and what extent will we just

go back to old ways of working? There's a very active debate going on at the moment about that particular subject. I think to me the main learning points throughout all of this and through my work with the various organizations that I'm part of have been three things. One is that if we are going to move towards more online ways of working, we need to take care of each other. It's been a very stressful period for all of us I think, and I think perhaps we need to give some further thought to if we are going to meet less. How we take care of each other in communities like this. The second is that there are major technological barriers and a gap that I see this grown up and I think learning institutions need to do more, perhaps to take care of people that are less offei with technology and be perhaps a little more understanding of the difficulties that some people face in rapid adaptation to new technological ways of working. And finally, most important point is the importance of collaboration and sharing information and sharing what we've learned and avoiding needless repetition and therefore work. I'll probably stop if that's ok, and see if there are any questions or comment. Thank you.

Invited Speaker / Review

CME/CPD in Family Medicine/General Practice during COVID-19 Pandemic. A practical experience from Israel

Martine Granek-Catarivas¹

1. Tel Aviv University School of Continuing Medical Education

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

General Introduction

It is well understood that physicians have to be long-life learners.

Quoting a document published by EURACT as EURACT-EQuiP Policy Document in 2001:

Integration of formal CME and Quality Improvement Initiatives: "The medical scenery is constantly changing necessitating new concepts, strategies and options concerning services, education and quality. Science and knowledge, especially medical knowledge, change rapidly, leading to a limited lifetime for a "diploma"..."

Modern high technology care, changes in demography, morbidity and social needs, growing expectations of patients, the demand of a humanistic approach and many other issues, as doctors' shift to part-time work, development of electronic communication and free movement between countries are going to have their impact on education and quality as well as on expectations towards the medical profession. In addition, the pharmaceutical industry is also changing its strategies with increasing use of scientific evidence".

As far as Family Physicians are concerned, the need for providing a frame for further learning and updating knowledge and skills is a necessity, as some of them may practice in solo practices or in remote areas, or other setting without the continuous stimulation of an academic environment.

Life-long learning, according to the principles of adult learning, has to be based on individual motivation and self-discipline, but often collaborative learning with a peer group is found to be more stimulating and effective. Group learning can be based on voluntary gatherings for classical "Journal Clubs". But in reality in most countries, Family Medicine is evolving from being a liberal profession to a discipline belonging to an organization in charge of the delivery of care (HMO). The complexity of acute and chronic care, the necessity to move to "managed care", has led to the development of clinical guidelines and the beneficial evolution of Family Medicine to an academic discipline. As a result, HMOs', professional societies and academic departments are now in charge of providing the frame for CME/CPD.

Still quoting the above document:

"Continuous medical education (formal CME) = formal educational interventions: conferences, rounds, symposia and individualized training and teaching sessions.

Knowledge is transferred by educational activities".

"Continuing professional development (CPD) = a process of lifelong learning in practice. CPDs endpoint should be quality of

care. CPD must help improve quality of care, demonstrate its effectiveness and become a properly managed activity by both the physician and the profession".

The final aim of CME and CPD is to improve the quality at the end-point of the delivery of care. As such it should be based on learners' previous knowledge, implement the learning theory of constructivism, and be perceived by learners as effective in modifying their habits.

The existing frames of CME/CPD for Family Physicians in Israel

Israel being a small country and many organized CME/CPD activities being provided on a regional base, there is relatively little use of distance learning or e-learning. In addition, participants are usually happy to see each other for professional and social networking, in a friendly and warm atmosphere. This may also be a cultural characteristic of the Israeli people, who like gathering together for small talks and other face-to-face verbal exchanges, despite the high degree of technological development which is another characteristic of the country.

The learners:

In practice in primary care, there are different kinds of "consumers" of CME/CPD, all named "Family Physicians" despite notable differences in their previous medical education:

- Residents in Family Medicine in a 4 year- specialty training program
- Family Physicians: including :
 - Specialists in FM
 - Other specialists working as family physicians: Internists, Geriatricians, a few Pediatricians, ...
 - General practitioners with no specialty training

Different types of CME/CPD programs.

If employed by Clalit Health Services, all Family Physicians as defined above are provided a half-day weekly release for CME/CPD, as part of their working contract and supported by the HMO's. It is accredited with CME points but not compulsory. Other HMOs' are operating CME/CPD on a somehow different base and schedule.

- All Family Physicians, whether specialists or not can attend these weekly courses, or choose other modular mini-courses. They are mainly based on frontal lectures for large groups of 40-50 participants, with interactive Q&A with the lecturers. There are also options such as short specific courses including skills acquisition.

The curriculum is developed by Course coordinators of the Department of Family Medicine and on the basis of participants' needs and requests. There is also a minor input of the employing HMO based on a policy to improve clinical quality indexes (hospitalization rates, medication overuse, laboratory tests overuse...). Courses assessment is based on questionnaires reporting participants' satisfaction and direct continuous feedback to Course coordinators.

- Residents in Family Medicine: their training includes a clinical curriculum + CME activities. The CME program is organized and supported by the HMOs' but regulated and standardized by the Scientific Council of Israel Medical Association and approved by Ministry of Health. In our Department, residents attend a full-day weekly release dedicated to CME/CPD which is compulsory.

The curriculum is outcome driven, oriented towards competencies to be achieved and are better acquired in smaller

groups of 15-20 residents.

During the morning session, in our Department, the 65 residents are divided in 3-4 small groups, have a few short lectures, but mainly skills acquisitions and practice oriented activities, and preparation to specialty certification examinations.

During the afternoon session which is held at Tel Aviv University, or any other one depending on University affiliation and geographic distribution, they meet with residents of other Departments and other HMO's, increasing sources of exchanges and collaborative learning. The curriculum is developed by the University School of CME, but all coordinators and teachers are also Family Physicians.

They are re-divided in small groups working on a mixture of semesterial courses: clinical topics, EBM, communications skills, family-oriented care, multi-cultural care, practice-oriented care and management ... Courses assessment is also based on questionnaires reporting participants' satisfaction and direct continuous feedback to Course coordinators, but also formal written examinations.

Clinical tutors and preceptors

Regular meetings of undergraduate tutors, residents trainers and small group teachers are held periodically at the Department or at the University, for mutual feedback, sharing of problems encountered, debates about topics, teaching and assessment methods and some structured faculty development .

Pharmaceutical industry sponsored CME/CPD activities

In the pre-pandemic area, pharmaceutical companies would offer evening lectures including dinners, usually disease and drugs oriented updated, to all Family doctors willing to attend on a voluntary base. They were also organizing week-end seminars and activities in nice hotels and partially sponsor some of the periodical congresses held by various societies within the Israeli Association of Family Doctors.

How is COVID-19 Pandemic changing the rules of the game?

COVID-19 pandemic adjustment

The first lock down in Israel begun on April 2020, all public places and activities were closed, actually until nowadays. Only now in March 2021 is the country progressively reopening public places and activities, still with strict quota restrictions and control by massive vaccinations.

The first month can be described as a month of total disarray. Children and parents locked at home, elderly on their own, limitation of activity to 1 km around home. Apart from food and pharmaceutical purchases, all shops are closed. Only vital workers and places are operating including medical staff in the community. But primary care clinics are empty, access is allowed only after telephone clarification and authorization. As for other professional activities, all frontal staff meetings are forbidden and all teaching activities are suspended, including all CME/CPD activities.

First to reorganize: activities for residents

Despite postponements of written and oral certification exams, time is passing and residents have to continue their training and reach the required competencies in due time. One cannot allow a delay in the release of certified Family Physicians in the near future, and obviously one cannot grant a full certification to residents if undertrained.

Clinical training in primary care teaching clinics included adjustment to tele medicine (video and telephone consultations

and e-mail communication with patients). It is not part of my talk and has been described by my colleague Prof. Nele Michels in her talk about Specialty Training during COVID-19 Pandemic.

Concerning CME/CPD, Universities rapidly developed existing platforms such as Moodle. Within a month, teachers were initially requested to come and record lectures for non-synchronized teaching. But soon were Zoom subscriptions purchased by Universities, to support a quick return to small groups teaching, live and synchronized and try to recreate interactive and collaborative learning – so important for the training in Family Medicine.

At the same time departments and HMOs' purchased their own Zoom or Teams subscriptions and reestablished all the small groups' activities.

Topics had to be readjusted: much time had to be dedicated to shared ventilation about issues "stealing time" from the classical syllabus for our residents' small groups' activities:

- Professional issues such as how to communicate with patients through telephone, a problematic issue for residents new in their clinics who had not had the opportunity to meet and know the patients, and found it very difficult to monitor chronic illnesses, develop mutual trust and provide support.
- Dramatic narratives of those doing their Internal Medicine rotation in a hospital department now reconverted into a COVID -19 department. This would not last more than 3 months out of the 10 months rotation in Internal Medicine, as requested by the Medical Council in charge of the Curriculum of the Specialty Training. But their strong emotions had to be ventilated, such as facing death , failures of the system sometimes, anger against lack of support , having to take responsibilities they felt not ready for, debating about their choice of being family physicians doing community and person-centered care whereas now they were forced to perform in a highly technical environment a kind of medicine that excludes the development of a doctor-patient relationship and definitely excludes families, not allowed to enter the departments. Personal adjustment difficulties, reflexing thinking, fears sometime, all were given time, largely in Balint groups which are compulsory during the training program but also overflowing in other courses.
- Personal issues: our residents are usually in their thirties, and according to their own family life cycle, are now having young children, all staying at home since kindergarden and schools closed their doors too. Inevitably, residents taking their CME/CPD activities online at home were disturbed by small children finding it difficult to understand that Mummy and/or Daddy are at home but not available for them. Aside from not having the regular support from grand-parents in the care of their small children, especially when both members of the couple are working from home or outside, many would also share their worries about their own parents' health. More than ever before, when coffee breaks during frontal CPD/CME activities were offering the frame and the time for small talks, we found that small groups' function of promoting friendly exchanges and mutual support concerning personal issues was even enhanced and reinforced, often helped by the flexible facilitation of the teachers.

Nevertheless following are some drawbacks reported by some of the residents:

- ☒ Missing the actual social interaction between colleagues and residents from other HMOs'.
- ☒ Too many technical problems (unstable internet, audio/video failures, etc.)
- ☒ Difficulty in maintaining concentration

❓ Difficulty in creating an appropriate setting for effective learning, when at home during daytime. Some suggested maintaining recorded lectures that could be seen asynchronously.

CME/CPD for other Family Doctors:

As said above, these activities were mostly organized as interactive lectures for larger groups counting up to 50 participants. It took another month to HMOs' to get organized with Zoom lectures at regional level.

Starting from May 2020, regular weekly lectures were reorganized. Initially, courses coordinators encountered some difficulties finding lecturers ready to reconvert their familiar format to a Zoom format, some had apprehension and would refuse, but finally all teachers and learners became used to this new format. Since our CME/CPD scheme is a regional one for Family Doctors practicing in the same HMO, even the large groups are regularly attended by participants who know each other, sometimes for many years. Some are strongly attached to the Department of Family Medicine in charge of the courses, being themselves active clinical tutors of undergraduate students or trainers of residents in specialty training.

As both lecturers and participants were getting familiar with the Zoom platform and overcame technical difficulties, we found that the "cohort effect" amongst the participants was maintained. Overall satisfaction with the courses, which is periodically monitored by feedback questionnaires, was not affected at all, and attendance although more difficult to assess accurately, remained very high.

Teachers' reconversion:

Teachers had to reconvert all their courses and lectures into asynchronized or synchronized lectures, initially video-recorded at the university. The task raised more anxiety among the teachers in charge of small groups' facilitation, and of skills acquisition. At Tel Aviv University, a course was developed by the Academic Center for Continuing Medical Education and offered to all teachers on a voluntary base. The course named "The Science of Learning" was provided by a private company named "Methodica", and consisted in a series of 12 webinars lasting 40 minutes each once every week, late in the evening after working hours. The course gave some principles and theories about adult learning, but mainly gave many knowledge, examples and practical tips about how to make a Zoom session attractive and interactive, stimulating active thinking and participation, giving opportunities to learn and reflex through games, practice role-plays, receive feedback etc... Despite the late timing of the course, motivation to participate was very high and investment in modifying old teaching sessions and developing new modules led to a great leap forward in the quality of the teaching.

Pharmaceutical industry sponsored CME/CPD activities

As said above, all public places, conference venues, restaurants and hotels being closed down, pharm companies learnt very rapidly how to reconvert into online activities. Actually a plethora of webinars, 4-5 simultaneous ones are been offered daily after hours, free of charge to all physicians. Best popular lecturers are contacted and hired by the companies, and some are giving very good CPD sessions based on clinical cases discussions. Others are promoting new technologies and new drugs, obviously supported by scientific evidence, but often much less relevant to the practice of Family Physicians. My personal feeling is that competition is very high between the various companies, each one trying to reach a larger "captive

audience", and there is also some competition for the best chairman and the best lecturers.

Never has participation and offer been that high!

Conclusions

COVID-19 pandemic has definitely influenced the mode of delivery of CME/CPD activities in many ways, with a big leap forward concerning the advantages of using online technology. Reaching out is increased, as much less time and money are lost commuting to a meeting place and finding parking lots. Time flexibility of attendance to recorded lectures and activities allows individual tailoring to work, family, attention span and other personal factors.

Quality of the teaching has probably also benefited from the need to modify previous activities and introduce newer and more interactive methods in all academic settings. For the pharmaceutical sponsored activities, content quality and tailoring to participants needs is sometimes confounded by other factors.

As for the social, interactive and collaborative aspects of learning, as well as the practicing of communications skills, there is a wide scope of feedbacks among both learners and teachers. Emotional apprehension and technical skills mastering are probably affecting the respondents. But the overall evaluation is that even through online activities, the human touch and solidarity is very present.

Unfortunately the acquisition of manual and lab skills will have to be completed with the return to frontal activities in appropriate venues.

Finally, it is difficult by now to predict how CME/CPD activities are going to evolve and found a new, wise, hybrid or blended balance when COVID-19 is over.

Invited Speaker / Review

Covid pandemic: Australia based experiences

Michael Kidd¹

1. Deputy Chief Medical Officer Australian Government

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Hello, thank you for this opportunity to join you at your conference today and for this invitation to speak about what's been happening with the COVID-19 pandemic in family medicine in general practice here in Australia. I've started with this image which was sent to me by a five year old patient. His depiction of the coronavirus, the coronavirus is obviously had a huge impact on our lives in countries right around the world. I want to start off by saying a huge thank you. Thank you to everybody for your passion, for patient care and the work that you have been doing, delivering care to your patients throughout the pandemic. Thank you for your commitment to high standards of quality family medicine, general practice in your country. Thank you for your dedication to the education and training of the next generation of family doctors in Turkey. And thank you for your commitment to research in a valuation, it's very important that we support the research which underpins all the work that we do as family doctors. Finally, thank you for your ongoing dedication to the health and well being of the people of your country through the work that you do every day. Coronavirus has obviously had a big impact on all of our lives and I'm going to share with you some of these statistics from Australia and then share with you the principle which we've used in developing our response to the pandemic in Australian general practice. So what you can see in this slide is the two waves of the pandemic which we've experienced in Australia over the past 12 months. Like much of the rest of the world, we had a first wave in Australia. The first wave commenced in March and ran through April with widespread infection throughout the country and a number of deaths, then we had a period where we had very little community transmission of COVID-19. By this stage we closed our international borders. Anybody who was coming into Australia was required to do 2 weeks of supervised quarantine in a quarantine hotel before being able to go into the wider community. We then had a second wave in the City of Melbourne. And this second wave was really just contained to that one city of 6,000,000 people in the South of Australia. But as you can see, we had more cases of COVID-19 during the second wave just in the City of Melbourne. Then we had in the entire country of Australia in the first wave and we had far more deaths occurring in the second wave. Most of the deaths in Australia have occurred in elderly people, and most of those elderly people have been the residents of nursing homes and long term care facilities. Today in Australia we've had 29,206 cases of COVID-19. The majority of those cases have been in people coming into Australia from overseas. People have been in hotel quarantine and we have had 909 people who have lost their lives. Nobody has died from COVID-19 over the last couple of months in Australia, and indeed since the 2nd wave ended in October of last year, we've had very few cases of community transmission in Australia. We've had some very small outbreaks arising from people working in the quarantine hotels, but those outbreaks have been able to be contained very quickly. We currently have 50 people in hospital with COVID-19 in Australia. Some of the states in

Australia they admit to hospital anyone who is in quarantine who's been diagnosed with COVID-19. Whether they are significantly unwell or not, but we do currently have two people in intensive care units with COVID-19. So this is the outline of the five principles that we've used in Australia's primary care response to COVID-19. We published details of this last year in the British Journal of General Practice. We wanted to share these experiences with family doctors in other countries. I'm going to go through each of these five principles in turn. So the first principle is around the protection of vulnerable people and what we know is that the people who are most at risk of developing severe disease from COVID-19 other people we care for in family medicine in general practice. This is people who are elderly people aged 70-80 and above. People with chronic health conditions which may put them at increased risk if they were to contract COVID-19. People who are immune suppressed either taking immunosuppressive treatments or who have conditions which affect their immune systems. People who have disability many disabilities, which put people and increase risk if they contract COVID-19 and what we also know is that the majority of people who are infected with COVID-19 only have mild or moderate symptoms. In Australia, about 15% of people with COVID-19 have required hospital admission. 85% have been cared for at home and of course they are cared for by their family doctors, their general practitioners. We also know from the early experience in countries which had the initial outbreaks of COVID-19. That one of the sites where people are most at risk is people who are living in nursing homes, long term care facilities or in disability, our care facilities people living in group accommodation with other people. And indeed that's what we've seen in Australia as well. And again the doctors who are providing the majority of care to people in nursing homes and long term care facilities in Australia are family doctors, general practitioners. So what we did very early in the Australian Government response to COVID-19, is that we allowed the use of government funded telehealth by family doctors working with their vulnerable patients. In March we introduced the ability for telehealth to be used for consultations. This was during the first wave what it meant was the people who are vulnerable could stay in their own homes, did not have to put themselves at risk by leaving their own homes but also could continue to receive medical care for all conditions from their chosen family doctor using telehealth either by the telephone or via video consultations. The second principle was recognizing the importance of family doctors being able to provide care to the %85 of people who had mild to moderate symptoms of COVID-19. So in Australia we have had free testing for COVID-19 being offered through clinics and setup right across the country. We also recognize the risk that if we were to do testing for COVID-19 in regular general practices then that would put at risk all the patients who attending for all reasons at risk of contracting COVID-19 from patients who were coming for a test. So the Australian Government funded general practices family medicine clinics across the country to establish separate respiratory clinics, separate to the regular general practices but staffed by family doctors and family medicine, primary care nurses. And these clinics people could attend if they had respiratory symptoms and, if necessary, be tested for COVID-19, but also be managed for other respiratory symptoms. Because of course, many of the people who develop respiratory symptoms do not have COVID-19. They may have other conditions which cause shortness of breath, fever or other symptoms. So these clinics have been established. We've established 150 of these special clinics for COVID-19 testing right across the country. At the same time, many of our States and territories have established their own fever clinics as well

for testing people. Some of this is done as drive through and people remain in their cars. Others people park their cars or walk to the clinics and then our assist in clinic rooms. The third principle is about the importance of regular health care continuing throughout the pandemic. What we know from the past experience of epidemics and pandemics in other parts of the world is that often more people die from neglect of the management of regular conditions than die from the infectious agent. So we were very keen to make sure that regular general practice family medicine services have been able to continue, especially during periods of lockdown, during the two waves of COVID-19 that we've experienced in Australia so far. So to do this, we expanded the ability to have telehealth consultations to every person in Australia, so at the moment every family doctor can do consultations with their own patients using telehealth in combination with face to face consultations whenever these are required. And this has been very important what we've seen during the lockdowns is; a reduction in people presenting with acute conditions, a reduction in people presenting for management of chronic conditions or mental health concerns and also a reduction in many of the preventive care activities which are normally carried out by family doctors in Australia. Regular immunizations screening for cancer, screening for heart disease, screening for diabetes has all been reduced during the periods of lockdown so very important we've been able to continue with regular health care services. The Australian government also provided incentive payments to family practices to make sure that they were able to remain financially viable during periods of lockdown and able to continue to employ the nurses and the other health care workers. The 4th principle is about the importance of protecting our workforce in family medicine in community based health services. Just as we are protecting the health care workers working in hospitals and in emergency departments right across the country. So the Australian Government has provided personal protective equipment, masks, shields and other equipment to family doctors, to primary care nurses, to allied health professionals working in the community, as well as to doctors, nurses and other health care professionals working in our hospitals. Again, the experience of past pandemics is that often there was no PPE provided to people working in community health services. And we've seen deaths, for example, during the SARS pandemic of 2002, 2003 among family doctors, community nurses, which is just not acceptable. Everybody working in health care deserves the same level of protection against these infectious agents. The final principle is about recognizing the impact that the pandemic is having on the mental health and well being of everybody in our population. Including our health care workers all our lives have been disrupted by the pandemic. Many people have suffered terrible losses with the deaths of loved ones from COVID-19. Many people have been separated from family members and other loved ones due to lockdowns. Many people have lost their jobs due to the impact of the pandemic on the economy. What we know is that this pandemic is going to create a long tail of mental health concerns which are going to last months and probably years after we finally get COVID-19 under control. And so it's been very important for the Australian government to provide supports for everybody's mental health. And we've had boosting of online and telephone services that people can reach out to if they're feeling anxious, depressed or suicidal as a consequence of things happening with COVID-19. We've also had a special focus on the provision of mental health services online telephone and face to face for the members of our health care workforce who have taken, of course, the brunt in dealing with so much of the tragedy of this pandemic. The final slide is just a quick reflection on what the

world is going to look like after the pandemic. Of course at the moment we're seeing the rollout of vaccinations in countries all around the world. Australia has started it's COVID-19 vaccine rollout. We're using the Pfizer vaccine and the Astra Zeneca vaccine from the University of Oxford. And family medicine, general practice is one of the main sites where people can receive their COVID-19 vaccines. We recognize that many of our patients want to receive their vaccines from their own family doctor, in their own family practice. So the family doctors of Australia have really stepped up to deliver the vaccines to the members of their patient populations right across the country in urban areas, in rural areas and in remote communities across our very large continent. Once we have vaccinated our population, we hope we'll be able to move towards opening up our borders and allowing travel between Australia and other parts of the World. But once we do this, of course we know that we will have COVID-19 coming into Australia, but what we hope is that with the vast majority of our population immunized and protected from serious disease, that if we do have outbreaks, the outbreaks will be of a much milder nature and will not be accompanied by the overwhelming of our health care systems and the death tolls that we've seen in our population during the first two waves. So I'm going to stop there, but once again, a huge thank you to the conference organizers for inviting me to speak today, but also a huge thank you to all of you for the work that you have been doing; protecting the members of your community throughout the COVID-19 pandemic. Family medicine around the world has really stepped up during this pandemic. We have demonstrated to our populations, our care, our support and our willingness to be there for our patients and our communities in a time of great national and international emergency. Thank you to all.

Invited Speaker / Review

Covid pandemic: India based experiences

Raman Kumar¹

1. Academy of Family Physicians of India

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Thank you Mehmet, and greetings from New Delhi, India to all my Turkish colleagues.

Thank you for this wonderful opportunity to learn together. As we hear experiences from rest of the world. And we all have the challenge globally and all human race has been challenged because of this Covid pandemic. Only last year in April we had our first WONCA webinar we've been out on COVID-19 where we all spoke from our respective regions and since then we have been collaborating together and we have been sharing our experience as the epidemic, pandemic evolved. All over the world and this network has been truly, very useful for all of us to help our communities and our patients. This is my memory from Istanbul, Turkey WONCA Europe conference. You can see in blue shirt and I hope in future will be able to meet together and visit places in physically again. So I have very warm and pleasant memories from Turkey and thank you that was a wonderful conference and I hope you do so good scientific programs. You know, after it started in Wuhan, China, the first case in India was reported on 30th of January 2020 and I was you know that I'm sitting in my clinic in the outskirts of Delhi and we were not very sure how it is going to hit us in northern part of India or rest of the India because it was just hearing stories in news, media and social media about the problems, challenges that were occurring in western countries in many parts of the world. But it started gradually moving into rest of the India. And later cases were reported on 2nd March in Delhi, Hyderabad so than India. And the first surge incident is happened in 4th of March when we had 22 new cases including 14 Italian tourists who were visiting the rather than state or province of India. So, this is how we started unfolding an at this time of year we have a major festival in India, Festival of Colors. It's called Holi. Till that time we had no clues. You know what was it is going to be like and you know we were reading news and television only how the Indian citizens were being brought back from different parts of the world because of the pandemic. And there were some imminent lockdown or travel restrictions. We are going to happen but we did not know the scale of it. So you know what it started appearing to us was, you know, people returning from outside India and you know the special efforts taken to screen them at airports. And initially we heard all the statistics of how many people wear. You know a screen in the airports and quarantined at designated centers. This will be initial discussion when the pandemic started in India. And slowly we started getting more and more cases. But you know towards, I would say March and April the efforts were more on bringing back people who were living in different parts of the world, and there was a special mission run by the Government of India to bring all Indians back. This was a decision that was going to impact the number of cases in which parts of India. And this program has continued because people were stranded and we are a big population country and we also have in a large number of people living in different parts of all over world, I would say United States Middle East, Australia. Even people will back from China, Wuhan. Until now, around 5,000,000 people have

from 98 countries where arrange to return back to India and the spread of virus was somehow initially linked to this return of international travelers or Indian citizens back to India. But this was considered important from the government's perspective from the peoples need perspective. 'cause these many people could not be, you know left stranded into you know different parts of the world because of the uncertainties. Nobody was ready to own their treatment. If they are ill, there was problem of food supplies in, you know people were sending SOS messages from different parts of the world. So it was decided by the government to bring these people from all over involved in different pages and currently the 10th phase of this is still going on the international movement from outside to India. Although there are domestic restrictions on the railways domestic flights, and international flights also. But this is a special element of bringing back people from abroad back to India. So this is, you look initial graphics of the pandemic. When the total number of cases were 250 only and currently it is close to 12 million. And you can see you know how they were spread in different parts of India. The darkest one. Brown one Maharashtra straight. It is in middle and south of India and the second hub was in Delhi and this patterns of geographical distribution of pandemic cases. The Covid cases is still persisting. Maharashtra State remains the focus of all pandemic occurrences or more abilities in India. Though slowly it has spread to almost all states or provinces of India. This is again when you know the number of cases across 2000 marks per day and later on it just 100,000 per day also. So you know, this is how it was progressing. And at that point of time, I remember because I was also part of the meeting called by the Prime Minister of India and I was representing the family physicians and all stakeholders were taken into confidence and it was this time of the year in 23rd of March 2020 when all medical doctor associations were called for meeting with the Prime Minister for their opinion and feedback. And similarly other stakeholders in different parts, different sectors, businesses, industry and know all sectors of the human activities were taken into confidence by the Prime Minister in that meeting itself, you know that was probably indication that a very strict lockdown across India was to be implemented, which was not expected by many because we have huge population disparity, challenges of employment, supply chain, food, nutrition but bold decision to make a very strict lockdown across India was taken on 25th of March. Which suddenly disrupted everything an another couple of following weeks you know nobody was knowing what exactly was going to happen. So much Uncertainty was there in the initial meetings and all the challenges were discussed regarding PPP (personal protective equipments), hospital beds, testing kits all these were challenge because, you know it was all of sudden and there was no preparedness. But from the beginning of March and onwards, the all the government resources funding's processes and departments were aligned to the single requirement of addressing the pandemics. And in a couple of months I would say around say May or June gradually the problems and challenges related to the scarcity of personal protective equipments. Initially, you know it was being said that the India they're not doing enough screening test. They're not doing enough testing that were the reason why numbers were low, but gradually the equipment and the testing kits became available. They were initially they were imported from outside, but later, many testing kits became available abundantly within the country itself. So these are the challenges I said, efficiency of PPE kits, testing kits to organize quarantine centres, identifying Covid hospitals, ventilators and vaccine was still a distant dream at that time. Nobody was knowing if we ever will get any vaccination or not, and there was so much of uncertainty about

the lockdown because there was no indication inclination when it will be eased out. From March to July and August the gradual peak, I would say the first peak Countrywide was achieved. I'll show you the graphics later on. So you know there were some additional challenges because of the lockdowns and travel restrictions because within India also we have millions of million people who go and travel out of their own homes, home towns and cities and working other cities and towns and they were always trended. And they were not so pleasant. You know images coming up those people stranded. There were also doubts on the supply chain because to feed this many people in the time of complete disruption was unmanageable. And we're also thinking on, how are we going to feed all these people in case if this continues for a longer duration of time. But especially I would like to emphasize on the food part, largely the food supply chain was not disrupted during the lockdown period and food was abundantly available in all of the cities, even though there were travel restrictions curfews, but food was available through on lockdown even for the rural and the poorest people of India through the government public distribution system, food was made available in different parts of India, I recently visited the rural part and I verified this myself that people were getting adequate food for a very low amount. You know, food for one month for a cost of stay probably 11 U.S. dollar for a month for a family. That challenge was overcome and gradually all the deficiencies of for personal equipments, hospital beds, ventilators, all were overcome over period of 3-4 months and these became available. In my own private practice, I'm a private practitioner, I practice independently. I did not get any insurance reimbursement. I'm not getting any salary. So largely the approach to address the covid patients was more focused on designated covid treating centers. And outpatient community based private practitioners were not initially involved in managing public patients. All patients were directed to visit or get a screen at the movie designated. Interest by the government and it was all through government control mechanism. Even the private hospitals which were designated. We are under the control of the District Health Department and it was totally synchronize an, you know, control environment where you know regulations were released on day to day basis, mainly on weekly basis and protocols that are being developed and disseminated to all over country. They were expected to be complied for or followed for, so this was all controlled through public health system. Even the private practitioners where they were given guidelines and protocols to act upon. So almost say from March to September I did not see any patients face to face. But I was doing telemedicine. I was saying in my routine patients through online consultations and. Also, for five months I was managing my patients online and I was also later on when the restrictions were released on testings. Initially this was all heavily regulated, restrictions, reason testing even for compulsory quarantine which was necessary mandatory in the beginning. Later it was, I realized that home management was much better for the milder cases than the compulsory quarantine, or hospitalizations, and later. We were also allowed to treat patients, and I have treated hundreds of patients in my own practice on my own capacity. On from clinical perspective, I would say that largely we have to manage the anti inflammatory process, multisystem which sets in because with the Covid virus an large number of patients do not experience this anti inflammatory or hyperimmune situation, but the one who experienced this and inflammatory hyperimmune situations in their body had to be managed, identified and followed very very carefully and this can be managed only when there is no continuous monitoring of the patients. And listening to patient symptoms and databases monitoring their vitals, listening to

their discomforts, an adding appropriate medication. Treatment at the time when there is a chance of escalating of the inflammatory process and also monitoring them through lab tests or blood test. So, in my practice and all for the severe cases or the borderline cases, who would have risk of going into hypoxia or inflammatory process. I prefer to give, I treated many patients with oral steroids as well as you know even non inflammatory is to write the drugs. Like you know even Paracetamol is very very useful to long term management of Covid and post Covid patients in my own practice. I can say I have numbers and all data that. We got very very good results on managing outpatient based homecare covid cases from my personal experience and same is true and most of the doctors. I would say nowadays better confident to treat the process because we understand the pathogenesis of the disease, outcomes, complications and how to manage them in short term long term basis. So, this with the uncertainties. There were also positive things. You can see the peak came around September and the second peak is coming now an from one leg to again 50,000 cases. And this is the numbers. The people who are vaccinated is close to 50,000,000 total number of cases. This is the data for past two weeks for vaccinations. And also these are the cases in past two weeks the average is again coming into range of 40,000. And males are more affected than females. And these are the changes that we have no experience, digitalization, online consultation, telemedicine, legal food security. We are assured of health care industry largely has responded well and because of the Covid vaccinations, which is now available and manufactured locally, and one of the most important thing is India supplies to Covid vaccine all over world and currently 76 countries have been sent forward vaccines and many countries have received them on friendly basis. In India, exported or sent out more vaccines doses than what has been used within country and hopefully this will helping addressing the disparity and concerns related to Covid vaccination. So this is all from India. Thank you very much. Thank thank you.

Invited Speaker / Review

Covid pandemic: UK experiencesAmanda Howe¹

1. Royal College of General Practitioners

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Dear colleagues of TAHEK – my thanks to you and Prof. Ayse Caylan for your invitation to contribute a talk on the U.K.'s experience of the pandemic. I will try to highlight what I think we can learn from this as family doctors, and hope that TAHUD and other Wonca members will find ways to build from this – often painful – experience for the future.

To give you the recent picture for U.K. – we are the fifth most severely affected country in the world, and the worst in the European region – as judged both by deaths and numbers of cases. We have, however, according to data from last week, delivered more than 20 million vaccination doses to date, and this is progressing rapidly.

The high case rate here has been attributed to some of the following factors – though I should say as an academic that I think we will not really have the whole picture for many months:

- 1) A densely populated country – especially England – although other countries such as the Netherlands can say the same
- 2) Relatively late start to social restrictions and border closures compared to some countries – for example, enacting first set of social restrictions almost one month later than Italy
- 3) Early problems with personal protective equipment supplies, especially in nursing homes and care homes for older people – so the social care sector was vulnerable as well as health
- 4) Very weak contact tracing systems – still not properly resolved – this particularly contrasts to some of the Asian countries and also to Australia's effective approach

In addition, factors such as dense housing (very difficult to isolate, especially e.g. in highrise apartments); poverty – making people take chances to keep their work and wage; social autonomy (people do not want to comply with regulations, e.g. wearing face masks in public places); and, at the start, some disbelief in the facts of the emergency, have all played some part. There is of course also an emergent picture about who is at risk – the UK has a large older population, and is a socially diverse country, so the association of severe impacts of COVID19 with age and ethnicity may also have contributed.

We have had three periods of lockdown – with schools being closed to all but a small number of pupils for most of the period from March – July 2020; and then since New Year for 10 weeks, they have just reopened. Very few students have been able to attend the universities in person, though health students including medicine have continued placement teaching in clinical settings. In family medicine, our ways of working switched almost immediately to entirely online contact before being seen, and I would say that routine care like checkups were really paused for the first few months, though these have gradually been restarted. We had to organise some bigger clinics and sites in the towns and cities to act as 'hot hubs' where patients with possible COVID symptoms could be seen and tested – because risk could be better managed on fewer sites with special facilities; and this was the same for the hospitals. There was also a national helpline (111) which became the first point of call for many to assess their likely risk of COVID, and this included an online symptom checker.

As you will know, there were many uncertainties – the accuracy of new diagnostic tests, how likely transmission was, the natural history of the condition, specific signs that signalled deterioration, the actual pathological mechanism of the virus, and the emergent picture of the after effects – including 'long COVID' with many people still suffering weeks and months later. Within this there is also the uncertainty for doctors of getting the picture right over the phone or internet; and for some patients, to use this type of communication is really difficult. So we had – and still have – some concerns about this, and I will come back to that in the 'future' discussion.

What did I notice? The crisis made our teams work really well together, and my GP colleagues in all areas really excelled; for patients – to help them be safe, to support, to do all the things you know; for our own staff – accepting different levels of risk so that e.g. older people like me could work in the 'cold clinics' and for some moving to work at home and only online, and trying to keep up with the endless changes in information and available equipment. Family doctors and their teams are amazing!!! For those who teach, we had to make huge changes – both for teaching students, where we had to move lots of teaching material online and adapt our clinical placements; but even more so for the doctors in training, because the way they could see patients changed so much, and the case mix for at least part of last year was so different. We had to change our ways of doing assessment, which for the speciality exam even meant getting national agreement to do it differently – and to deliver this to the same rigours standard when not able to run it face to face was the most massive challenge – so congratulations to all my colleagues who DID achieve this, and enabled doctors to enter the workforce with full competency assessments. And then since the end of the year, as well as running our 'normal' clinics, we have had to do vaccination sessions – both locally, and for the area, as some premises are not big enough for the needs of such clinics. So everyone has been coming in on the weekends, working longer days, and also still trying to help patients whose medical and personal needs are nothing to do with Covid. I think it has given us great pride to be part of the delivery teams. But still, often government and the media did not seem to 'see' primary care's contribution, and we heard things like 'General practice is closed' – NOT true! So we all had to work hard to get messages and needs across; many family doctors had to spend a lot of extra time talking to politicians, managers, local hospital and public health leads, and then coming back to translate changes into action. And it was at this level that the Royal College of GPs, I expect like TAHUD, had to play a really big and important role.

So what now are the challenges? We have had an exhausting year. Many people have suffered losses – at best of their own normal lives, and at worst they have lost loved ones, colleagues, and patients – all in a way that often makes grieving difficult as there is little time and even less human contact to help absorb the pain. We have many patients whose treatment has been delayed – I have a friend who was just about to have a hip replacement in March 2020, who will – after another whole year of increasing pain and disability – finally go to the hospital tomorrow. We have trainees and students who need to catch up on missed experiences, many patients still waiting for screening and other checkups; for many, there are psychological consequences of the stress and isolation of the pandemic; many people have lost jobs and income; and for some we have the deepening consequences of health inequalities where all these factors (societal, medical, and personal) may combine for extremely challenging outcomes.

How can family doctors respond to this without themselves

being destroyed by exhaustion?

At a national and regional level in the UK we are making the case for additional resources – payments for the extra work such as vaccination sessions, help from volunteers and additional workforce; also help with getting the communications strategies right, so the public trust us and help us, rather than doubting our expertise. We need to continue the shift to the use of online technologies (email, telephone, video, smartapps to gather biological data and so on....), while evaluating what works – and also ensuring some personal continuity, and face to face care if needed. We also need to extend the resources for mental health and public health support – many of the issues we and our patients face will need social, community and economic, rather than medical solutions. And we need to keep campaigning for the broader needs of family medicine – those that expired before the pandemic – for RCGP we had headlined these as

- Deliver practical solutions to tackle workload pressures
- Continue to sustain and equip GPs to provide the best possible patient care – both be investing resources and educational support, and
- Promoting the contribution of general practice and the role of the GP in relationship based care, so that others appreciate and prioritise this.

We have also prioritised further development of our digital skills, our extension of the work with other sectors to meet social as well as clinical needs, reducing bureaucracy where possible, and trying to make financial and business requirements drive excellent care rather than undermine us.

And we have summarised some of our core values, to remind us of the principles that work

- The need to recognise the essential function of generalists in integrating care for people
- Retaining relationship based care – across the GP - team - patient
- Reclaiming status and support – resources, career opportunities
- Being resilient – we need to support each other's wellbeing, and give all a space to recover
- Use our networks – to educate, collaborate, influence and take action
- Ensure that our most vulnerable patients still get our care – avoid the 'digital divide', offer options that work for different individuals (translation, community supporters..), reach out to people who have missed appointments, and get others to help us to help them
- Reflect and learn from our experiences
- See the bigger picture – remember the evidence that as GPs we make a difference!

So these are some of the UK lessons. I think – hope that is useful and thanks for all your efforts.

Invited Speaker / Review

Covid pandemic: Ukraine based experiences

Pavlo Kolesnyk¹

1. Uzhgorod National University Medical Faculty

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Dear colleagues, my name is Doctor Pavlo Kolesnyk. I am from Ukraine. Let me start my presentation. First of all, I would like to thank for this outstanding opportunities to take part in this event, which takes part in Turkey. Unfortunately, we can't meet in real today because of pandemic, but hopefully once we'll have an opportunity to meet in real. I would like to share my experience and then tips of primary medical care management which I've got from my practice. Let me tell a few words about myself. I'm ahead of the Family Medicine Department of Medical Faculty of Uzhgorod National University. My career as a family doctor coincided with family medicine launch in Ukraine over 22 years ago. We were considered as pioneers of family medicine in western region of Ukraine. You see Ukraine is big, it's in center of of Europe and I live here in the western part. I walk in to family medicine clinic of Uzhgorod which is the capital of the western in Ukraine and I work in two clinics which are one is municipal and one is private. And it was interesting to compare the way of management in two different clinics during Covid pandemic. I would like to share some things from my practical experience in COVID-19 pandemic management in both clinics where I work. So first I would start from 5 positive things. That I've learned from COVID-19. I suppose it will be the international tip, and I suppose you would agree that human factor is the main positive thing which we saw a scene during their pandemic. Our doctors became frontiers of medicine and family doctors there are the first line that one was able to meet the disaster of the whole world. And they walked it despite of money problems despite of danger and sometimes despite of danger for their health and even lives. We understand that they are responsible, industrious, and I praise all family doctors all over the world for being such strong soldiers in during this pandemic disaster. What I've seen also as a positive in both clinics where I work that it was division of patients, streams and sorting the patients, selecting the patients by the receptionist. It really could help a lot and also save health and even less of doctors. We open two entrances. One entrance was made specially for patients with cold related symptoms and one entrance was open for the other patients. For example, healthy babies, pregnant women, senior patients and chronic patients and so on. Not to mix the streams of the patients. Sometimes in the warm period of time during the half of a year, we asked patients to wait outdoors and it helped also much not to mix the infections within the clinic. The third tip was that we had a possibility to get a free access to the lab, especially to PCR tests, and it was free for the whole community and a it was helpful for us for doctors to organize our management properly knowing about the situation with the patient and about this condition and about this disease. We are not sure about the antibodies. Actually they are not free for our population and that's a benefit because they don't help much just to know if the patient had the infection before. One of the good inventions which I would like to stress on is telephone triage. So our doctors were able to speak to the patient through telephones or WhatsApp or Viber. Using WhatsApp and Viber's and we understood that it could really save our doctors life and

health and we could control and manage the patient pretty well without seeing them. As a teacher, I would like to stress on teaching opportunities which gave us this online education. We understand that this is controversial point of view. We understand that it's better to teach medicine in real seeing our students or residents in the real life, but sometimes it's impossible. That's why it increased creativity of our family doctors and family doctors who are teachers to show some practical skills to teach them even through this screen. And we understand we succeeded pretty well in this teaching methodology. In new teaching online ways of teaching and new methods of evaluation of their knowledge online. We use a lot of different opportunities as teachers. For example, standardized patients as showing video cases, discussions and all this makes it possible to learn medicine through the screen. Unfortunately, we have to remember and memorize some things that have to be improved in our practice. First of all, I would like to stress on family doctors knowledge and evidence based which is not based on evidence. I understand that it is not only our doctors fault, it is also fault of our government sometimes because we didn't get strict algorithms or strict guidelines in the beginning of the pandemic and when they were created. We still have some misunderstanding in some points, so and doctors having no strict guidelines, they invent their own strategies and sometimes it is absolutely not based on evidence. We understand that we have lack of time for training the doctors. We have lack of possibility to control our patients self management and this causes a lot of overdiagnosis and overtreatment in our practice. We even don't control family doctors management of the patient in their practices much because all of us are now overloaded. With this dreams of the patients with Covid and with selecting and with so on and so on. So understand that no teaching, no control, no wave stimulation for the good work and no ways of punishment for the bad work is still present in our practices, and something has has to be improved in this case. So, triage: I mentioned triage as a positive thing. I would like to stress on negative side of this issue. Patients prefer face to face visits. They don't believe in the telephone consultation. That's why they still come to our practices even with COVID-19 and understand that they bring a risk to the clinic to the other patients and they bring the risk to the to the family doctors. And even the with the moderate or not severe cases, they still prefer to be observed to be auscultate, and so on. Family doctors, some of them still prefer face to face examination of the patients and we understand that it leads much to the risk of contamination of the practices so. We see low awareness of danger or face to face visits for medical staff and other patients. But we have an evidence today that face to face visits often don't have many much advantages over telephone or WhatsApp or Viber triage of patients with COVID-19. Over diagnostics I already mentioned this and I would like to tell a few words about it. I don't know if it is the same in your country, but unfortunately it's over spread in my country. We see CT scan prescription by the patients to themselves. We have easy access to any method of investigation and sometimes patients being scared possible pneumonia, or possible side effects, of possible complications of the disease. They want to be observed by the very involved much radiation which they can get from CT scan. Knowing much about it, they still prescribe themselves CT scans. Doctors over used this method of diagnostics and now we see a lot of over treatment after them. So making CT scans, seeing bilateral pneumonia which is typical and which is actually not pneumonia but pneumonitis, they say, and which doesn't require antibiotic treatment. But doctors being scared by the finding, they prescribe antibiotics and this is harm for the patient. We can't convince our doctors community society to make changes in it.

And still doctors prescribed over antibiotics being scared the same is with CBC, cardiogram, d-dimer and other things. We understand that today's evidence is just to control the situation, but not every patient have their pulse oximetry at home. That's why it's not often possible to control their saturation rate. But today it's the last evidence to control situation, and that's the main issue for us as family doctors in the primary care settings. Few words about a poor understanding of pulse oximetry in our primary care settings. We understand that even if we don't have pulse oximetries at home, we can at least count breathing rates at home, and it can give us much more information than CT scan of the patient who has some signs of pneumonitis. Overtreatment, our over diagnostics it causes overtreatment, unfortunately. And these causes a lot of uncontrolled antibiotic, anticoagulants prescription by the family doctors. We understand that pretty often we see self treatment of the patients with antibiotics and anticoagulants and steroids are pretty often prescribed without any reasons. We have to understand in the last evidence is that no antibiotics, no steroids, no steroids are needed in the right cases of COVID-19 in the outpatient department. It's the practice of Europe, and I suppose this is also a practice in your country, and we expect antibiotic resistance to be very close future. If we still prescribed overprescribe antibiotics in COVID-19 cases. But I would like to protect our doctors somehow from this issue. Our hospitals are over loaded and sometimes family doctors don't have a possibility to hospitalize patients even with moderate and sometimes coming to severe cases. And that's a problem. Doctor being scared and responsible for their health and life of their patients. They want to prescribe something. That's why we understand that in Ukrainian realities, sometimes we have to use some hospital schemes of therapy, and sometimes we need to treat our patients who actually are not patients for the outpatient care at home. We understand that hospitalization is sometimes impossible in our countries because we see many patients and sometimes not all of them need to be hospitalized but they are hospitalized and that causes a lot of problems with placing the patients or referral the patient to the hospital. Patients are scared and they demand hospitalization. Sometimes they succeed in it and they block someplace which can be needed for the severe cases of the patients with COVID-19. Which will really need hospitalization. So this misunderstanding is still present in our practices. We understand that today we have to refer our patients only with saturation lower than 92. Maybe the number of saturation rate is controversial today, but less than 92 has to be our borderline to understand that, we need to hospitalize this patient with this condition, but it's not always possible in our country, unfortunately. So I'm happy to inform you that we launched the vaccination company in Ukraine since March. I'm pretty much impressed by the organization of Vaccination Company in the country under the umbrella of WHO and Ministry of Health Care. We are obliged to vaccinate the patient only after passing some special preparation of the staff responsible for the vaccination. As a teacher of the family doctors, I also took part in teaching or training the vaccination teams in my region, and we succeeded much. So we show them the way how to convince the patient for the vaccination cause a lot of patients are afraid of vaccination. I suppose you have the same problem. We tell them a lot about epidemiology of this situation and about the immunological aspects of vaccination. So to let people know more about this issue. Also we show them practical skills of vaccination and practical skills of nurse part of vaccination and also we show them the way of electronical recording the information about those who have been vaccinated. Today we have priorities of the patients and we have four groups of patients to be

vaccinated. The first group are the first line doctors who work in the Covid Department of the hospitals and also the patients who stay in the Special Department for the elderly. So the second line, which is already launched in Ukraine is prepared for vaccination for the primary care doctors and nurses, so the primary care staff where is considered as the second priority line. And now we're vaccinating this group of people and also senior patients will be vaccinated as the first line. So we see that this is a true idea of how it has to be vaccinated. It has to be done in the society in the true society, into respectful for society, and this is very good idea to control the situation when we have lack of vaccines. So today we are supplied by the by the WHO were supplied by their vaccine, Indian vaccine Kobe Shield, which is generic of Astra Zeneca. We have over 100,000 of people vaccinated during these two weeks. And finally we are glad to see to tell you that no serious side effects have been observed and we follow this company further hopefully. And the plan of the Minister of Health Care is to vaccinate over %50 of our society within next year. I wish you all the best doing during this hot period of time and I wish you success during your conference. I would be happy to welcome you once in my city of Uzhgorod which is in the western Ukraine. And so you see it is despite of all problems all over the world. This spring is spring is coming and the trees are blooming today. So thank you very much for your attention and all the best to you and your families and wish you to be healthy and happy.

Invited Speaker / Review

Covid-19 vaccination in Italy

Ferdinando Petrazzuoli¹

1. Lund University

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Italy has been the first country to be severely hit by the Covid-19 pandemic. We are now in the third wave of the pandemic. There have been over 100,000 deaths in a country with 60 million of inhabitants and over 3.101.093 cases who have been affected. (<https://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>)

The anti-covid vaccination campaign started at the end of December 2020 and is divided into 4 phases indicated by the government, which were modified at the beginning of February 2021. The first to be immunized against the virus are health workers, then people over 80 yo and residents of nursing homes.

To follow the vaccine will be offered free of charge to the entire population, starting from the most fragile categories.

With the possibility of getting vaccinated comes a fundamental weapon in the fight against the epidemic, which is in addition to those we already have, starting with social distancing, the use of masks and hand hygiene. Indeed, these measures cannot be abandoned before enough people are vaccinated to create community immunity.

Fundamental points of the vaccination strategy in Italy

Free and guaranteed vaccination for everyone.

December 27, 2020, vaccination begins in Italy and Europe (Vaccine Day).

Identification of the categories to be vaccinated with priority in the initial phase with limited availability of vaccines: health and social health workers, residents and staff of nursing homes.

Logistics, procurement, storage and transport, under the responsibility of the National Extraordinary Commissioner of the fight to the Covid-19 pandemic.

Governance of the vaccination plan, ensured by constant coordination between the Ministry of Health, the structure of the Extraordinary Commissioner and the Regions and Autonomous Provinces.

Information system to manage the vaccination campaign in an effective, integrated, safe and transparent way.

Pharmaco-surveillance and immunological surveillance to ensure the highest level of safety throughout the vaccination campaign and the immune response to the vaccine.

From January 2021, as required by Article 3 of the Decree-Law of January 14, 2021, no. 2, the National Vaccine Registry is fed daily by the Regions and Autonomous Provinces with data relating to the mass administration of COVID-19 vaccines, in order to monitor the implementation of the National Strategic Plan for the preparation and implementation of the anti-vaccination strategy. COVID-19. This information feeds the related public dashboard on a daily basis and is transmitted to the ISS for immunological and pharmaco- epidemiological surveillance activities.

What is the National Vaccine Registry

The National Vaccine Registry, established by Decree of the

Ministry of Health 17 September 2018, was created with the aim of ensuring the correct evaluation of vaccination coverage, useful both for monitoring the implementation of vaccination programs in place throughout the national territory, consistently with the current national vaccination calendar, and to provide information to national, EU and international bodies in the performance of functions and tasks related to health protection, also through the development of indicators for comparative purposes.

With the establishment of the Registry, the information that all Regions and Autonomous Provinces must provide to the Ministry of Health is defined and, as required by Decree Law 7 June 2017, no. 73, the data relating to:

- the vaccinated subjects;
- the subjects to be vaccinated;
- immunized subjects (Article 1, paragraph 2, Law Decree 7 June 2017, n.73);
- subjects for whom vaccinations can be omitted or postponed only in the event of an ascertained health hazard (Article 1, paragraph 3, Law Decree 7 June 2017, no.73)
- the doses and times of administration of the vaccinations carried out;
- any unwanted effects.

The decree also specifies the functions that the regional vaccination registers must make available and, on the basis of the provisions of the National Vaccine Prevention Plan (PNPV) 2017-2019, identifies the minimum data set of information that the regions must process for the creation of unique registries at regional level, an indispensable requirement for the correct feeding of the national vaccine register.

Finally, to ensure the updating of regional vaccination registries, the National Vaccine Register makes available to the Regions and Autonomous Provinces the information relating to vaccinations carried out in a Region or in an Autonomous Province other than that of residence, whether it is a services occasionally performed outside one's residence, both in the case of a change of residence in another region or autonomous province.

The data from the National Vaccines Registry, created in compliance with current privacy legislation, can only be disclosed in aggregate and anonymous form.

5.782.61 Total vaccines injected.

1.747.516 Total people vaccinated (first and second dose) (2.93% of the population)

4.035.099 (people who have received at least the first dose)
6.77% Unfortunately Rate of vaccination is slow approximately 169.442 a day.

The number of doses administered that are communicated daily.

- Social workers
 - over 80 yo
- Extremely vulnerable people (regardless of age)
- 2,644,013
- Elderly between 75 and 79 years
- 3,324,360
- Seniors between 70 and 74 years
- 5,865,335
- Vulnerable people under 70
- 3,776,891
- People between 60 and 69 years who do not present specific

risks

- 2,174,589

People between 55 and 59 who do not present specific risks

- 1.107.174

School and University personnel

- 551.566

Army and Police

- 97.724

Prisons

- 200.000

Community place

- 2.167.200

Other essential services

- Rest of the population (over 16)

When will immunity be achieved?

84,342,495 doses must be administered to vaccinate 70% of the Italian population (2 doses per person vaccinated). The latest 7-day moving average of doses administered each day in Italy is 163,476. At this rate it will take 1 year, 3 months and 21 days to cover 70% of the population. The government's goal would be reached on June 4, 2022.

Invited Speaker / Review

Experience of countries in COVID-19 vaccination – The Israeli experience

Shlomo Vinker¹

1. Tel Aviv University Sackler Faculty of Medicine
2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Background:

The world is facing the COVID-19 pandemic for more than one year now. The pandemic effected the entire globe and had huge health and economic consequences. Most of the COVID-19 patients have a very mild disease or are even asymptomatic. But the absolute number of moderately and severe cases may reach a level that challenge the hospitalization and intensive care capacity. The medical staff in the community and in the hospitals are working under a great pressure for a long period, and burnout is becoming another challenge.

Traveling between countries had become almost impossible for many months. Countries that have an economy depending on tourism are suffering severe economic crisis. Rates of unemployment increased all around the world, especially among the young generation and the low income sectors. The situation came to an absurd in Israel, where we are facing the highest unemployment rate ever, in parallel to a significant increase in the monthly average salary.

After 3rd and even 4th lockdown in many countries, and with travel, recreation and working restrictions, it is clear now that the only way to manage the pandemic is by wide and effective vaccination of the population

Aim:

In this short lecture I would like to share with you our experience with nation mass vaccination program that took place in Israel in the last three months.

Facts:

We started our mass vaccination program on the 20th of December 2020 using the Pfizer vaccine. This vaccine needs two shots with a gap of 21 days between the 1st and the 2nd shot. The vaccine needs to be stored in minus 70 degrees Celsius. And after delivering it to the vaccination centers it can be stored in the refrigerator for a maximum of 5 days. The transportation, dilution, drawing and injection of the vaccine also needs to be done following strict instructions.

The operation:

What do we need for a successful vaccination operation?

- Vaccines allocation
- Logistics and infrastructure
- Motivation of staff and the population

Vaccines allocation

- The prime minister himself was deeply involved
- Allocations and contracts with more than one company

Infrastructure

- Strong public health-care system
- Efficient and centrally controlled community care
- Comprehensive IT system

Logistics

- Central headquarters to run the operation
- Well prepared storage and distribution
- Wide deployment of vaccination centers
- Small and densely populated country with good climate in the winter

Motivation of staff

- Readiness to work 24/7
- Recruitment of all available staff (including legal adaptations)
- The medical staff was first to vaccinate in high rates

Motivation of the population

- Very active promotion in all the media
- Creating the atmosphere of “shortage” in the beginning.
- Fighting “fake news” and anti-vaccinations activists

Effectivity:

The effect of the vaccination project in Israel is clear and straightforward. It have been proved in many studies that have been published. The most important publication from Israel was in the NEJM comparing a cohort of 600,000 vaccinated people and 600,000 matched unvaccinated cohort. In this study the vaccine had been proven to at least as effective as in the original clinical trial. It was effective against: asymptomatic infection, symptomatic infection, hospitalization, severe cases and death rate was lower.

Conclusion:

Mass vaccination is the only way to control the COVID-19 pandemic.

Invited Speaker / Review

General practice/Family Medicine research during the pandemic: showing the links to the EGPRN Research Strategy

Claire Collins¹

1. Irish College of General Practitioners

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

General Practice/Family Medicine during the COVID-19 pandemic

The COVID-19 pandemic is one of the greatest public health challenges of our time. Primary care is at the forefront of the response to this crisis as it was to previous pandemics¹. Simultaneously, primary care must continue to manage health problems unrelated to the pandemic while also taking steps to prevent the spread of COVID-19. Evidence from the 2009 H1N1 pandemic suggests the main burden of patient management fell to GPs².

With the onset of COVID-19, the face of general practice/family medicine in many countries, has drastically changed, with developing clinical models³ and new consultation strategies having an impact on primary care⁴. GPs quickly noticed a decrease in the number of appointments scheduled by patients^{3,5-8}, while practice costs increased and income decreased^{3,6,8,9}.

There has been a substantial shift to digital medicine both in terms of how consultations are conducted but also e-prescribing and e-referrals^{5,8,10,11}.

GPs have faced rapidly changing patient flows, new care pathways, the need for new ways of delivering high-quality care and clinical algorithms such as those for COVID-19 testing which at one point were changing daily^{4,7-10,12,13}.

So, GPs were central in the early days of this pandemic and throughout its course and now in many countries, GPs are central to vaccination roll out.

Research during the pandemic

While much research went on hold due partly to changes noted above, many researchers were redeployed back to clinical duties¹⁴. However, there was an explosion of COVID-19 related research¹⁴. Professor Petek in her presentation has noted the number of papers published in 2020 – and that many journals had quicker turnaround times¹⁵. Many research ethics committees also introduced a rapid COVID-19 review process or increased the frequency of their meetings to deal with such applications.

Funding calls appeared rapidly dedicated to COVID-19 – both national calls in many of our countries and European wide calls. It was in some respects a researcher's panacea but perhaps only if you were already well positioned.

But what happened to general practice/family medicine (GP/FM) research – certainly, GP researchers were active. By June 2020, the European General Practice Research Network (EGPRN) had received nine grant applications to its COVID-19

funding call. At our own national GP research conference two weeks ago in Ireland, there was a vast array of COVID-19 research presented from a range of perspectives and included systematic reviews, analysis of large routine databases, interventional research – all conducted by general practitioners (GPs), GP trainee registrars and academics in general practice.

However, how many of you attracted funding? How many of you secured the total funding you sought? Those of you who did – were you in an established network? Did you have international links? Did you have a multi-disciplinary team? Did you have patient/public involvement (PPI)? Were you responding to a stated public health or policy need?

The first EU Horizon 2020 call was in March 2020 with a fund of €48.2 million. Eighteen projects were funded¹⁶ and from the details available, it seems that only one included general practice. All of the funded projects were from existing networks or international cohorts. There has been a further Horizon call of €120 million and other EU funding streams but again general practice/family medicine does not feature strongly¹⁶.

Nationally, we had a number of research calls – the funders advised they had a far larger number of applications than they expected. Of the 26 funded applications, only one involved general practice researchers¹⁷.

Professor Petek in her presentation pointed to the low proportion of publications of all COVID-19 publications from general practices¹⁴. Among those published, a number were letters and commentaries¹⁵. She also mentioned that many journals had fast track review processes in place for COVID-19 related papers¹⁵. My own experience was that the review process was not necessarily quicker in general practice journals – this may be a personal experience. However, I am also an associate editor for one journal and I found a higher rate of refusals from reviewers because they were too busy or redeployed¹⁴ – so were GP reviewers too busy being central to the pandemic response?

EGPRN Research Strategy for General Practice in Europe 2021 So let me give you a brief introduction to the EGPRN Research Strategy for General Practice in Europe 2021¹⁸ and point to some of the areas it highlights that may align with our COVID-19 experience.

The strategy identifies what we, as researchers in GP/FM, might need to focus on in the future and I think you will see that some of the issues I have highlighted above were already identified as areas for improvement.

The EGPRN research strategy was developed by a team drawn from the EGPRN membership.

Working Group Leads: Claire Collins, Esperanza Diaz, Davorina Petek, Miguel Muñoz.

Working Group Members: Concha Violan Fors, Athina Tatsioni, Sophie Eliat-Tsanani, Heidrun Lingner, Radost Assenova, Christos Lionis, Frank Dobbs, Mehmet Ungan, Victoria Tkachenko.

This work was undertaken on behalf of the EGPRN Executive Board.

The EGPRN Research Strategy vision is to promote an

evidence based culture within general practice/family medicine where translational research informs efforts to improve the health of citizens and to develop services.

It is intended that researchers from each European country may use this strategy and adopt it to their local situation, to their population needs, to their health care service and to the general practice/family medicine research capacity in their own country. There are a number of overall goals identified in the strategy – each broken down further into objectives with strategies to achieve these suggested. The key point here is that these are adaptable to your needs. Furthermore, the strategy outlines outcomes so that the impact of this strategy can be measured within countries and across Europe. This also allows us to measure and document our successes and progress.

I am not going to try to summarise all of the goals and objectives but would like to focus in on some specific issues and opportunities identified.

Specifically, the goals and objectives relating to capacity building, translation of evidence into practice, partnership with all stakeholders, multi-disciplinarity and public and patient involvement.

You are aware of the generalist wheel of knowledge, understanding and inquiry¹⁹. We have developed a modified research wheel that considers several elements to advance research in GP/FM. The elements of the modified research wheel are:

1. Identification of needs
2. Analysis of data
3. Development of new methods
4. Implementation of research: feasibility, cost-effective analyses
5. Evaluation of interventions
6. Scaling-up: improvement of services

Meaningful user involvement and responsible innovation should be considered at all the relevant research development phases. The figure also presents new trends or elements that should be explicitly addressed when considering the strategy for research in GP/FM. Finally, we incorporate the important elements of leadership for capacity building, the development of a research culture in GP/FM, and external funding for research.

Bringing it together – The 3-C's

In drawing the experience of research during COVID-19 and aligning it with aspects of the EGPRN research strategy, I drew on a concept from the business world – the 3-Cs of success²⁰ and I have attempted to summarise the key linkages and the related opportunities for GP/FM research. In this instance, the 3-Cs are capacity, collaboration and complexity.

CAPACITY

Capacity building is critical at the individual, organisational and environmental level. This includes creating a culture of research in GP/FM for example a focus on the development of academic career pathways, the inclusion of research in registrar training, and showing the value of research by ensuring your practices are not just data collection sites.

COLLABORATION

Collaboration in its broadest sense; we need interdisciplinarity and intersectionality; we need to develop research networks and create alliances with a wider range of stakeholders – and have meaningful involvement of patients/the public and policy makers.

COMPLEXITY

We need to consider what the knowledge deficits are and to set research priorities; perhaps an increased focus on multi-morbidity and not individual diseases. The systematic use of electronic records, in order to improve national and international collaboration outcomes. Collaboration with other health care services and with IT specialists is a must. Translational research specifically for primary care with cost-efficiency and evaluation by design. Innovation is not only about technology.

Innovative projects in GP/FM include new ways of reaching representative populations, including vulnerable populations; new interventions to improve trajectories for patients; new methods to gather and analyse existing data through clinical research networks; development of better collaboration in primary care across disciplines and sectors; and translation of research into practice and improved patient outcomes.

Apparent or presumed deficiencies in these 3-Cs are possibly why the GP/FM research impact during COVID-19 does not match its position on the ground in fighting the pandemic and supporting patients. The EGPRN research strategy identifies how we might work to position our selves better in the future and gain the recognition deserved, in terms of publications, research funding and prominence.

References available on request.

Invited Speaker / Review

Individual health literacy

Danica Rotar Pavlic¹

1. Department of Family Medicine University of Ljubljana

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Introduction

Health literacy is a measure of patients' ability to read, comprehend, and act on medical instructions. It is a synthesis involving communication, cognitive skills, social skills and motivation. Also involved is the ability to access health information, which patients then use to preserve and strengthen their health (1). Health literacy is connected with formal literacy and includes not only understanding, but also evaluating and using information to make decisions. It improves the long-term quality of life (2). Health literacy literally means the ability to function in the health-care environment, yet it depends upon the characteristics of both the individual and the health-care system (3).

Low health literacy is associated with poorer treatment outcomes, poorer knowledge of health status, fewer preventive examinations, higher medication nonadherence, higher hospitalisation rates and poorer self-perceived health (4). A systematic review of 96 relevant studies and 111 articles showed that low health literacy is associated with more hospitalisations, greater use of emergency care, less participation in mammography screening, less influenza vaccination, less adherence to prescribed medication, poorer ability to interpret health messages, worse health status of the elderly, and higher mortality rates (5). It is closely linked to the treatment outcomes of many chronic diseases, such as mental illnesses and diabetes. It may represent an important variable to explain the high prevalence of poor outcomes among patients with type 2 diabetes, as well as some of the associated socioeconomic, racial, and ethnic disparities (6,7).

Covid-19 is a new respiratory disease that has become a pandemic, involving whole world. This has led us to think about an alternate safe form of doctor-patient communication that is not detrimental for doctors, patients or communities; and moreover, is practical and affordable for the majority of people. Electronic communications including calls, messages, pictures, videos and voice messages can be sent and received by individuals (8). We will describe the ways and examples of communication via e-mail, which has greatly increased during Covid-19 pandemic in family medicine clinics in Slovenia.

Electronic Communication during the Coronavirus Epidemic

Due to the coronavirus epidemic, we are witnessing numerous social changes that also have a profound effect on the attitudes of patients and their families towards doctors and health professionals in general and in specific occasions. At the primary level, electronic communication proved to be one of the solutions already in the first wave, while in the second, this grew even stronger. This seems to have significantly increased the accessibility of health services for many users. Communication via e-mail is one of the forms that has been especially strengthened

At a recent conference for mentors in family medicine, new ways of communicating were discussed. One of the conference participants said that the patient sent her the following e-mail:

"My right knee hurts. Please refer me for a knee MRI". This made our team of doctors and nurses think of the multitude of emails that we receive at our clinic. We would like to share a few of them with you, of course in anonymised form.

One of the recent emails, which had the subject line Magical candies, read as follows: "I hope that you're relatively healthy. I'm struggling through the days, but I'm OK. I'm attaching the results and referrals from the neurologist who I visited last year. I'll try to get an MRI as soon as possible. The situation with the right side of my body is improving and sometimes I don't even feel any pain. I'm asking you to prescribe a few packages of drug A (gabapentin) as instructed by the neurologist, and I also need a package of drug B, which I managed to get without a prescription from the pharmacy". The next email refers to vaccinations: "I consulted my friends and I have decided that I want to be vaccinated with AstraZeneca's vaccine. Please remove my note from your chart that I only want to be vaccinated with Pfizer's vaccine. Put me on the regular waiting list". Family members wanted to arrange vaccinations for their grandparents by email. Someone wrote: "My grandfather received the first dose of the Covid-19 vaccine on 20 January 2021. It's been three weeks, which means that he should be getting the second dose now. I'm interested in whether you have any information on when he'll receive the second dose". The following types of questions are often sent in by email: "Could you please provide me with an estimate of when it'll be my turn for the vaccination?"

The next group of emails refer to Covid-19 swabs: "Hello, I'd like to know who our twins can turn to for free testing that they need for their driving licence exam". We also received emails from patients who tested positive in the PCR test. "I tested positive yesterday. They let me know that the test was positive and that I must contact my doctor who will refer me for a new PCR test. I'm currently quarantining. If I understand correctly, I'll need a referral for this second test? Can I get it in remote way?" "Can you please instruct me on how to act and let me know if there are any recommendations to follow, since I tested PCR positive".

Since the beginning of February, our clinic has been receiving emails and questions about medical certificates on having had Covid-19 and certificates of swab results. "Well, this thing with certificates is really the most relevant now, as you need one at every corner. Is there any news on these certificates and will we be able to get them? When and how?" "I've already written out the certificate and it's attached. I'd like to come over next day with a copy for you to sign if you agree". Sometimes, the patients even proposed the manner how they would like to receive the certificate: "Due to the new measure, I need the certificate on having had Covid-19 so that I can do my job. Please call me or email me when I can come and pick up the certificate. Postscript: the certificate also needs to be in English and in .pdf format. Let me know once it's ready".

A lot of the emails relate to prescriptions for drugs: "I would need Vitamin D for my mother." We often see more complex requests such as: "The pharmacy doesn't have drug A with prolonged release - they say it's not available and that you should write another prescription for ordinary A. And my mom would like to get vaccinated against Covid-19. Do I need to register her via e-Administration or do I just take her to the Vaccination Centre in Ljubljana or is the process different?"

There are also exceptionally important emails to be found among the multitude of emails referring to prescriptions, taking of swabs, and vaccinations, emails that require immediate live check-ups: "I've been feeling something like squeezing around my heart lately. I'm generally tired, probably because I've been climbing hills a lot. I have no Covid-19 symptoms and the

oximeter reads 99 every morning. Could it be something with my lungs if it's not the heart?"

Discussion

I used these examples to try and illustrate the diversity of emails and to show how patients with potential serious problems can trivialise them. Writing a short email and sending it to their physician is the easiest way for the patients. The patients see this as an excellent way of communication and possibility. All institutions, from the Health Insurance Institute to institutions at secondary level, are pressuring us into this option as well. I see this form of "cooperation" as nothing else than a dangerous trap. Patients email us from the safe confines of their living room and at any time, regardless of our opening hours, and expect us to be available 24/7/365. Furthermore, they write about their problems from the perspective of a layman and we read their writing from the perspective of an expert. Imagine the situation in which we read an email, which was sent on a Friday evening and in which the patient complains about chest pain, late on Monday. This means that it took three days to realise that we might be dealing with a serious narrowing of coronary arteries. The patient later justifies putting off the call to the emergency department saying that he expected the physician to call him back over the weekend.

I see more shortcomings than benefits in the current system of e-communication. There are also numerous questions and unknown factors in terms of the legal responsibility of doctors. After all, we still teach propaedeutics at the faculty and advocate the view that a good medical history and clinical exam are the foundation of effective diagnostics. As we are aware of the risks associated with delayed diagnosis, our clinic still implements the majority of check-ups live.

We have been pointing out that the current system of communication looks like a web-shopping, with patients and their family members asking us for various examinations and other services. They might think they are helping us and that the emails relieve some of our burdens, but the truth is quite different. It will therefore be essential to set out rules and limits in this field too. Patients need to know that we are not administrators who simply type out the prescriptions and referrals. There are too many of them who use the same style of writing in their e-communication with us as they use on social media. And this style is very different from how our patient examinations work. There is another problem that needs to be pointed out: with e-communication, almost all triage is eliminated but we are in a time in which triage is becoming the foundation of high-quality work at practices and clinics.

In the multitude of emails that we receive on a daily basis, it can happen that some of them are read, and especially answered, with a delay. Patients often ask for basic information on vaccinations against Covid-19 or the taking of swabs, which is available on other websites (e.g. the Slovenian gov.si). This unnecessarily takes up valuable time. Furthermore, patients increased the number of emails by sending an email every time they have a question. They should also be more concrete when describing their medical condition – especially when the symptoms indicate a more serious illness. In short, while modern forms of e-communication between patients and family doctors, which we are forced to use in times of coronavirus restrictions, are useful, they also have a series of shortcomings to which I wanted to draw attention in this article by using concrete examples. We must not allow this to degenerate into an online shopping for patients or even a hidden exploitation of the currently difficult situation for their personal interests. It is high time for our profession to formulate and take a clear position in this regard, which will help establish the necessary order and proper relations in this field.

Conclusion

With all this abundance of e-mails and messages, I wonder how often patients with serious problems trivialize them because they don't have the ability to have personal contact with a doctor. It is easiest to write a short message or e-mail and send it to the doctor. Deciding on the basis of such short messages is very risky and the probability that the doctor will make a mistake is considerable. I also fully understand colleagues who believe that such communication is not family medicine. Patients and their relatives may feel that they are helping us and relieving us with e-mails, but here, too, it will be necessary to set boundaries that we have not yet set. In any case, our colleagues need to be aware that they are not administrators typing prescriptions and referrals. At the moment, in solving these content problems, we are mainly dealing with how these services will be valued and how many quotients/euros the insurance company will recognize for this. I think the problem is much broader and more serious.

References

1. Nutbeam D. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15:183-4.
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12(80).
3. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006;21(8):878-83.
4. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief Questions to Identify Patients with Inadequate Health Literacy. *Fam Med* 2004;36(8):588-94.
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med* 2011;155(2):97-107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
6. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Diaz Sullivan G, Bindman AB. Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA* 2002;288(4):475-482.
7. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *B J Psych* 2000;177:396-401.
8. Hamza M, Khan HS, Sattar ZA, Hanif M. Doctor-patient communication in surgical practice during the coronavirus (COVID-19) pandemic, *British Journal of Surgery* 2020; 107 (7): e193, <https://doi.org/10.1002/bjs.11661>

Invited Speaker / Review

Management Of Chronic Conditions in Pandemic Management in COPD

Iliana Carmen Busneag

Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

The Covid-19 pandemic and chronic respiratory diseases (COPD and asthma) have been and continue to be a major problem in family medicine practice.

In November 2020, the Global initiative for the management of chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Committee published its 2021 Report on the management of COPD (1). The Report contains some important updates to the recommendations on the diagnosis, assessment and management of COPD, but the most significant change is, of course, the inclusion of a new chapter on COPD and COVID-19 which reviews the current evidence about COPD and COVID-19 and makes provisional recommendations based on the current state of knowledge.(2)

Daily medical practice showed us that our patients with COPD (and also the asthmatic patients) do not seem to be at greatly increased risk of infection with SARS-CoV-2, possibly reflecting, at least in part, the effect of protective strategies, but seems to be at a slightly increased risk of hospitalization for COVID-19.

During the pandemic we have reduced face-to-face visits and we have used all the options of remote consultations: online, by phone and video-calls. We have developed multiple "clinical skills" to interpret the patient's voice and to quantify dyspnoea only in these remote variants. Even GOLD has produced a tool to support this remote review of COPD patients. (www.goldcopd.org)

Because routine spirometry is not available during the pandemic, home measurement of peak expiratory flow (PEF) combined with validated patient questionnaires can be used to support or refute a possible diagnosis of COPD (11).

Coronaviruses are among the viruses that can trigger COPD exacerbations (3) and COPD patients with SARS-CoV-2 infection presenting with respiratory symptoms requiring changes in their maintenance medications would fulfill the definition of an exacerbation.(1).

Differentiating the symptoms of COVID-19 infection from the usual symptoms of COPD or an exacerbation can be challenging!. Cough and breathlessness are found in over 60% of patients with COVID-19 but are usually also accompanied by fever (>60% of patients) as well as fatigue, confusion, diarrhoea, nausea, vomiting, muscle aches and pains, anosmia, dysgeusia and headaches. These additional symptoms may suggest a diagnosis of COVID-19 and testing for SARS-CoV-2 should be considered.(5)

A very important item is that patients should keep taking their oral and inhaled respiratory medications for COPD as directed, as there is no evidence that COPD medications should be changed during this COVID-19 pandemic (4).

We have often faced this problem, becoming an element of patient education: inhaled corticosteroid therapy (ICS) does not must be stopped, as the GOLD report showed, but also as we observed in our medical practice during the pandemic year we

spent.

A special chapter in the management of patients with COPD referred to the pulmonary rehabilitation of patients who underwent infection with the SARS-CoV-2 virus. The respiratory rehabilitation has high benefits for the patient, leading ultimately to an improved quality of life, for his family but also for society by reducing the total costs of the disease (related to medication, temporary disability, exacerbations etc)(6).

Rehabilitation techniques were explained in detail to patients to be performed at home or during video consultations with the family doctor.

These are simple techniques but with great efficiency for inhaling and deep breathing techniques, routing the air in the upper airway, re-educating thoracic and diaphragmatic breathing, posture and drainage techniques for bronchial secretions, and educating cough and speech in patients with COPD.

Postural drainage, for example, is very easy to do at home by the patient himself (which must be learned beforehand by the family doctor). This is represented by the patient lying on the bed in a position that, under the action of gravity and fluid flow due to the pressure gradient, facilitates the drainage of secretions to the trachea; the secretions will be eliminated by coughing (attention: the sputum must be made in a closed container, in which there is disinfectant, as there is a possibility that the new corona virus may be present in the sputum!)

Drainage efficiency is increased by combining this technique with other elements: modulating airflow through the airways according to the respiratory stages, exerting pressure on the chest during expiration (here requires the help of a family member), performing clapping or chest tapping.

The following should be known as general rules for draining bronchial secretions:

☐ the most loaded areas are drained first

☐ at the end of a positioning, the patient inhales deeply, then exhales deeply, coughs several times and expectorates in the container with disinfectant described above

☐ after each positioning, a relative of the patient in the post COVID-19 status, will perform vibrations or tapping over the seat to be drained

There are specific positions for the upper lung lobes and for the lower lung lobes (anterior region, posterior region and lateral region) - all this will be demonstrated during the presentation.

Respiratory gymnastics itself means teaching the patient to control his breathing and to use all the muscles that normally participate in the act of breathing.

Breathing exercises can be varied by:

☐ breathing frequency per minute

☐ the way of moving the chest and abdomen

☐ duration of the respiratory phases

☐ combination of respiratory phases

☐ execution posture

☐ directing the air to the airways

Controlled air control in the upper airways

This is the first thing the post COVID-19 patient needs to learn. This involves re-educating the inspiration but also the expiration. The inspiration must be made on the nose, as it is the physiological form of respiration that prepares the "good air quality", meaning it heats, humidifies and purifies it.

The patient must be taught by his family doctor to focus on the breathing movement he has to perform and to inhale through his nose, gently and for a long time "as if he smelled a flower"(forced execution of inspiration causes broncho spasm) (8).

The inspiration mobilizes the diaphragm and determines the antepulsion of the abdomen. The exhalation is done on the mouth, with pursed lips, as if to whistle or pronounce the letters o, u, f, h, pf.

This technique creates an adjustable pressure at the exit of air into the atmosphere, preventing the respiratory bronchial collapse.(9).

Reeducation of diaphragmatic respiration

The main action of the diaphragm muscle is to inspire, achieved by increasing the volume and decreasing the pressure in the thoracic cavity and increasing the volume and pressure in the abdominal cavity. The diaphragm agonist is the transverse abdominal muscle. Through its action, the diaphragm increases the cranio-caudal thoracic diameter in inspiration. The position of the body is very important: in supine position, the diaphragm has the largest amplitude, and in the sitting or squatting position the smallest.

In expiration, the diaphragm returns passively to its initial position (by the elastic recoil of the lung) but also by abdominal pressure.

The proper technique for re-educating diaphragmatic breathing, in dorsal decubitus, in Trendelenburg position and in lateral decubitus will be demonstrated during the presentation.

Reeducation of costal respiration

It is based on the awareness of chest movements that is achieved by creating a resistance to rib movements by a member of the patient's family, forcing the muscles to work at a higher tension (this is easily noticed by the patient) (7,8).

The technique involves the following: The therapist's hands (family member) are placed on three levels: lower, middle and upper ribs (mandatory in this order: from bottom to top) and are placed along the ribs.

The patient is asked for a complete expiration, during which the hands exert a pressure on the costal wall, pressure that increases as the expiration approaches the end (the phase of tensioning the costal muscles), the inspiration will find in the trained area a counter-resistance.) which will require an increase in the tension of the inspiratory muscles interested in achieving the inspiratory phase.

Furthermore, the pressure exerted will gradually weaken as the inspiration ends, so that in the end, the chest is free of any pressure.

Also, the technique of reeducation of costal respiration will be demonstrated in the presentation (video).

Exercises to control and coordinate breathing

These are breathing exercises that aim to reduce tachypnea and control airflow.

The decrease of tachypnea in obstructive patients postCOVID-19 is achieved by controlling the inspir / expir ratio and by post-inspiratory apnea and aims to equalize ventilation in all lung compartments.

The control of the air flow is achieved by prolonging the inspiration, simultaneously with the slowing down of the respiratory rhythm.

Several types of exercises, from different starting positions, will be practically demonstrated.

Cough education

Strange as it may seem, coughing being a reflex, defensive phenomenon, coughing must be "learned" to the patient. I make a special mention here: cough must be educated and not inhibited!

The patient with post COVID-19 COPD must cough effectively because:

☐ his cough to be effective (to eliminate bronchial secretions with as little effort as possible)

☐ not to produce accidents related to the cough, respectively:

alveolar ruptures, hemorrhages at the level of the subcutaneous vessels of the face and neck, dehiscence of abdominal muscles, inguinal hernias.

Cough education involves: the correct positioning of the body during coughing, the way to control breathing during coughing, toning the expiratory muscles.

All this will be shown and practically demonstrated.

Speech education

This also seems "strange" but it is extremely important in the case of chronic dyspnoea in COPD, especially post-COVID-19 where there was hypoxemia.

The speech education technique is adapted according to the degree of dyspnoea that the patient has and is useful when it can only be expressed in short sentences and in an expiration that includes a limited number of words and syllables.

Technique: groups of words will be formed that the patient will read aloud, several times a day. Each group of words will be spoken on a single expiration, then another inspiration follows, another group of words read, etc.

The reading rhythm is adapted to the patient's respiratory potential. Any slowing down of the rhythm means, of course, an extension of the expiration.(9).

Effort-dosed training

It is the method that increases the effort capacity of the patient with COPD agglomerated in the post-infection status with the SARS-CoV-2 virus.

Most COPD patients, especially post-COVID-19 patients, have low exercise capacity because it triggers dyspnoea attacks on physical exertion, and they eliminate, themselves, the daily stress effort of crises that can appear.

Exercise training is easier than that of patients in the cardiac recovery program (eg acute coronary heart attack or myocardial post-revascularization) but still have to follow a few rules:

-during training sessions, the intensity of the effort should not exceed 60-70% of that which triggers dyspnoea

-training has the known phases: warm-up, actual training, cooling

- the trainings are done with increasing intensities, it is strictly supervised and strictly individualized to each case.

The most common means of training is the cycle ergometer, a device that many patients have at home and which has the advantage of allowing a very good dosage of effort, allowing the modulation of its intensity and duration.

The patient starts pedaling with a frequency of 55-65 rotations / minute, with the initial monitoring of blood pressure, pulse and oxygen saturation of the arterial blood.

The initial standard power will be 40W, the training session will consist of 2 rounds of 3-10 minutes each, with a break equal to the duration of the half. When the patient can pedal for 10 minutes, the load can be increased to 80W and the duration of the session also increases to 20-30 minutes.

Another type of training that can be performed at the patient's home is the ladder training.

Conclusions

Patients with COPD who have gone through COVID-19 disease require close, individualized supervision by their family doctor.

Chronic respiratory diseases are generally complex conditions, with a prolonged evolution, sometimes capricious, which last a lifetime and can create significant disabilities for the patient who cannot carry out his daily activities and becomes dependent on his family members.

Patients with COPD require special monitoring and must be included in medical education programs: both the patient and their relatives are trained to understand their disease (which has decompensate after COVID-19!), to use medication and medical devices correctly and to prevent possible exacerbations and complications.

The lung rehabilitation program (that in these special pandemic conditions can be performed at home, under video supervision, by the family doctor), must be followed for life.

Hygienic-dietary measures - among which smoking cessation is the most important - and correct and complete pharmacological treatment will have important benefits for the health of the COPD patient who experienced the infection with the new corona virus, but also for the family and society.

In chronic respiratory patients who follow the program of pulmonary rehabilitation and especially of patients with COPD, there is a significant reduction of day and night symptoms, reduction of the number of exacerbations and consumption of emergency drugs, reduction of hospitalizations and implicitly reduction of expenses for the patient, family, and society as well as a better socio-professional reintegration.

REFERENCES

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2021 Report [Available from: <http://www.goldcopd.org/>].

2. D.M.G. Halpin, G.J. Criner, A. Papi, D. Singh, A. Anzueto, F.J. Martinez, et al.

Global Initiative for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease. The 2020 GOLD Science Committee Report on COVID-19 and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 203 (2021), pp. 24-36

<http://dx.doi.org/10.1164/rccm.202009-3533SO> | Medline

3. R. Hewitt, H. Farne, A. Ritchie, E. Luke, S.L. Johnston, P. Mallia.

The role of viral infections in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and

asthma. *Ther Adv Respir Dis*, 10

<http://dx.doi.org/10.1177/1753465815618113> | Medline

4. Singh D, D.M.G. Halpin.-Inhaled corticosteroids and COVID-19-related mortality: confounding or clarifying?. *Lancet Respir Med*, 8 (2020), pp. 1065-1066.

[http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30447-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30447-1) | Medline

5. A.J. Rodriguez-Morales, J.A. Cardona-Ospina, E. Gutierrez-Ocampo, R. Villamizar-Pena, Y. Holguin-Rivera, J.P. Escalera-Antezana, et al.

Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: a systematic review and meta-

analysis. *Travel Med Infect Dis*, 34 (2020), pp. 10162.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101623> | Medline

6. Busneag Carmen – Pulmonary rehabilitation in family doctor's practice – *Medic.ro*, indexed EBSCO Academic Search, *Anul XIV*, nr 115 (1/2017), pg 20-31

7. Busneag Carmen – Kinetic therapy in cardio-respiratory diseases, Editura Fundatiei "Romania de Maine", 2019, ISBN 978-606-20-0351-7. Pg 189-211

8. British Thoracic Society, BTS Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease, *Thorax*, 52(Suppl 5)S1-28,2007

9. Postolache P, Petrescu O – Respiratory rehabilitation effect on BODE Index Components and correlated with health-related quality of life in COPD, *Chest*, 2017

10. Voicu MT, Lovin S, Marlyce Frisen- Pulmonary Rehabilitation Treaty, Editura Mirton, Timisoara, 2019, pg

104-113, 271-276

11. P. Llewellyn, G. Sawyer, S. Lewis, S. Cheng, M. Weatherall, P. Fitzharris, et al.

The relationship between FEV1 and PEF in the assessment of the severity of airways

obstruction. *Respirology*, 7 (2002), pp. 333-337.

<http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1843.2002.00417.x> | Medline

Invited Speaker / Review

Management of Malignant Diseases in The Covid-19 Pandemic

Ksenija Tušek Bunc¹

1. Medical Faculty

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

HEALTH CARE IN THE SARS COV-2 PANDEMIC

- Health care has been reorganized to prevent spread of SARS COV-2 infections.

- Decline in health care services.

FACTS ABOUT MALIGNANT DISEASES DURING THE PANDEMIC IN SLOVENIA

Malignant diseases, the first health care problem of our society.

National Register of Cancer:

- more than 15,000 Slovenians are diagnosed with cancer each year and more than 6,000 die.

- more than 110,000 people live with cancer.

During the COVID pandemic:

- Referral to genetic counseling has stopped.

- No. of cancer patients in the hospital has fallen.

- This also applies to no. of newly diagnosed patients.

- Fewer referrals for oncology treatment and

- Fewer patients treated at the Oncology Institute.

- These are mostly patients with postponed non-urgent and follow-up examinations, or with examinations performed remotely.

FAMILY MEDICINE IN A PANDEMIC SITUATION

- Decreased number of daily visits in practices

- Increased number of phone calls

- Increased number of electronic counseling

FAMILY PHYSICIAN RESPONSIBILITY FOR PATIENTS WITH MALIGNANT DISEASES

- Cancers are a great responsibility for the FP in monitoring, therapeutic procedures and management.

- Detection of risk factors for cancer.

- Healthy lifestyle counseling.

- Comprehensive and holistic approach.

- Also needed: Additional knowledge, skills in management and communication with the patient and/or relatives.

COMMUNICATION WITH PATIENT

- Important at all stages of cancerous disease.

- Cancer profoundly affects the individual and the family.

- When the disease occurs, the patient and relatives go through a shorter or longer period of coping with the disease, then its acceptance.

- The family must be reorganized to take care of the sick member.

- FP means facing mental distress.

- Communication skills are very important for the FP, not only to cope with a specific situation, but also to cope with distress about it.

- Communication is the doctor's most important therapeutic tool.

QUESTION 1

A 68-year-old patient sent the following e-mail three days ago:

"Dear Doctor, my wife and I are on a holiday. What worries me, however, is the rather severe pain on the left side of my chest and a cough. I've been coughing for a long time, but this time I noticed blood in the sputum. You know, I have high blood pressure, COPD and now I'm worried there's something wrong

with my heart or my lungs. Should I go for investigations here? Everything can be done here, you just have to pay! "

• How fast will you answer?

• What will be the answer?

• Which problem should be addressed first?

• Is it urgent?

Dilemmas: What should we worry about? Chest pain or cough or blood in sputum.

QUESTION 2

I have decided to ask you for advice about this.

"I was recently diagnosed with thyroid cancer. So I should have thyroid surgery, but I am also a heart and kidney patient. I have already done all the checks. Since I have to make a decision, I ask you for advice: is surgery necessary and how successful it is?"

What happens if we overlook this e-mail?

What should be our answer?

Do we have enough knowledge or do we need to discuss this with a clinical specialist?

QUESTION 3

A colleague was diagnosed with cancer. She was looking for all possible treatments and was also at

the macrobiotic school. She was advised to eat particular whole grains. I have been eating them myself for years. But a few days ago I heard these foods are supposedly a danger for

osteoporosis because they take calcium from the bones. Dear Madam Doctor, please answer me whether my fear is justified.

• How quickly does this question require an answer?

• Do we know much about this?

Growth Of E-Counseling In The Pandemic

E-mail is growing as a versatile, effective, accessible, rapid and safe form of communication between doctors and patients.

But, what is the evidence?

QUESTION 4

"Hi there. I have just finished cancer treatments 3 weeks ago. I find recovery difficult. I'm anxious, stressed. My doctors tell me I responded well to treatments and I should be fine. I just thought I would be happier, relieved and ready to take on the world, but I'm sad and down. Thanks, Nicole."

What would we write to Nicole?

UNDERLYING CONCEPT OF ECOUNSELING

The role of the counselor in e-counseling is to enable the patient to mobilize strengths in order to make appropriate decisions and to act on them.

STRUCTURE OF AN E-COUNSELING PROGRAM

- Initial request for help.

- Initial response of the counselor.

- Assess risk, triage.

- Initial approach: get the patient to describe the problem.

- Exchange of messages: how many messages are necessary?

- End of counseling: referral to other forms of care, information on available resources, emergency referral.

- Feedback.

STRUCTURE OF AN INITIAL RESPONSE

- Limits to counseling.

- Exploration and validation of medical problem.

- Restatement of the presenting issue in positive terms.

- Exploration of patient's strengths.

- Clarification of medical issues and/or previous treatment.

- Impression of what is going on and ways to cope.

- Exploration of resources.

- Exploring options, specific suggestions.

ADVANTAGES OF E-COUNSELING

- Access

- Respect

- Low cost
- Privacy
- Confidentiality
- No time limits???
- Communication with clinical specialists
- Time saving???
- Greater efficiency???

DISADVANTAGES OF E-COUNSELING

- Lack of direct contact
- Invisible body language
- No use of other non-verbal cues like tone, accents, laughter
- Requires a computer and written literacy
- Inappropriate for high risk patients
- Possible time delays in replies
- Lack of knowledge and experience in EC
- Authenticity of what is written--how to verify the truth of the e-mail
- Constant availability of the consultant
- Lack of information—danger of misjudgement
- Taking on more responsibility

CONCLUSIONS

- Malignant diseases are a national health care problem.
- Drastic drop in medical services for patients with malignant diseases in pandemic.
- Can electronic communication replace personal contact and good communication and have they an equal meaning for the availability of good health care service?
- Electronic communication provides an additional effective tool for helping patients.
- Understanding the advantages and limitations can enhance its use.
- Some people are unfamiliar with the use of new Technologies.
- A person with malignant disease is very ill and needs personal contact with the FP, despite the pandemic.

Invited Speaker / Review

New modes of care delivery in general practice: digital responses to COVID-19

Ana Luisa Neves¹

1. Imperial College of London Institute of Global Health Innovation
2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

New modes of care delivery in general practice:
digital responses to COVID-19

The promise of remote care

- For decades, digital health has promised to help address many of the challenges of primary care.

However, despite the promise, adoption rates have remained slow.

Digital-First Primary Care

“NHS England is supporting primary care to move towards a digital-first approach, where patients can easily access the advice, support and treatment they need using digital and online tools.”

COVID-19 and the call for digital transformation

- Unprecedented levels of change have taken place in the design, service and delivery of health care services in the space of months.

- Many barriers removed instantly, and new ideas deemed too radical a couple of months ago, becoming our ‘new normal’.

What can we learn from this massive real-life experiment?

- How did it enhance the adoption of digital remote care?
- How did it impact patient care and the quality of care delivered?

- How can we ensure the lessons learned contribute to long-term, sustainable, high-quality digital-first care?

GP characteristics

Who are the GPs that replied to the survey?

- 1,605 replies from 20 countries
- Balanced gender distribution
- Mostly aged between 30-70 years old
- >60% working in a urban setting

Digital maturity

- 95% with access to electronic health records
- Half of the respondents had access for more than 10 years

Digital remote care available before and during COVID-19

Availability of digital remote care before and after COVID-19

Factors associated with higher adoption rates

Training and guidance

Training and guidance

- Overall good support in digitalfirst training (>60%)
- Local and national guidance advising the use of digital first in >60%

- Only 50% were aware of specific guidance in cybersecurity

The way forward

Experience and future use

- Overall good experience using digital-first solutions (>70% good / very good)

Which are the critical areas to ensure high-quality, sustainable digital-first care in the future?

Main benefits and challenges for health care professionals

Benefits

Challenges

REMOTE WORKING

- ‘Possibility to work even if I was in quarantine’ (ID 124, France)
 - ‘Gave me the ability to work from home while I suffered from mild COVID.’ (ID 1516, Sweden)
 - “The possibility of working remotely allowed me to preventing burnout and conciliating family and professional demands” (ID 47, Portugal)
 - “telephone consultations normalized and kept people out of office who needed to be home - allowed clinicians to be away from office when sick and still provide care” (ID 1252, Canada)
- MORE CONTROL OVER SCHEDULE**
- “Better management of appointments by the physician” (ID 55, Portugal)
 - “More control for me over my schedule” (ID 110, Israel)
- LACK OF TRAINING, GUIDANCE AND SUPPORT**
- “[One challenge was] the lack of previous training neither during undergraduate nor [during] postgraduate training. I have taken some online training. Also, the challenge was the lack of guidelines for primary care doctors.” (ID 158, Poland)
- HIGHER WORKLOAD AND BURNOUT**
- “I felt that my resources were drained by the phone communication. I am less concentrated, more nervous and less compassionate about patients” (ID 286, Israel)
 - “Found myself working longer hours as working from home made it much harder to set boundaries around when I stopped work. (ID 1590, Australia)
- INADEQUATE REMMUNERATION**
- “If government withdraws fees for phone and video consultations then I would be less inclined to use them and more inclined to bring patients into office (sometimes needlessly)” (ID 1245, Canada)
- Listening to the patients’ voice:
- Impact of digital-first technologies on quality, safety and equity of primary care during the COVID-19 pandemic
- “However, in order to facilitate safe, sustainable adoption of digital-first solutions, it is critical to listen to the end-user, and healthcare’s most important stakeholder: patients.
- We need to understand their perspectives on the impact of the care received, and whether shifts in delivery of care widen the health inequities between different groups of patients.”
- Patients
- Healthcare professionals
- Patient-centred guidelines and recommendations
- Policymakers
- Primary healthcare systems need to be deliberate and have clear plans to ensure that this devastating pandemic leaves a positive legacy
- Emergency phase: response to the outbreak, partnership with researchers evaluate the impact of the changes in practice – and draw lessons for the long term.
 - Transition phase: stable adoption of solutions that proved their value, building up patient digital literacy and involving healthcare staff in design and maintenance.
 - A “new normal”: a safe, interconnected, technology-enabled model of delivery, supported by ongoing monitoring of the new solutions, an updated regulatory and inspection approach, and open standards.

Invited Speaker / Review

Opportunities and barriers to primary care research during the Covid-19 pandemic

Davorina Petek¹

1. University of Ljubljana

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Introduction

At the onset of the pandemic with Sars-Cov-2, the medical profession has faced high expectations in many areas. The disease was new, with an unknown course, modes of transmission of infection or effective treatment. In addition, it has had an impact on many areas of human health and functioning. The pandemic has radically changed the usual organization of health care and affected the treatment of other chronic and acute diseases. It has changed the professional lives of all healthcare workers. In this completely new situation, research was urgently needed to define the foundations of scientific decision-making. The world academic community has become extremely and widely active in research to improve patient care and in helping to combat the pandemic. In recent decades, science has never been so directly involved in the fight for human health. On the other hand, research on other topics has faced some new obstacles due to the specific situation in pandemic.

Areas of research in primary care

Quick search in Pubmed database on the day 10th March 2021 (covid-19[MeSH Terms] AND (primary care OR family medicine[MeSH Terms]) gave 3,013 results, while using limits Review and Systematic review gave 356 results. 98 randomised controlled trials were found within these search parameters but many of them are not mainly primary care research. The following text is by no means a comprehensive review of the topics but simply highlights the most important and represented areas of primary care research in the time of pandemic.

The most frequently represented Covid-19 topics in primary care research were the following:

- Mental health,
- Telehealth and telemedicine,
- Organisation of primary health services during Covid-19 pandemic,
- All kinds of clinical topics regarding Covid-19, concomitant diseases and multimorbidity
- Many aspects of experience of health care workers and Covid-19 survivors,
- Experience of community living with restrictions and other changes in pandemic, socioeconomic topics
- Community fighting pandemics

Prevention

Several papers describe changes in classic prevention programs (smoking, cancer screening...) and Covid-19 related (vaccination strategy, role of primary care) (1).

Telemedicine

Many articles analyze the use of telemedicine or the use of telemedicine devices to monitor patients with chronic diseases, remote triage, and clinical healthcare decisions, such as remote antibiotic prescribing.

Management of chronic diseases

A reduction in interventions for chronic conditions such as diabetes, cardiovascular disease, and chronic pain are described (2). The most common response to the drastic limitation of direct contact with patients was a higher utilization rate of telemedicine, which allowed disease monitoring and follow up. Despite difficult direct contact with the physician articles report increased patient satisfaction with medical care and increased adherence to treatment. However, negative lifestyle changes have also been observed, including lower physical activity, sleep disturbances, perceived stress and mental health disorders (3).

Primary care research has highlighted the importance of primary care records for identifying a population at high risk for Covid-19 complications, such as patients with severe asthma (4). Flexible care for oncological patients was tested with treatment administered outside oncology, preferably at patient's home. The need for detailed program planning, staff training and appropriate patient selection was emphasized (5). Primary care research also addressed the specifics in palliative care and long-term care during a pandemic.

An important research topic was also the adaptation of primary health care to the Covid-19 pandemic requirement with service delivery guidelines (6).

Management of Covid-19 cases

A guidance model for the management of suspected, probable or confirmed cases of SARS-CoV-2 infection in primary care, with a decision-making algorithm from diagnosis to treatment, was presented (7). Articles are presenting health policy measures and health needs for the older generations in the home environment and in nursing homes (8).

Mental health

As a consequence of requirements for social distancing and shielding mental health showed to be particularly vulnerable. Interventions to reduce loneliness and social isolation have been tested (9). In addition research has been published on the mental health of health professionals and protective factors against adverse mental health outcomes (10).

Research environment in pandemic

At the beginning of the pandemic, many circumstances for research changed, and many obstacles emerged for continuing existing research or for starting already planned research. On the other hand a huge new field of research has emerged. A new viral disease with an unknown course, ways of spreading, consequences, methods of treatment, complications and preventive measures generated and required a number of research questions. The international community sought the best way to organize the health care system, different approaches to health care, and examined several adjustments the system had to implement in order to respond to the increased demands of the pandemic.

A competition against time was held to obtain research results that would be translated into practice and help in the fight against the pandemic. Primary health care has undergone many organizational changes and great progress in the direction of telemedicine. Experience before the pandemic period helped to assess the quality of health care using telemedicine, although both the circumstances and the extent of telemedicine use varied significantly before and during the pandemic.

Research obstacles and opportunities in pandemic

Covid-19 pandemic was not only opportunity but also a barrier to research. Many of the problems were due to a reduction in the research workforce: many researchers were reactivated as

clinicians and as such were overburdened with increased clinical work. Everyday practice work has gone through profound changes. Research in primary care, provided by the network of research practices had to adapt quickly because traditional data collection, based on a personal encounter between a patient and a health care provider, was not feasible. Patient-provider encounters have moved into a virtual environment. Research networks were less able to collect data also for other reasons: overload of healthcare institutions and lack of time for physicians to research; changes in the organisation; other/new responsibilities of health care professionals. As a result, many ongoing studies could not be performed. There were also delays in deadlines for research calls or research calls were withheld.

Unimaginable obstacles to international research have emerged: hindered research mobility, travel bans, even tensions over the origin of pandemic, medical supplies, access to vaccination etc (11).

Practice based research networks play an important role in primary health care research. In a network of organised research practices they are positioned for dissemination and implementation of research (12). They have traditionally been a resource for accelerating the translation of research into practices and this process continued into the Covid-19 era (13). Integration of research results into everyday clinical work is the foundation for improving the quality of primary care work.

Therefore these practices are also important for implementing change in response to an urgent need, such as the novel coronavirus-19 (COVID-19) pandemic. deVoe reported that telemedicine visits increased by 2000 %, while in-person office visits and lab/imaging encounters declined by 70- 80 % (12). Research was needed to build a knowledge about this practice change, for example what impact has COVID-19 had on the delivery of preventive services.

Data from electronic health records (EHR) were used to monitor changes and trends in the care delivery. Various documents describing measures / interventions to support practice (EHR changes, telemedicine training for health care professionals) were also used for a thorough assessment. A thorough assessment included also interviews with the staff. In this way research network practices supported learning from pandemic.

Scientific globalism

The concept of scientific globalism became stronger and more present during the pandemic. The need for knowledge sharing was reflected in the tremendous increase in the number of open access papers. By Lee et al. (11) the percentage of open access documents has increased from 28.9 % in 2015-2019 to up to 75.7 % of Covid-19-related contributions in 2020, while the number of open access non-Covid-19 related articles did not drastically changed in 2020.

Production of Covid-19 research

Year 2020 was marked by an explosion of research articles with significantly shorter time for acceptance. Jung found that average number of days to accept a paper for publication in Covid time was 13 days (5-25days), while average acceptance in pre-covid time was 110 days (71-156 days) (14). In order to speed up the publication of results to be available to the public the use of preprint platforms significantly increased (15).

Countries with the highest infection rates have generated the most research articles. China was the leader in the number of Covid-19-related articles in the first months of 2020, followed by

the USA and India. In Europe, the countries most affected by the pandemic had also the most active research, notably the United Kingdom, Italy, Spain and France (15).

Methodological quality

The unprecedented speed of research reflected in the methodological characteristics and quality. There is some evidence that the methodological quality of Covid-19 related articles is lower than non-covid ones. As many of the results have been translated into clinical practice several warnings were heard that ultimately, a number of COVID-19 clinical studies should be revisited due to suboptimal design, methods, analytics and interpretation. Also, according to Jung, study designs for most of projects in the hierarchy of scientific evidence were low (14). Many published articles refer to case studies, cohort studies and only a few to randomised control trials. Many publications such as viewpoint, editorial, perspective, expert opinions do not contain original data. To obtain stronger evidence stronger data are needed.

According to Raynaud, peer reviews of original articles in the first half of 2020 accounted for only 10 % of all medical articles related to COVID-19. Numerous articles have presented research on infectious diseases, epidemiology, public health policy, and medicine and society. Simulation studies of case prediction in different scenarios were also frequently represented (16).

The same author states that as much as 80 % of research is exposed to a high risk of bias determined by validated tools. All of the above is particularly important given the fact that research results are also spreading rapidly on social media, although the scientific evidence is poor.

Conclusion

in the challenging time of pandemics, emergency measures, rapid reorganisation and adaptation by healthcare workers, medical research is more important than ever and scientific communication should be encouraged. Nevertheless - to control and limit a pandemic, high standards of research are needed: advances in medical science and the following measures should be driven by strong and compelling evidence.

Literature

1. Harnden A, Lim WS, Earnshaw A. COVID-19 vaccination programme: a central role for primary care. *Br J Gen Pract.* 2021;71(703):52-53. doi: 10.3399/bjgp21X714929.
2. Donnelly C, Ashcroft R, Bobbette N, Mills C, Mofina A, Tran T, Vader K, Williams A, Gill S, Miller J. Interprofessional primary care during COVID-19: a survey of the provider perspective. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1):31. doi: 10.1186/s12875-020-01366-9.
3. Kendzerska T, Zhu DT, Gershon AS, Edwards JD, Peixoto C, Robillard R, Kendall CE. The Effects of the Health System Response to the COVID-19 Pandemic on Chronic Disease Management: A Narrative Review. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021;14:575-584. doi: 10.2147/RMHP.S293471.
4. Stewart J, Kee F, Hart N. Using routinely collected primary care records to identify and investigate severe asthma: a scoping review. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2021;31(1):1. doi: 10.1038/s41533-020-00213-9.
5. Wardley A, Canon JL, Elsten L, Peña Murillo C, Badovinac Crnjevic T, Fredriksson J, Piccart M. Flexible care in breast cancer. *ESMO Open.* 2021;6(1):100007. doi: 10.1016/j.esmoop.2020.100007
6. Haldane V, Zhang Z, Abbas RF, Dodd W, Lau LL, Kidd MR,

- et al. National primary care responses to COVID-19: a rapid review of the literature. *BMJ Open*. 2020;10(12):e041622. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041622
7. Lopes N, Vernuccio F, Costantino C, Imburgia C, Gregoretti C, Salomone S, et al. An Italian Guidance Model for the Management of Suspected or Confirmed COVID-19 Patients in the Primary Care Setting. *Front Public Health*. 2020;8:572042. doi: 10.3389/fpubh.2020.572042.
8. Miralles O, Sanchez-Rodriguez D, Marco E, Annweiler C, Baztan A, Betancor É, et al. Unmet needs, health policies, and actions during the COVID-19 pandemic: a report from six European countries. *Eur Geriatr Med*. 2021;12(1):193-204. doi: 10.1007/s41999-020-00415-x.
9. Williams CYK, Townson AT, Kapur M, Ferreira AF, Nunn R, Galante J, Phillips V, Gentry S, Usher-Smith JA. Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: A rapid systematic review. *PLoS One*. 2021;16(2):e0247139. doi: 10.1371/journal.pone.0247139.
10. De Kock JH, Latham HA, Leslie SJ, Grindle M, Munoz SA, Ellis L, Polson R, O'Malley CM. A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health*. 2021;21(1):104. doi: 10.1186/s12889-020-10070-3.
11. Lee JJ, Haupt JP. Scientific globalism during a global crisis: research collaboration and open access publications on COVID-19. *High Educ (Dordr)*. 2020;1-18. doi: 10.1007/s10734-020-00589-0.
12. DeVoe JE, Likumahuwa-Ackman SM, Angier HE, Huguet N, Cohen DJ, Flocke SA, Marino M, Gold R. A Practice-Based Research Network (PBRN) Roadmap for Evaluating COVID-19 in Community Health Centers: A Report From the OCHIN PBRN. *J Am Board Fam Med*. 2020;33(5):774-778. doi: 10.3122/jabfm.2020.05.200053. PMID: 32989072; PMCID: PMC7908821.
13. Tapp H. The Changing Face of Primary Care Research and Practice-Based Research Networks (PBRNs) in Light of the COVID-19 Pandemic. *J Am Board Fam Med*. 2020;33(5):645-649. doi: 10.3122/jabfm.2020.05.200400.
14. Jung RG, Di Santo P, Clifford C, et al. Methodological quality of COVID-19 clinical research. *Nat Commun*. 2021;12(1):943. doi: 10.1038/s41467-021-21220-5.
15. Cai X, Fry CV, Wagner CS. International collaboration during the COVID-19 crisis: autumn 2020 developments. *Scientometrics*. 2021;1-10.
16. Raynaud M, Zhang H, Louis K, Goutaudier V, Wang J, Dubourg Q, et al. COVID-19-related medical research: a meta-research and critical appraisal. *BMC Med Res Methodol*. 2021;21(1):1. doi: 10.1186/s12874-020-01190-w.

Invited Speaker / Review

Primary Care in a time of Covid-19

Martin Hadley-Brown¹

1. University of Cambridge

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Covid timescale in the UK

Significant numbers of deaths from Covid-19 were noted in the UK from the final few days of March 2020. The first lockdown was started at that time. Advice to Primary Care (GP) was to conduct all possible consultations 'remotely' – via telephone or online.

Primary Care in the UK

Primary care in UK – mainly "General Practices" with teams of 2-10 doctors supported by administrative, nursing, auxiliary staff and increasingly including pharmacists – some with linked dispensing facilities. Average size of practice has 9000 patients and ~ 4.5 doctors (England). Consultation rates typically 4.5/pt/yr. GPs deal with most initial diagnosis, 'chronic illness' management, and are the 'gateway' to specialist referrals.

Figures for England:

In 2019 GP practices delivered 312 million appointments: >50% by actual GPs. There are ~28000 FTE GPs in England. (falling slowly). This equates to ~ 6000 consultations per year per GP. There are ~60,000 Consultants in the NHS (rising) usually working in hospitals. Primary Care accounts for approximately 8% of the NHS budget, but provides ~85% of patient contacts.

UK GP training

All UK qualified doctors undergo 5-6 years medical school training – usually entering Medical School at the equivalent of the 'end of Year 1' of Universities abroad. All then spend 2 years in "Foundation Posts" mainly within hospitals. GP or specialist training then begins – a minimum of a further 3 years for GP. The "MRCGP" 2 part exam + work based assessments must be passed.

Facilities in a Modern GP practice in England

- Reception & Waiting areas
- Consulting Rooms (doctors)
- Treatment Rooms (nurses) – fully equipped
- Minor surgery Theatre (Healthy Living Centre)
- Xray & Ultrasound (Healthy Living Centre)
- Pharmacy (not in larger cities)
- (reference library & teaching spaces)
- Offices
- Community Staff offices (some, not all)

Impact of Covid -19

Overall consultations fell by ~30%. Face-to-face consultations fell by 60% - online consultations increased. Referrals from GP to specialist care fell by 75% in first lockdown (vs 2019). "2 week wait" referrals fell by 50%, with a sustained fall of ~25% after lockdown. Blood tests etc from GP fell by up to 80%.

The way forward

The UK was heavily hit by the Covid pandemic. Scientists rose to the challenge and have developed vaccines in record time. To 23 March 2021 @ 1600h 28,327,873 people in UK have had at least one vaccine dose. Hospital staff & patients have generally been vaccinated there but the vast majority have been delivered in Primary Care with 844285 doses given on 20 March 2021.

The situation now and in the future

The UK continues to be in 'lockdown' though this may ease over the coming weeks / months IF

Primary Care is now noting a marked increase in workload BUT most consultations continue to be 'remote'. Hospital waiting lists (surgery etc) have risen dramatically as routine work ceased. We do not yet know how much non-Covid illness has been 'missed' nor what the consequences will be long-term.

The situation now and in the future

Applications for nursing and medical training rose sharply in 2020 as the profile of the professions and their importance were recognised. Some of the new working methods will persist ~ in some cases pushing forward changes already planned.

Personal reflections:

NHS Primary Care has proved its worth and flexibility in the vaccine programme. 'Open Bay' wards as common in NHS hospitals cannot restrict virus spread. Medical training has been greatly challenged during Covid.

Invited Speaker / Review

Psychological health risk of healthcare workers and preventions

Radost Asenova¹

1. Medical University of Plovdiv - Department of Urology and General Medicine
2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail:
dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Background

"She burnt with love, as straw with fire flamed. She burnt out love, as soon as straw our burnets". (cited in Enzmann& Kleiber, 1989)

Stress-related syndrome often affects health professionals. They may have serious consequences on personal well-being. There are serious consequences on the quality of provided care. XXI Factors influencing health status and contact with health services. There are codes like:

Z73 Problems related to life-management difficulty

Z73.0 Burn-out

There is a relation between satisfaction and burnout.

There are studies that 1/2 or 1/3 of healthcare workers have burnout. In many countries there are guidelines for burnout. There is not a certain answer for this question: Does burnout make people dissatisfied with their work? Work overload, time pressure, working with difficult patients are other factors for burnout. Job satisfaction is an indicator of employee psychological wellbeing.

I want to share a study conducted in family doctors from my country. The aim of the study was to compare the levels of job satisfaction and burnout among Bulgarian GPs/FDs in 2003 and 2019 and define the changes in the profile of GPs/FDs.

A cross-sectional survey among FDs in 2003 (n=69) and 2019 (n=319)

-Job satisfaction-Likert scale from 0 to 6 (extremely dissatisfied_extremely satisfied)

-Questionnaire

Socio-demographic form

Working environment

Lifestyle

Health

This study addresses familiar and frequently studied topics. However, it is necessary to know in detail the factors and relationships concerning both burnout and satisfaction in order to use prevention whenever possible. In a national context, the problem of the aging of FDs is paramount.

With the establishment of the PHC in the country, the level of emotional exhaustion has decreased.

FD habits related to smoking and alcohol consumption have deteriorated.

Satisfaction among FDs has increased and the desire to change job has decreased accordingly with the years. These data have shown that in the last twenty years the position of family doctors in the country has strengthened, but many factors need improvement in order to reduce the spread of the burnout syndrome.

Thank you for your attention.

Invited Speaker / Review

Research in primary care during pandemic

Mehmet Ungan¹

1. Ankara
2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Hi dear Radost, our chair, dear Davorina, dear Claire, my dear colleagues and the President of TAHEK. I think it's my pleasure again to be here all together with you. My role is just to let you know that we have another development in WONCA Europe and also a personal development, also for me, European Medicines Agency about that I have to shortly introduce you, what happened and what we are doing with the European Medicine Agency. Because it is really right now. The whole issue, especially about the Covid vaccinations. My presentation will be almost 10 slides and hopefully it will be short. You know that I'm talking always when I got the microphone, but this is weird ship and I think my chair will not be able to stop me. But anyway I will try to obey the rules. So what is European Medicine Agency? It is the mission of the European Medicines Agency is the fosters to scientific excellence in the evolution and supervision of the medicines for the benefit of public and animal health in the European Union. The public health is outside. What are the partners and networks to share the European Medicines Agency is the core of the European Unions medicine and health system, and it aims to protect human and animal health to ensure the system works effectively and the agency works closely with its partners and stakeholders and is a proactive member of important networks in Europe and beyond. What do the EMA does? It facilitates development and access to medicines evaluate applications for marketing authorization, monitor the safety of the medicines across their lives cycle, provide information to health care professionals and patients. But what we should not expect from the EMA? It's clearly stated here also. What EMA doesn't do, it doesn't emulate the initial marketing but organization application of all medicine in the Europe for example. Or it doesn't take decisions on the price or the availability, or it doesn't develop laws concerning medicines or it doesn't develop treatment guidelines, provide medical advice. Those are not the aims. You can see the website of the European Medicines Agency. Right now the website is, like many other websites, full of the COVID-19 pandemic and related documents and this is very important for a whole Europe about the decisions on the COVID-19 vaccines. For example, Astra Zeneca and blood clouds and such kind of things. It is informing the public, there you know it's not only informing. The associations or organizations, but also all the public. So I can tell you that we had a great achievement at the beginning of my presence ship. We have signed a memorandum of understanding with European Medicines Agencies and we try to work with the primary care aspect, but especially as we are family doctors, we are representing I am representing in EMA. I was representing at least the European family doctors until now. And we are an official body who is for three years, having a contract with them. So this was the day which we contracted. This is the president of the European Medicines Agency and UMR Presentative; Marie. And you know Dietrich from European Forum primary care and me. We have signed this contract altogether and especially UMR and the WONCA Europe represents the family doctors and general practioners

Europe and The European Forum is also presenting other professions in health care in primary health care in Europe. So there is kind of a framework interaction between EMA and healthcare professionals and their organizations. It was very well defined. I will not read all of them because, you know, it's boring to read, but I can tell you that there are some ongoing issues which we still try to contribute in altogether. And there is a part of the European Medicine Agency's, which is a kind of public list containing details of European experts who can be involved in agency work in the context of the authorization, supervision and maintenance of the medicine and products for human and veterinary use. So those are usually the country representatives, for example from Slovenia, there's a name from France, there's a name, but not from Turkey, for sure, because we are not included in the European Union. So this is why the European Medicines Agency Personally. First of all welcome Europe approved my candidacy and they support it. My executive board and we, together with the EMA suggested me to be an expert in their list personally also, so it was my honor to accept it, of course, because otherwise as a Turkish, it's not possible to continue to work with this nice agency, useful agency. What we are doing? We are trying to present the primary care perspective and also the family doctors trying to say some words about our profession and how we see the medical interventions and also sometimes we're trying to comment on the vaccinations, especially about the shortage of the medicine. And of course you know, equity in and equality also in vaccine distribution for example. We had a kind of premier preparing a statement for the countries also. So you can see my name here as European Union representative, not the country represented. So there is last thing that I would like to tell you. There is a email public stakeholder meeting on the approval of safety monitoring an impact of COVID-19 vaccines in the European Union. With this on 26 March 2021 in between one to Central European time 2 hours with Turkey. But it might be one hour at that time. Please check it and it should be on 28. I think the change will be. I think it's two hours so from here in. So I think if you go there you will hear what is being discussed about vaccines in Europe and that will be for public and it is very important to follow it as I see. And this will be virtually think and the event will be broadcast live, so there is the link here, but you can find it from EMA's website, also European Medicines Agency website. It is also an IBR website and the agenda is there also what is being talked and what will be in the agenda you can see there. I am very happy to be together with you and I will try to update the collaboration in between EMA and the family doctors and I think with the hot developments with short messages, I'll be back to you in many occasions. Thank you for listening to me.

Invited Speaker / Review

Rural Primary Care Challenges in Pandemic COVID-19

Victoria Tkachenko¹

1. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education
2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Globally, 19 March 2021, there have been 121 209 510 confirmed cases of COVID-19, including 2 680 469 deaths, reported to WHO.

While many urban areas are currently experiencing a surge of COVID-19 cases, the slower progression of cases throughout rural areas may make the COVID-19 pandemic appear to be a distant reality. Rural areas should not interpret the lower incidence of confirmed COVID-19 cases as a reprieve from experiencing the COVID-19 pandemic, but more as the calm before the storm. Rural areas, while delayed, will likely experience the full intensity of the COVID-19 pandemic, with probably overall worse short- and long-term outcomes than those experienced by urban areas.¹

The rural areas (despite their low population density) may be especially vulnerable to poor outcomes from COVID-19, owing to limited healthcare infrastructure, long distances to advanced health care, and population characteristics (e.g., high tobacco use, hypertension, obesity, older age).

Challenges faced rural general practitioners during COVID 19 pandemic.

The pandemic changed the medical services and led to the additional patient load caused by COVID-19 threatens the ability of health systems to provide other essential health services, reverse progress towards the Sustainable Development Goals, many services were suspended.

NCD prevention and monitoring.

The WHO study² has highlighted the effect of the COVID-19 pandemic on NCD services globally. It revealed that three quarters of countries reported a considerable degree of disruption to NCD services – a finding that has been consistent across all regions and income groups. The disruption of services has been particularly problematic for those living with NCDs who need regular or long-term care.

Fifty-nine per cent (59%) of countries reported that access to outpatient services were restricted to some degree, including 4% reporting total closure. Thirty-eight per cent (38%) of countries reported that NCD outpatient services remained open with no restrictions on access.

Main causes of disruption to NCD-related services²:

- Closure of population-level screening programmes (46%)
- Government or public transport lockdowns hindering access to the health facilities for patients (43%)
- NCD related clinical staff deployed to provide COVID-19 relief (39%)
- Closure of outpatient disease specific consultation clinics (34%)
- Insufficient Personal Protective Equipment (PPE) available for health care providers to provide services (33%)
- Insufficient staff to provide services (32%)
- Closure of outpatient NCD services as per government directive (26%)
- Decrease in outpatient volume due to patients not presenting (25%)

- Inpatient services/hospital beds not available (25%)
- Unavailability/Stock out of essential medicines, medical diagnostics or other health products at health facilities (20%)
- Others (18%)

Mental health care

The COVID-19 pandemic and the resulting economic recession also have negatively affected many people's mental health and created new barriers for people already suffering from mental illness and substance use disorders.

During the pandemic, about 4 in 10 adults have reported symptoms of anxiety or depressive disorder. Many adults are reporting specific negative impacts on their mental health and well-being, such as difficulty sleeping (36%) or eating (32%), increases in alcohol consumption or substance use (12%), and worsening chronic conditions (12%), due to worry and stress over the coronavirus³.

As the pandemic wears on, isolation, income and job loss expose many people to experiencing situations linked to poor mental health outcomes - increased substance use due to coronavirus-related stress and suicide rates³. With the closure of schools, children and their parents are experiencing ongoing disruption and changes to their daily routines, led to decrease of emotional well-being and worsening mental health than prior, increase domestic and family violence rates.

Maternity and reproductive care

The shift in resources towards addressing the health emergency needs caused by COVID-19 pandemic entailed disruptions to key health services for women and girls, such as reproductive and sexual health services.

In general, across countries women were often unable to access reproductive care services, which increased mortality. Those who were suspected to be infected were denied or delayed care. The anecdotal evidence suggests that women and small children were affected because a lack of access to routine maternal and child health services, including pregnant women being denied access to clinics and having to resort to riskier homebirths. There are already estimations that indicate that COVID-19 may leave millions of women and girls cut on vital family planning services this year. There is for instance evidence of increases in both teenage pregnancy among out-of-school girls and maternal mortality due to lack of critical resources in similar crises. Pregnant women can be particularly vulnerable in this context. Pregnant women, even when they access services, may face particular risks. The female body undergoes major changes during pregnancy, which go in hand with changes in the immune system, and some diseases are particularly severe during pregnancy⁴.

Incipient research on the impacts of the COVID-19, however, indicates that there are fewer adverse effects for pregnant women in this case. In addition, there is no evidence that confirms vertical transmission from mother to child.

However there are still no clinical guidelines for providing reproductive care in pandemic.

A minimum package of these services should be maintained during pandemic, while virtual programs for adolescents can be considered.

Thus, the increased restrictions in possibility to obtain the help and medical care, to contact with medical personal increased the physical and mental health problems during pandemic.

Rural visit's features in setting of pandemic

General practitioners at rural settings face diagnostic and monitoring challenges that are difficult to overcome with limited access to diagnostic tools onsite and other barriers within the health system. Referrals to specialized facilities are constrained by deficiencies in the organization of health services and by barriers that impede the patients' travel to distant health

facilities.⁵

The alternative strategies like triaging and telemedicine have been adopted by many of the countries to address the disruptions, and continuity of medical services of NCD, mental health and screening have been ensured by including it in some of the countries in their list of essential health services.

Suggestions for technological innovations such as POC diagnostic tools, telehealth and m-health applications in rural help address part of the problem.

However, many rural inhabitants do not have adequate access to Internet and smartphones (69.3% of rural areas have access to high-speed broadband Internet, and 71% of rural residents own a smartphone), which affects telemedicine services that require Internet and/or a device ⁶ (integrating)

Even well-resourced patients often run into issues with wireless coverage, making video connection a persistent challenge under seemingly ideal circumstances.⁷

The older patients are often less familiar and therefore less comfortable with videobased technology. Cognitive and sensory impairments are also prevalent, and these barriers frustrate our ability to provide seamless care via video visit.

Finally, some patients of any age group may experience a significant amount of stress at the prospect of a telehealth visit. Many of these patients opt for a phone call or a home visit over pursuing telehealth when scheduling their appointments.

Furthermore, our ability to perform remote monitoring which may otherwise guide clinical decision making for medicare patients is limited. For example, blood pressure monitoring devices remains confined to a limited subset of the population.

Treating COVID-19 in Rural areas

Unfortunately, as this pandemic unfolds, we are forced to treat our patients with limited scientific evidence at best. Many clinicians on the frontline feel ethically obliged to provide treatment that could benefit a patient who is severely ill when the potential benefits outweigh the harms.⁸

The compassionate or off-label use of drugs does not necessarily stem from disregard or ignorance of the importance of RCTs. Thus, we must first acknowledge and study the critical barriers impacting access to clinical research.

Then, we can develop potentially sustainable solutions to overcome these barriers and make access to research more equitable. Additional efforts will be necessary to increase the proportion of rural residents and patients of lower socioeconomic status, traditionally underrepresented in clinical trials.

Funding.

Financing for materials and protection (PPE) were not prognosed by countries in health system budget. Thus frontline health care providers especially in rural low-resource environments had lack or problems with accessibility of PPE, PCR tests, use of certain drugs, equipment so on, and the situation remains not good especially in low-income countries. Nowadays the problem with vaccines accessibility remains.

The cost of IT services for PHC centers also is very high and must be reduced by using technologies specifically developed for use in smaller health care organizations.

Rural health care providers need to be fluent in IT systems they use, ensure that their IT system(s) are interoperable and strongly support all managers and clinical staff who need to monitor utilization trends and progress in meeting valuebased payment goals. For these goals' achievement the additional funding, some new knowledge and competencies of primary care givers in management, leadership, IT-technologies and team work in pandemic are needed.⁹

It is needed to address the lack of financial resources and multifunction responsibilities of rural managers as obstacles to

obtaining traditional management training. This may be the right time to strengthen relationships between rural health care delivery organizations and academic health care management education programs.

Professional and Continuing medical Education and clinical COVID19 guidelines for rural primary care doctors.

The limitations in knowledge's of doctors are caused the dearth of validated literature for COVID-19. The recommendations based upon scientific foundations from studies of disease processes, and scientifically sound and novel use of existing products, including de novo product development mostly in inpatient settings.¹⁰ The guidelines renew constantly and frequently. The problem with internet connection in rural territories and distance barriers limit the possibility to receive the information about the modern approaches in COVID19 management and comorbidity by rural primary care doctor in time. Moreover, we do not have the exact evidence based guidelines for the management and rehabilitation of patients with COVID-19 in primary and especially rural care. So the resources and accessibility to them in rural territories are the additional challenge.

The academic programs are always seeking experiential training opportunities (virtual and/or residential) for their students, and rural health care represents an attractive opportunity to make an impact.⁹

Advanced graduate students and faculty can create effective virtual and/or face-to-face management development programs for managers and clinical staff on specific topics of interest (eg, advances in health informatics, special topics in financial management such as standards-based cost accounting, and basic and advanced methods to assess quality and improve performance in rural health care organizations).

The result of implementing the above recommendations would be to further strengthen the capability of rural clinics executives, managers, and clinical leaders amidst a very turbulent health care environment.

If this effort is fully supported by national and regional hospital associations and funding agencies, rural health organizations can be more sustainable over the long term. Patients, clinicians and managers of rural health care delivery organizations deserve no less.

The using mobile technologies, rural primary care centers need to fully engage their patients and families to help them to manage their health better and improve health outcomes.

EURIPA COVID-19 study

European Rural and Isolated Practitioners Association (EURIPA) research group with national coordinators from 16 countries headed by Dr. Ferdinando Petrazzuoli (Italy) conducted a survey with the aim to find out more about the effects of the Covid-19 pandemic on patient consultation, how telemedicine has been adopted in primary healthcare, what are the most popular ways of teleconsultation and how much these new ways of consultation are appreciated by doctors and patients in different European Countries. The steering committee of this project, called "EURIPA Covid 19 study", developed a semi-structured questionnaire with 68 multiple choice questions.

General Practitioners from 16 European countries agreed to participate in this survey.

The analysis of survey results allowed to formulate the main key messages:

- Teleconsultation can solve the main concern of reducing the level of contact among people to prevent cross-contamination.
- There are differences between countries on the level of adoption of remote consultation.

- Rules and regulations may have an effect on the adoption of teleconsultation.
- IT issues and digital divide are still a major concern in many countries.
- On average, teleconsultations are well appreciated by both health care personnel and patients.
- Seniority is inversely related to the adoption of video-consultation as a reliable alternative to traditional ways of consultation.
- Both PCP and patients have rapidly adapted to this alternative to face-to-face consultation, although most of them prefer the most traditional way of remote consultation, that is telephone consultations.
- The less senior GPs are more prone to more sophisticated ways of remote consultations so it is likely that in the next future video consultation will become more successful.
- Digital divide is still a major concern and, apart from a few exceptions, Internet issues were claimed by the majority of the respondents both in urban and rural settings.
- Legal, ethical and regulatory issues should be addressed by health authorities for an effective teleconsultation implementation.
- There is a need for short and clear instructions not only for remote consultations during a pandemic but in daily practice

Conclusions

Rural areas are at higher risk of serious complications from this pandemic. The slow progression provides additional time and an opportunity for rural areas to learn from the experiences in urban areas that were affected the hardest by the virus and to prepare to allocate resources and manage their own experiences accordingly.

Health care leaders and policymakers should leverage the delay in the forecasted surge of cases in rural areas and be proactive to develop prevention strategies and response plans to manage and control the spread of COVID-19 to vulnerable rural populations and to ensure the safety of rural communities, emphasising attention and enhancing the funding to primary rural care.11-13

Also the next recommended actions need to be mentioned in the strategies:

1. Urgent control further transmission of COVID-19 for control of pandemic, including vaccination
2. Protect and maintain delivery of socially important diseases' control and other essential health services to achieve and maintain universal health coverage
3. Increase the provision of primary care by accessible equipment, protection, decision making recommendations, establishing improved infrastructure that facilitates consistent and uninterrupted teleconferencing encounters for rural populations.
4. Increase the investing in education, researches, broadband Internet, working on equitable access to telehealth equipment, and improved security features in available videoconferencing applications in primary care.
5. Along with provision of user-friendly technology, telemental health training programs and widespread guidelines need to be established to help primary care providers incorporate best practices for all patients.
6. Strengthen national and global pandemic preparedness and aim for healthy societies for the future.

References

1. Why Coronavirus Could Hit Rural Areas Harder [press release] Syracuse University: Lerner Center for Public Health Promotion 2020.
2. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable

disease resources and services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

3. The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use. Nirmita Panchal, Rabah Kamal, Cynthia Cox, Rachel Garfield - Feb 10, 2021 - <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/>

4. Gender dimension of the COVID 19 pandemic - World Bank Group Policy Notes 2020 - <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/33622>

5. Diagnostics barriers and innovations in rural areas: insights from junior medical doctors on the frontlines of rural care in Peru/Cynthia Fiorella Anticon Huaynate, Monica Jehnny Pajuelo Travezaño, Malena Correa, Holger Mayta Malpartida, Richard Oberhelman, Laura L Murphy & Valerie A Paz-Soldan // BMC Health Services Research volume 15, Article number: 454 (2015)

6. Yih-Ing Hser, Larissa J. Mooney. Integrating Telemedicine for Medication Treatment for Opioid Use Disorder in Rural Primary Care: Beyond the COVID Pandemic. The Journal of Rural Health 37 (2021) 246-248

7. Telemedicine Services During COVID-19: Considerations for Medically Underserved Populations Tasha Woodall, PharmD;1,2 Melinda Ramage, MSN;3 John T. LaBruyere, PA-C;1 William McLean, MD;1 & Casey R. Tak, PhD 4,5 The Journal of Rural Health 37 (2021) 231-234

8. Treating COVID-19 in Rural America. Dima Dandachi, Rebecca Reece, Elizabeth W. Wang, Taylor Nelson, Christian Rojas-Moreno, D. Matthew Shoemaker // The Journal of Rural Health 37 (2021) 205-206_c 2020 National Rural Health Association

9. Rural Health Care Delivery Organizations and COVID-19: Major Challenges and Implications for Health Care Management Education and Training// Steven Howard, PhD ;1 Michael Counte, PhD;1 James Mikes, ScD;1 Landon Dybdal, MHA;2 & Jacob Linomaz, MHA(c)1 The Journal of Rural Health 37 (2021) 249-251

10. Guidance for Healthcare Providers Managing COVID-19 in Rural and Underserved Areas Sunil Sharma1 & James Cain2 & Ankit Sakhuja3 & Gregory Schaefer4 & Troy Krupica5 & Arif Sarwari6// Journal of Racial and Ethnic Health Disparities <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00820-9/>, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7351538/pdf/40615_2020_Article_820.pdf

11. Deaths From COVID-19 in Rural, Micropolitan, and Metropolitan Areas: A County-Level Comparison/ Saleema A. Karim, PhD & Hsueh-Fen Chen, PhD// The Journal of Rural Health 37 (2021) 124-132

12. Policy Brief: COVID-19 and Universal Health Coverage UNITED NATIONS POLICY BRIEF: COVID-19 AND UNIVERSAL HEALTH COVERAGE. - OCTOBER 2020 . - 23 p

13. World Health Organization (WHO), "Universal health coverage (UHC)", 24 January 2019, available at [www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).

Invited Speaker / Review

Speciality Training in Family Medicine/General Practice during COVID-19 Pandemic

Nele Michels¹

1. University of Antwerp

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

The health care system and its patients deserve a strong primary care (PC) workforce. This requires a well-trained General Practice/Family Medicine (GP/FM) workforce, as one of the actors in the PC. The current corona pandemic is weighing heavily on this workforce, especially on general practitioners (GPs). There are a lot of challenges to be faced. On the other hand, this also creates opportunities.

To bring GP/FM to the highest level, a good postgraduate or specialized training (ST) for GP/FM is needed. Recently, EURACT, as the European Academy for Teaching in GP/FM, has written educational guidelines as inspiration and guidance for European and other countries(1). These guidelines deal with the educational requirements for trainees, trainers and for training institutions. They are based on the European definition of GP/FM and on the well-known WONCA tree. Much attention is paid to some general principles such as the learning perspective, practice in interaction, safe learning environments, protected study time and seeing the physician and trainee as a person. Specialty training takes place both on-the-job, the workplace itself, and off-the-job. The workplace can be a general practice or a hospital ward. Off-the-job means some additional courses, classes, peer review groups that are organized based on learning needs and learning plans, usually at the GP/FM (academic) institutions.

What is the challenge of this COVID-19 pandemic? In other words, how is ST, in the workplace and at institutions currently organized? In the very beginning, in many countries, campuses were closed and patients were no longer allowed to come to the GP's office. Very soon, new ways of teaching, assessing and working in GP/FM were sought. One can think of online webinars, workshops, case-based exams and, in GP practice, teleconsultation. Institutions, learners, teachers and trainers had to work closely together to meet all the challenges. This involved a lot of creativity and flexibility, efficiency in using online tools and opportunities to scrutinize our curricula. On the other hand, it was clear that face to face interactions and real connection with each other were missed. In conversations, especially with patients, the power of nonverbal communication became apparent. At the workplace, there were big differences between practices with a lot of work and practices with no work. It was not always clear whether doctors and trainees could work under safe conditions and whether the required (learning) outcomes could be achieved. Moreover, there appeared to be a great need for psychological support.

Currently, EURACT is conducting a large-scale key informant survey questioning GP/FM trainers about changes in GP/FM training in European countries(2). Twenty-five countries have participated and some interesting results have already emerged for ST. Workplace learning is clearly limited and both trainees and trainers are often transferred to take on other tasks. This calls into question the competence development of trainees, also because there is a shortage of "normal" patients and regular care. Most training is organized online, although trainers

do not feel sufficiently competent to develop these new courses and complain about lack of time. Small-group or individual education is very limited; this includes training with simulated patients, mentoring sessions, and skills labs training. Exams have to be organized in different ways and 1/5th of the teachers answered that exams were postponed or cancelled. Teachers confirm the benefits of introducing online education, although technical support and collaboration between colleagues and other institutions could be strengthened. They see trainees are taking more responsibility for their learning processes and are learning how to deal with exceptional situations. It is clear that future curricula should offer courses on pandemic epidemiology and the use of personal protective equipment (PPE), and work more closely with public health.

In Belgium, an online survey was recently conducted among GP/FM trainees and trainers focusing on their education, clinical practice or workplace learning, and well-being(3). Regarding education, the results show that trainees miss peer support. They mention the positives of new learning opportunities such as teleconsulting and organizational skills, although they realize that the overrepresentation of COVID-19 care in their work combined with the additional amount of administrative work compromises many other learning opportunities. In addition, they feel insecure and are afraid of missing diagnoses. The well-being of trainees and trainers is compromised: their work is very intensive, they feel burdened and affected by the content of the work, which affects job satisfaction.

In conclusion, it is clear that there are and will be many challenges. Education must be better prepared for a pandemic or other extreme situations. The importance of alternative or blended forms of learning and assessment is clear. In all situations, people need to stay in touch with peers and with teachers or trainers. Attention should be paid to overload due to administration, lack of time, lack of skills, and the feeling of being overburdened. Trainees should be encouraged to take responsibility for learning processes. Finally, much attention must be paid to job satisfaction and well-being.

But no challenges without opportunities. Learning new competencies should be encouraged and supported; think pandemic-related competencies, organizational skills and teleconsulting. Our toolbox for learning and evaluation is growing, encouraging the development of even more new tools and creative thinking. In addition, curricula can be revised to prepare our new young physicians for a new future. Networks and collaborations are already in place and need to be broadened. All trainees and trainers should feel that they are supported and carried. This should lead to the empowerment of trainees, but also of trainers who take control of their own growth. It is also clear that collaboration with public health and secondary care must also continue in training situations. Finally, the power of a strong learning environment where people have caring networks, where vulnerability can be shown and where humanity is central is confirmed.

Despite this crisis, at the end of it all, insights will have been gained and the entire education system will learn from the necessary changes. Moreover, it will draw attention to good practices and enable European countries to support each other. We must believe in these new opportunities so that our current educational practices can improve, our GP/FM workforce becomes stronger and patients get the good practices they deserve.

References

1. Michels NRM, Maagaard R, Buchanan J, Scherpbier N. Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees,

trainers and training institutions. Education for primary care : an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors. 2018;29(6):322-6.

2. Michels NRM, Scherpbier N, Karppinen H, Buchanan J, Windak A. Do you know how COVID-19 is changing general practice/family medicine education? Education for primary care : an official publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors. 2020;31(3):196-7.

3. Coenen L, Vanden Poel L, Schoenmakers B, Van Renterghem A, Gielis G, Remmen R, et al. The impact of COVID-19 on the well-being, education and clinical practice of General Practice trainees and trainers: a national cross-sectional study. Submitted. 2021.

Invited Speaker / Review

Violence against health professionals

Gazmend Bojaj¹

1. Heimerer College

2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

My Colleagues, thank you, it's my pleasure to be with you today to be with my friends. I work in principle family medicine center more than 16 years I have good experience like a clinical doctor and I am family medicine specialist more than 10 years and in my work I am head of Department of Family Medicine. I am professor or lecturer more than five years in Heimerer College in Pristina, in Kosovo. This is Brett Private College German and cost of our college. I am there more than five years and my presentation for today is violence against health professionals. I want to talk about this violence over the world and I want to talk something about this violence in my country Kosovo. So I want to say something 'cause It's the same like in Turkey. We have more than 30.100 people who have violence in this in this year or in 2020. Preventing workplace violence in healthcare today I want to have learning objective. What is workplace violence? Who is affected? Who gets hurt from this violence? Risk factors. Who are risk factors for this violence in in our workplace prevention and deescalation recognized learning sites? What employers can do about this? What others are doing? And violence is not part of the job, but it's something who came how to say accurate and current situation? And we can do nothing about this violence. But we can learn after this violence. What is workplace violence? It's a range of hostile behavioral in the workplace. No where we can have verbal abuse, intimidation, harassment, or threatening behavioral. When this is, let's go every every time it goes with the spoken right on our physical. We have working around people who try to insult or to intimidate you. Being exposed to hostile behavioral that get in the way of your ability to do your job. And it's very bad when we have this in verbal station or abuse or harassment or bullying it's bad, but it's very, very worst when we have death from this workplace violence. It's very important because the workplace violence we can take it in the form of psychological intimidation and making statements that are false. But the malicious mean or insulting name calling and rude, disrespectful. This is very important when we want to do something in our workplace. And maybe then it's lying to hurt someone's reputation and something else. What is workplace violence? By physical intimidation is physically holding someone back, blocking movement than impending getting in their way on purpose we have tapping, cornering, an following about this and we have repeated one called touching about all this with violence. Obviously, workplace violence in assault it's intentionally causing physical injury or pain or distress when we hitting somebody, or when we slapping, punching on, pushing, showing on, poking or kicking every area. Everything from that may include use of weapons or some furniture or something else every time we have these problems and the risk from all these workplace violence. It's the big problem. It's a serious concern for 15 millions health care workers in the United States of America from 2013, 153000 workers reported as sold in health care facilities. In my country from 2013 to 2020 we have more than 500 workers who reported as sold in health care facilities, and 25000 of these cases were severe enough to result in missed days of work.

More than %12 from 2011 psychiatric. I just have the highest rates of missed days of work die to workplace violence injuries. Workplace violence underreported lease numbers may actually be higher because it's not sure if we have every time evidence based about all these problems, but the health care workers face significant risk of job at violence, every day, every time and in every minutes. Who is affected from this violence? About 2,000,000 American workers are victims of violence every year and can affect anyone. Some people are more at risk, but working alone or in small groups, working late at night or in the early morning, working in high crime area. Lots of contact with the public, we know that most of principle family centers in my country work 24 hours a day and the doctors and the nursing way worked for 24 hours and working with long hours we can wait every time the violence from other persons or from other patients by our workers. Who is at greater risk? It's social services workers. They are behavioral health workers, frontline health care workers, nurses and aides, medical professionals and of course in the first line it's their doctors or the family medicine doctors. Those who care for patient can be at risk during communication with a family or evaluation patients and when we make a history for the patient, we have emotional or psychiatric patient we can take this physical violence by the patient mealtimes or visiting hours or patient transport, patient care wound care or in bathing. We have every time and in all this time so we can take it this violence from the patient. Where violence happens? In the most times or the risk factors from the violence come in waiting rooms when we are waiting or when we want to eat something or we want to rest in these rooms and then in emergency rooms when in the emergency rooms come most of the patient from the urgent care. And they come with a family and they want to finish, how to say, to finish the patient for five minutes or for ten minutes and it's very danger. When you are in this situation and then her own family members you know in my country for example, the people come with a patient, maybe 2-3 or five people and you are maybe alone with two nurses and it's very danger. Well, and this is the most we have to say that important place where the violence happens. Then it's Alzheimer's units, drug treatment or group homes on whenever working around alcohol or illegal drugs. We have other areas, for example poorly lit areas, stairs, parking lots, no buddy or check system, no security or alarm system, poor communication, isolated workplace, workplace exposed to crowded public area and we have other places. Who causes violence? Anyone in every time because we want to think every time, it's patients. But it's not just patients. Because most of this violence occurs by the family patients or by the friends. But it's people you have worked with with them. I know one case in my country in Kosovo when one doctor it said the oral professional. It's a stomach full of doctors who make violence against one nursing. And it's how to say we can causes this violence from anyone and then from random stranger violence can happen to anyone regardless of age, race, ethnicity, religion or geography, ability, job title or sexual orientation, it's we can these causes violence from anyone. What makes people violent? Sometimes people who experienced wrong mark or whether emotional or physical act, out in an uncontrolled ways when they feel triggered by situations that remind them of hard times. Or they get traumatized by feeling sick, vulnerable, afraid, terrified or alone helpless, grief, anger, rage, despair or physical pain and from all this they have, it have to say this experience trauma and they makes people violent. What makes people violent? It's emotional. It's frustration or trauma, mental or emotional illness, or some people act with violence in order to control or dominate a situation. Escalating behavioral from the violence threats we can have it. Physical attack, sexual abuse, domestic or violence.

In the end, the murder. But disruptive It's verbal or written and threatening or obscene phone calls. Not respecting boundaries, being followed, stalked or shouting, slamming doors, throwing things, damaging property. And from frustration we can make impatience change in tone of voice and body language or impression remarks or offensive language. How deescalation tips when we can do that, we show account, for example caring attitude, try to acknowledge what the person is saying and feeling that access each situation for safety and stay alert. But sometimes we do not that and we do not match the attitude of someone who is angry or frustrated and do not isolate yourself. Do not let yourself get penned and do not lose a clear pathway to escape. How to interpreting behavior? People express themselves in many different ways. Get training or cultural differences. They uncomfortable with someone's behavioral exam to behave differently. You are taking really fast and I am having a hard time understanding you. Could you please slow down? Difference it's not danger, but it's very important how we talking with a patient how we talking with the family from this patient and it's if we can interpreting this behavioral then maybe we can not make all this violence have to prevent it's it's very important personal boundary respect personal space, keep about half to three feet of space between you and other people. Do not touch the person or their belonging, especially if someone is upset or angry. Because every time we can do something. I have to say it better if we are not in this position. Recognize upset or frustrated behavioral change in the person's tone of voice changing the person body language, impatient behavioral, and change in how you feel when talking to them. This is like a note. Just because someone is displaying this action does not necessarily mean they will become violent. Well, deescalation technique when someone is frustrated the least and with respect. Speak with a soft voice or re-state, what the person said so they know you heard them. Try to help them if you can. If you cannot help them, give them other options to find what they need. Apologize them if necessary, tell people what to accept, and be honest. It's very important in family medicine because we are the first line of family medicine and the most violence against health professionals comes in our work and this is very important when we are not trusted. We are set limits on their behavioral and it's not necessary to short, I hear you these concern. That's also just pay attention to your voice tone and volume your energy. Use open body language. Don't cross arms legs, relax. Take a deep breath or calm yourself down. Try not to take their emotion or problems personally in your war, but you must know every time and I have to say every minutes that that we are their doctors and we are their family doctors and the patients are the most times are frustrated and we must do to be off to say. Soft people with this patient recognize disruptive behavioral rude language yelling, shouting, pointing and jabbing fingers, pounding fists may come closer to you than you are comfortable with them. However, this behavior is inappropriate and disruptive. Deescalation technique we have many techniques from this deescalation technique. When someone is disruptive, keep yourself calm take a deep breath, choose your words carefully. Give clear instruction set respectful, firm boundaries and if you can't lower your voice, you will have to come back at another time then you can speak more calmly. Please control yourself and sit down. Otherwise I will have to call the security and we can do the best. Or for example, please do not use profanity or curse. Please speak more quietly. If you continue to interrupt me, I will not be able to help you. Please sit down. Make sure you have a direct escape route to safety in case things get out of the escalation signal for help if you feel. Uncomfortable or threatened. It's very important. Recognize threatening behavior: It's very important because the person

fellows talk phones or emails you inappropriate ways you feel scared because of what they say, how they behind, where you are afraid for your physical safety. Being threatened with any kind of harm remains or open or violent. You might feel angry in response of this. Recognize when someone might become violent. Loss of emotional control. We can do that with body language, throwing things., invasion of personal space, inappropriate touch, shoving, pushing, weapons and history of violent behavior. And it's very important if we are reporting and documentation all this violence against health professionals report all incidents of in appreciated, touch, workplace violence or intimidation. Keep a record of everything you report if it is possible. If we have in this place camera or if we have not camera, we have our smartphone or somebody can record that prevent the same thing from the happening to someone else. In which situation is safer for the nurse? When in a room with a patient, place yourself so that you can easily escape when is possible. For example, near the door you can go away when the patient is frustrating or the visitors it's if anytime patient or visit or behavioral begins to escalate. Make sure you have a clear exit plan to go outside. Clothing safety, keep it simple. Do not let your clothing or accessories get used against you. Zero tolerance for the inappropriate touch, zero tolerance for threats of violence of any kind of this situation. It's we must do thinking about about zero tolerance for for this situation. Staying safe, your safety is your top priority. Their documents report any behavioral that is in appreciated that is threatening or intimidating or violent keep copies of anything, everything you can report after violence. How to stay safe, learn from close calls, came close, just missed you, dangerous but you escaped harm. Take close calls seriously, management should investigate and analyze all these close calls and what you learn will help keep other workers safe. Your safety comes first. What can your employer do? Make it clear to all employees, visitors or patients that the facility has a zero tolerance policy for workplace violence or for violence against health professionals. We every time we can thinking about this zero tolerance of workplace violence. What can your employer do? My employer can do create incident reporting system; threats, intimidation or harassment inappropriate touch, violence or close calls and create incident investigation team. Because this is very important in our centers because it's for example in my country there one family medicine center. It's not a bigger. We have maybe 136 workers. And we must to have this incident investigation team because they can explore all about this violence. What can your employer do? Can write violence prevention policy, write effective violence prevention, can make procedures, can including zero tolerance policy, can provide violence prevention training for all employees, set up a violence prevention commitment, and other things. How can do violence prevention committee? Committee can include with the patient contact or workers direct, can investigate incidents and close calls, can include supervisors, can include union members or reps. Meet regularly and can review policy and procedures to make sure they work. Violence Prevention Committee can make recommendation based on incident, investigations and facility walk-throughs. Every time we can have it in our working place alarms and signal systems, we must do have it. The security devices, cameras, additional security staff and better or more lighting because. We can investigate all this violence against our workers later. Violence Prevention Committee recommendation from this committee can enclosed reception area, can emergency response plans, about this violence and safe shelter in place clear exit pathways. No one works alone can make buddy system security escorts if needed. Restricted area access so public cannot reach workers without an escort. Can

make ID badges who is very important to know who work there or who not work there. Maybe it was very long but it was something very important for our doctors or for our family medicine doctors. Thank you very much.

Medical Informatics in Primary Health Care in Kosovo

Aim: The relationship between the patient and the healthcare providers in primary health care through medical informatics provides us with easier access to the delivery of health services.

Method: Introducing the delivery of health services through the digital system is done quickly and in a timely manner. Also the benefits gained from this access are numerous such as: Access, Availability, Transfer and Retrieval, Better organization by imposing structure, Automated checks on data entry. This is achieved through quality improvement within primary health care, images, image management, medical errors, card technologies, frequent use of computers.

Results: From the perspective of patients there is a rise in the level of services after using medical informatics in primary health care, services are faster, easier access, patient data is stored in databases, we have 24 hour uninterrupted access, multimedia, promotion online health, social media communication.

Conclusions: Focus on diagnosis and therapy rather than on facts

Encourage experimentation and exploration

Greater scope-see outpatient cases

Prototypic cases that are not complex

Include rare cases

Better measure of competency than multiple choice test

Follow course of patient over time

Can experiment without danger to patient

Uses physiologic models, production rules, ...

As a response to Covid-19 in Kosovo: A Case Study of Klina

Aim: Since the rapid increase in infections of Covid-19, a variety of measures have been taken across different countries to try and control the pandemic, while maximising freedom of movement. A number of case studies have been published outlining the approaches taken to control the pandemic,[1-4] an example of which is management of patients with co-morbidities such as cancer,[5] or case studies tracking the spread of the virus or the implementation of measures such as a Virtual Intensive Care unit.[6]

Method: We compared the number of tests, cases and mortalities for Covid-19 in Klina.. In addition to this, certain dates between the beginning of the pandemic and the time of writing , will be taken as inflection points, to assess how the difference in measures affected key outcomes of testing, cases and deaths

Results: The first case in Klina, which was also the first case in Kosovo was reported on the 13th of March. This was followed immediately by placing the municipality under quarantine the following day. Measures to protect the QKMF staff were also taken, for example exempting those over 60 years old from work.

Similar to many institutions of all kinds, the QKMF required every patient to wear a mask, have their temperature measured, and disinfect their hands, before entry into the premises.

Conclusions: Quarantine in the early stages of the population

- Self-isolation of suspects for 14 days
- Providing home health services for these patients
- Genuine triage in QKMF
- Putting masks on each patient
- Daily awareness on local radio for compliance with the measures
- Following the recommendations of the MoH and NIPH
- Daily contacts with NIPH, Infectious Diseases Clinic in

Prishtina and IPH in Peja.

- Treatment of patients by the Infectious Diseases Specialist and Family Medicine specialists
- Special rooms for Covid 19 patients

Invited Speaker / Review

Violence against womenRaquel Gomez Bravo¹

1. Faculty of Humanities, Education and Social Sciences
 2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail:
 dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

Thank you Prof Topsever for your kind words and for giving me the floor. And thank you Prof. Dr. Caylan for the invitation to take part in the 10th international Family Medicine Conference on behalf of the Scientific Committee.

Dear colleagues,

It is a pleasure for me to be here today speaking about a very important topic that concerns us all. Although, I must say, I would have loved to meet you physically, it is still not possible. But thanks to technology, we can still meet virtually and learn from each other. Before we start, I would like to disclose my conflict of interest.

I am a medical doctor, specialist in family and community medicine, master in emergency medicine. I am doctoral researcher at the University of Luxembourg, focused on domestic violence and medical education. I'm a member of the Scientific Society of Family doctors here in Luxembourg and in my other home country, Spain and last, I am a member of the Executive of the Special Interest Group on Family Violence of WONCA, the world organization of family doctors, where I have been working on this topic for more than 10 years. Saying that, I would like to start with an image, because a picture is worth a thousand words.

It was about 1 year ago that we were encourage to stay at home. I am sure you remember very well. April 2020, 90 countries in lockdown, 4 billion people sheltering at home from the global contagion. It was a protective measure, yes, but this protective measure brought another deadly danger. That's the truth. Sadly, we are living more than 1 pandemic. Violence against women during COVID19 has been called the shadow pandemic.

Even before COVID, violence against women was already one of the greatest human rights violations.

7 years ago, Margaret Chan, WHO General Director at that time, called it, "a global health problem of epidemic proportions."

You know very well the numbers: 1 in 3 women experienced physical or sexual violence mostly by an intimate partner in their lifetime.

It's the most prevalent form of violence. That has been defined by The United Nations as "any act of gender-based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual, or mental harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or in private life."

But, like WHO chief, Tedros Adhanom Ghebreyesus said: "unlike COVID-19, violence against women cannot be stopped with a vaccine"

243 million women and girls (from 15-49 years) across the world have been subjected to sexual or physical violence by an intimate partner in the previous 12 months. This is a huge number! And this number is likely to grow as the pandemic continues, with tremendous consequences.

Data available on the COVID-19 pandemic indicates that the

number of cases of Family Violence are escalating. We know people have been encouraged or required to stay home, disrupting their social protection networks and increasing stress, fostering the tension and strain created by security, health, and money worries. One of the lessons that we have learnt already from previous pandemics is that the length of quarantine and social isolation increases the risk for serious psychological consequences (i.e., stress, anger, frustration, depression, post-traumatic stress disorders, etc.). For women with violent partners, this means, that isolation has been increasing, separating them from the people and resources that can best help them.

It's a perfect storm for controlling, violent behaviour behind closed doors. And in parallel, domestic violence shelters are reaching their capacity, centres are reused for additional COVID-response and health systems are stretching to breaking point. Short and long term consequences of VAWG are devastating and can negatively affect women's physical, mental, sexual, and reproductive health. It is associated with increased risk of injuries, depression, anxiety disorders, unplanned pregnancies, sexually transmitted infections, HIV and many other health problems. But also has an impact on those witnessing violence. For example, Children who grow up in families where there is violence may suffer a range of behavioural and emotional disturbances. These can lead to mental and development problems and also be associated with perpetrating or experiencing violence later in life.

In more than 90% of cases, victims don't come to our consultations with an explicit demand, the symptoms that they present are vague or unexplainable: headaches, back pain, abdominal pain and gastrointestinal disorders.

These are some of the clinical presentations that we can relate...and I am sure you can recognize many of these complaints in your daily practice. Findings from the last Cochrane review and meta-analysis, as well as WHO guidelines - recommend us to do case finding, that is, asking about abuse whenever there are red flags. Universal screening is recommended only in specific settings - such a routine care of pregnant women, mental health. This more vulnerable situations. We have to be trained to do both recognize the RED FLAGS, considering violence as a differential diagnosis and ask about it, when we suspect it. WHO recommends that all health care professionals should be appropriately trained on asking about violence and responding when it is present.

And here it comes the other huge problem: the lack of training. Unfortunately, we only see the top of the iceberg, which often are the most severe cases and represent only a very small part of the problem, compared with the majority of cases that remain unseen, unrecognised, undisclosed, or unreported. VAWG can happen anytime, anywhere, to anybody- regardless of culture, religion or economic status. Gender inequality including harmful gender norms are key drivers of violence against women. And we, doctors, have a huge role to play. As we are speaking about another pandemic, we have to be ready to face it and to provide 1st line support.

VAW can take many forms verbal, physical, psychological, sexual, economical, institutional among others. Including the new forms facilitated by technologies: such as cyberstalking, sexting and revenge porn. None of these are exclusive, they may overlap each other. For example, domestic violence is generally accompanied by emotional abuse and/or sexual violence. Pandemics like this, can exacerbate both, not only violence within the home, but other forms of violence against women and girls, in the community and society. Violence against female healthcare workers, migrants or domestic workers increases. Xenophobia, harassment and other forms of

violence in public spaces and online is more prevalent, as it is also the risk of sexual exploitation and abuse.

Some groups of women, including human rights defenders, women in politics, journalists, bloggers, women belonging to ethnic minorities, indigenous women, lesbian, bisexual and transgender women, and women with disabilities are particularly targeted by ICT-facilitated violence.

Current reports on VAWG cases underestimate the real number of the cases and magnitude of the problem. We find also the iceberg within the pandemic. We know from existing data and evidence that the great majority of women survivors of violence do not report to police, helplines or other service providers. The pandemic and its circumstances make it even harder for women to report or to seek help.

Before COVID, available data show that less than 40% of the women who experience violence seek any kind of help. And among those who seek help, they will most look to family and friends. Less than 10% of those women seeking help seek help from the police. And only 4% of the victims report spontaneously to health care professionals. Statistics show that abused women use healthcare services more than non-abused women, and they also identify healthcare providers as the professionals that they would trust the most when disclosing the abuse, but they won't do it unless we specifically ask for it.

As mentioned, VAWG is likely to worsen in the context of COVID-19. Emerging data shows that since the outbreak, reports of violence against women, particularly domestic violence, have increased in several countries and also the demand for emergency shelter. For example, in France, cases of domestic violence have increased by 30% since the lockdown on March. Also telephone calls to helplines and professional services have increased in several countries. For example, 30% in Cyprus, 33% in Singapore or 25% in Argentina and UK. In Spain, there was more than a 47% surge in the number of calls to a helpline during the first half of April, compared with the same period of the previous year.

In Australia, a Women's Safety survey reveals that 40% of frontline workers have reported increased requests for help by survivors, and 70% have reported that the cases received have increased in their level of complexity during the COVID-19 outbreak. As it was happening in previous pandemics (such as the Ebola pandemic): multiple forms of violence are exacerbated within these crisis contexts, including trafficking, child marriage, and sexual exploitation and abuse.

It is the same that happens during conflicts and disasters, violence against women, children and vulnerable people tends to increase, and this is not always reflected in the data collected in real time, also because we face low rates of disclosure and reporting. Such developments have been reported in the Philippines after the volcanic eruption in 1991, or in 1998 after Hurricane Mitch in Nicaragua, and in several refugee camps worldwide.

The measures that have been taken to fight COVID-19 around the globe may have also transformed victim's homes into traps where their life and physical integrity may be endangered.

Services are being compromised or disrupted with the burden and preoccupation of handling COVID-19 cases. In many other cases, the request for help has decreased because of the restriction of movements or limited access to quality essential services or changes in the administration.

On the other hand, other countries have reported a reduction in the number of abuse survivors seeking services due to a combination of lockdown measures and limited resources. Some victims appear to be refusing to go to health services for fear of COVID infection. For example, a domestic violence helpline in Italy reported that received 55 % fewer calls in the

first two weeks in March because many women found it difficult to ask for help during the lockdown. Which is a very worrying sign, because implies that those without recourses, will not be able to access help to cope or escape situations of violence. In the case of technologies, on-line violence against women is also increasing in different ways:

As a form of discrimination, in some countries, women and girls may not have access to a mobile phone, computer, or internet to access services or be able to safely use these at home as they may be closely monitored by the perpetrator and other family members.

In other cases, the use of online platforms has increased exponentially because of the pandemic and moving restrictions. Which has been used by some as an opportunity to groom young people into exploitative situations.

According to Europol, online activity by those seeking child abuse material is increasing. Millions of women and girls are using videoconferences frequently, to work and study. And different forms of on-line violence are on the rise including stalking, bullying, sexual harassment, and sex trolling.

As we have already seen in the Philippines and India, women's fear and experience of sexual violence and other forms of violence in public spaces is also likely to escalate, with empty streets and transports, except for those who are performing essential services. And let's not forget that 70% of the healthcare professionals at the frontline are also women. There have been increased reports of both physical and verbal attacks on healthcare workers in China, Italy and Singapore but Prof. Bojaj will speak about it afterwards.

The global cost of violence against women had previously been estimated at approximately USD 1.5 trillion, 2 % of the GDP (global gross domestic product). This figure can only be rising as violence increases now, and continues in the aftermath of the pandemic. Experience from the Ebola and Zika outbreaks shows that epidemics exacerbate existing inequalities, placing the most vulnerable groups of women at an even higher risk of violence.

A loss of income or unemployment for women in abusive situations will make it even harder for them to escape. And remember, for most women, it takes between five to ten years from the start of the abuse before they reach out for help.

What can we do as health care professionals? To provide 1st line support responding to emotional and practical needs at the same time. This acronym, LIVES, will remind you the 5 tasks that are necessary

LISTEN: Listen closely, with empathy, and without judging. Giving time, Allowing silences. If the victim cries, give her time to recover. Encourage her to continue talking if she wishes, but do not force her to talk. ("Do you want to say more about that?")

Learn to listen with your

- Eyes – giving her your undivided attention

- Ears – truly hearing her concerns

- Heart – with caring and respect

INQUIRE ABOUT NEEDS AND CONCERNS: Assess and respond to her various needs and concerns—emotional, physical, social and practical (e.g. childcare), exploring what are her options. Respect her wishes

VALIDATE: Show that you understand and believe her. Validate her concerns and experiences. Assure her that she is not to blame.

ENHANCE SAFETY: Discuss a plan to protect herself from further harm if violence occurs again.

SUPPORT: Provide information, helping her connect to different services and social support. First-line support may be the most important care that we can provide, and it may be all that our patient needs. Because When we help her deal with her

practical needs, it helps with her emotional needs. And when you help with her emotional needs, you strengthen her ability to deal with practical needs. Empowering her to feel able to help herself and to ask for help.

For lots of health care professionals this support might be even more challenging with teleconsultation. And I can highly recommend you the webinar on Family Violence during COVID-19 that our special interest group produced last May, where you can find very practical role play of a telephone consultation for a follow up.

Although it is a complex health care problem that requires a multidisciplinary approach, it can be also summarize in 3 simple steps in our consultation, we are in a unique position to offer not only continuity of care, but also a safe and confidential environment to facilitate disclosure, offer appropriate first-line support, medical treatment if needed, and referral, respecting women's decision.

The pandemic has forced many countries to respond with unprecedented measures, that have an important socio-psychological and economic impact.

Among the consequences, this is a devastating one and we have to include it, the risk of family violence. It should be the commitment of governments and policymakers: to adopt also special and urgent measures, to prioritize support for victims, allocate resources, including essential services to address family violence during COVID-19, that should remain accessible despite physical distancing.

Aggressive campaigns are necessary to raise awareness of family violence at all levels, involving everyone: governments, stakeholders, healthcare professionals and the general public.

The message must be clear: "violence against women and girls is a violation of human rights, no matter when, where, or how it takes place." Any form of it is unacceptable and the increased risk of violence during COVID-19 cannot be ignored.

Thank you so much for your attention!

Invited Speaker / Review

Working as a GP during COVID in Germany

Thomas Frese¹

1. Martin Luther University Halle-Wittenberg
2. Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Review:

In Normal Conditions

Privately run practices

- 1 GP, 2-3 nurses / secretaries per practice.
- 30-40 patients seen per day.
- Private pharmacists, nursing care providers, nursing homes
- No close contact to public health service

Abnormal Conditions (March 2020)

Single hotspots (due to travelling) ----> whole Germany

- Lack of information
- Lack of protective gear
- High uncertainty

Early Measurements (February / March 2020)

- Ordering protective gear or find alternatives.
- Find ways to re-use protective-gear.
- Installing barriers in the practice to keep distance.
- Recruiting separate rooms to see possible COVID patients.
- Gathering first informations regarding treatment etc.
- Taking patients from other practices.

CIMIC:

- Keep situations at hospitals under control?
- How to enhance treatment capacity in hospitals?
- How to protect vulnerable groups?

A Break (Summer 2020)

Sufficient amount of protective gear.

- Extra consultation hours for few patients with need for COVID-testing.
- Extra consultation hours for few patients with suspected COVID.
- Taking patients from other practices.

The second wave (November / December 2020)

- Extra consultation hours for patients with need for COVID-testing.
- Extra consultation hours for 20-30 patients with suspected COVID per day.
- Organising care, prescription, follow up for 5 to 10 newly diagnosed per day.
- Nursing homes as major field of action (providing care, avoiding hospital admissions by supportive care).
- Substituting other practices which were closed due to COVID.
- Workload +50%.

CIMIC:

- Organising support for public health service, hospitals, nursing homes.

The short break (January / February 2021)

- Situation was under control
- COVID as routine.
- Up to 5 cases new per day in the practice.
- Broad testing.
- Vaccinations started (Vaccination centres, GPs helped).

The 3rd Wave (March 2021)

- Increasing incidence.
- Increasing number of new cases in the practice.
- Tests available but not sufficiently applied.
- Staff at practices, hospitals, nursing homes vaccinated.

- Vaccination started in pilot practices by March 8th
 - Overall 10% of population vaccinated.
 - Vaccination in GP-practices will start broadly by April 7th.
- CIMIC:
- Organising support for public health service, hospitals.
 - What are the current challenges?
 - Bureaucracy
 - Quickly changing rules of management.
 - Contradictive rules.
 - Vaccination must progress more quickly.
 - Find time and ways to recover for healthcare staff.
 - Deal with long-term consequences of COVID.
 - Implementation of self testing / broader testing.

Oral Presentation / Research

Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Reçetelenen İlaçların İlaç-İlaç Etkileşimi Açısından Değerlendirilmesi ve Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımındaki Farkındalıklarının Arttırılması

Fatma Türkyön¹, Funda Yildirim Baş², Gökçe Dilek İşcan²,
Mehtap Savran³

1. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, 32100 Isparta, Turkey E-mail: drfturkyon@gmail.com
2. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
3. SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI

Presentation on 25/03/2021 06:30 in "Oral presentations 1" by Fatma Türkyön

Keywords / Anahtar Kelimeler: Aile hekimleri, akılcı ilaç kullanımı, ilaç etkileşimi

Aim:

Amacımız akılcı olmayan ilaç kullanımının sebep olduğu ilaç-ilaç etkileşimleri konusunda aile hekimlerinin farkındalıklarını arttırmak ve aile hekimlerini bilgilendirmektir.

Method:

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan çalışmaya 500 aile hekimi dâhil edilmiştir. Çalışma Mart 2020- Mayıs 2020 tarihleri arasında Hekim değerlendirme ve ilaç etkileşimleri bilgi düzeyi anketi uygulanarak online olarak yürütülmüştür. Hekim değerlendirme anketi; akılcı ilaç çalışmaları referans alınarak, çalışmalarda kullanılan ölçeklerin geliştirilmesiyle; ilaç etkileşimleri bilgi düzeyi anketi ise birinci basamakta sık reçetelenen ilaçlar arasındaki ilaç-ilaç etkileşimleri tespit etmek için; elektronik platform olan Lexi-Comp (Lexi-Comp, Inc, Hudson, Ohio) veri tabanı kullanılarak, tarafımızca oluşturulmuştur. Anketin Cronbach alfa değeri 0,901 olarak hesaplanmıştır.

Results:

Araştırmaya katılan 500 hekimin %60,4'ü kadın, %57,2'si 24-30 yaşları arasında, %25,8'i pratisyen hekim, %62,6'sı araştırma görevlisiydi. Hekimlerin %75,2'si daha önce akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim aldığı, %6,4'ü advers etki bildirimini yapmış olduğunu belirtti. Akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış hekimlerin pozoloji ve uygulama şekli (p=0,001); yan etkiler (p=0,027); ilaç etkileşimleri (p=0,046); özel durumlar (p=0,003); biyoesdeğerlik (p=0,039) hakkındaki bilgileri daha yüksek saptandı. İlaç etkileşim sorularına verilen yanıtların doğru sayı ortalaması 9,8±5,1, yanlış sayı ortalaması 1,9±2,5 ve fikrim yok sayı ortalaması 8,2±5,8 olarak bulundu. Akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış olan hekimlerde ve uzman hekimlerde ilaç etkileşimi sorularına verilen toplam doğru sayısı daha yüksekti (p=0,01;p=0,002).

Conclusions:

İlaç etkileşimleri konusunda; uzman olmanın, akılcı ilaç kullanımı eğitimi almanın ve mesleki tecrübenin, bilgi düzeylerinin artmasında etkili olduğu tespit edildi. Bu nedenle güncel, dinamik ve devamlı eğitimlerle hekimlerin akılcı ilaç kullanımı ve özellikle ilaç etkileşimleri konularında kendilerini geliştirmeleri sağlanmalı ve farkındalıkları arttırılmalıdır.

Oral Presentation / Research

Bir Tıp Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi Yaptırma Durumlarının Değerlendirilmesi

Recep Kılıç¹, Mesut Şahin², Tamer Edirne³, Nilüfer Emre³,
Aysun Özşahin³

1. Pamukkale İlçe Sağlık Müdürlüğü, 20160 Denizli, Turkey E-mail: kilicrecep20@gmail.com

2. -

3. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Presentation on 25/03/2021 06:30 in "Oral presentations 1" by Recep Kılıç

Keywords / Anahtar Kelimeler: gestasyon, diyabetes mellitus, oral glukoz tolerans testi

Aim:

Gebelerin gestasyonel diabetes mellitus (GDM) bilgi ve farkındalığının ve oral glukoz tolerans testi (OGTT) yaptırma sıklığının saptanması, GDM'ye bağlı komplikasyonların azaltılması için gerekli müdahalelerin planlanması aşamasında önemlidir. Bu çalışma ile gebelerin OGTT yaptırma durumları ve GDM konusundaki bilgi düzeyleriyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Method:

Tanımlayıcı kesitsel tipteki araştırmanın evrenini Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü Gebe Polikliniği ve İç Hastalıkları Endokrin Polikliniği'ne 1 Mayıs 2019 ile 31 Temmuz 2019 tarihleri arasında başvuran gebeler oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmektedir. Araştırmanın bağımlı değişkenini oral glukoz tolerans testi (OGTT) yaptırma durumu oluştururken; bağımsız değişkenleri katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sigara ve alkol kullanma durumları, kronik hastalık durumu, aile diyabetes mellitus öyküsü ve GDM konusundaki bilgi düzeyleri oluşturmaktadır. Veri toplama işlemi araştırmaçılar tarafından literatür taranarak oluşturulan 26 soruluk anket formu kullanılmıştır. Sosyodemografik özellikler ile ilgili 5 soru, önceki gebelik öyküleriyle ilgili 4 soru, GDM ile ilgili 13 bilgi sorusu, 4 soru ile sigara, alkol kullanma durumu ve kronik hastalık öyküleri sorgulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-17 kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli değişkenler için aritmetik ortalama, standart sapma ve kesikli değişkenler için ortanca, çeyrekler arası fark verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmıştır. Çalışma öncesinde etik kurul izni alınmıştır.

Results:

Araştırmaya 191 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $28,59 \pm 5,19$ 'dur. Gebelik süresi 24 hafta ve üzerinde olan kişi sayısı 91'dir. Bu gebelerin %64,83'ü OGTT yaptırmıştır. OGTT'nin zararlı olduğunu düşünen gebelerde OGTT yaptırma sıklığı %27,8 olarak, zararlı olmadığını düşünenlerde ise bu sıklık %58,0 olarak belirlenmiştir ($p=0,016$). Gebeyken gestasyonel diabetes mellitus hakkında bilgi alma ile OGTT yaptırma arasında anlamlı ilişki saptanmış olup; bilgi aldığını belirtenlerde OGTT yaptırma sıklığı daha yüksektir ($p=0,019$).

Conclusions:

Çalışmamızda gebelerde OGTT yaptırma sıklığı düşük

bulunmuştur. Gebelerde OGTT yaptırma sıklığını artırmak için doğru bilgilere ulaşmalarını sağlayacak müdahalelere ihtiyaç vardır.

Oral Presentation / Research**Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
düşünülen çocuklarda görme kusuru
araştırılması/ Investigation of visual problems
in children with suspicious attention deficit
hyperactivity disorder**

Umut Çağrı Solmaz, Aysun Özşahin, Çiğdem Akaydin, Meltem
Öper, Tamer Edirne

PAU, 20100 DENİZLİ, Turkey E-mail: likesprings@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 06:30 in "Oral presentations 1" by Çiğdem Akaydin

Keywords / Anahtar Kelimeler: Görme taraması, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, kırma kusuru, ambliyopi, şaşılık, renk körlüğü

Aim:

Bu çalışmanın amacı: DEHB şüphesi olan çocuklardan oluşan bir örnekleme göz sağlığı taramasının sonuçlarını ve DEHB ile görme kusuru birlikteliğini değerlendirmektir.

Method:

Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniklerine 15 Ekim 2017 – 15 Ocak 2018 tarihleri arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düşünülerek getirilen, kendisi ve velisi muayeneyi kabul eden 5-18 yaş aralığında 118 çocuk hastanın her iki gözü değerlendirilmiştir. Çocukların görme keskinliği testi, şaşılık testi, renk körlüğü muayeneleri dahil olmak üzere oftalmolojik muayenesi yapılmıştır. Daha fazla değerlendirme veya tedavi gerektiren olgular ilgili oftalmoloji bölümüne yönlendirilmiştir.

Results:

DEHB şüphesiyle polikliniğe başvuran 118 çocuğun yaş ortalaması $10,5 \pm 2,45$ yıldır ve %70,3'ü (n=83) erkek, %29,7'u (n=35) kız hastaydı. Çocukların %85'ine (n=101) DEHB tanısı kondu; %75,2'sine (n=76) DEHB ilacı reçete edildi. Çocukların %25,4'ünde görme keskinliği bozukluğu (n = 30), ikisinde ambliyopi (n = 2) vardı. Çalışmamızın sonucunda DEHB şüphesiyle polikliniğe başvuran çocuklardaki kırma kusuru sıklığı, literatürde okul çağı taramalarının incelendiği çalışmalara göre yüksek bulunmuştur.

Conclusions:

Türkiye sosyoekonomik ve kültürel açıdan çeşitlilik gösteren bir ülke olduğundan sonuçlarımız tüm ülkeye genellenemese de dikkat eksikliği şüphesi olan çocuklarda görme gibi en önemli dikkat unsurunun yeterli olup olmadığı araştırılmalıdır.

Oral Presentation / Research

Perkütan endoskopik gastrotomi başarısında uygulayıcı tecrübesi ve teknik imkanların rolü: İki merkez karşılaştırılması

Ahmet Orhan Sunar

Gumushane State Hospital, 29000 Gumushane, Turkey E-mail: orhansunar@hotmail.com

Presentation on 25/03/2021 06:30 in "Oral presentations 1" by Ahmet Orhan Sunar

Keywords / Anahtar Kelimeler: peg, nutrisyon, perkütan

Aim:

Perkütan endoskopik gastrotomi (peg) uygulamasının başarısında pediatrik gastroskop varlığı ve klinik tecrübenin etkisinin incelenmesi.

Method:

1 Temmuz 2020 – 28 Şubat 2021 arasındaki 8 ayda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (Merkez 1) ve Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde (Merkez 2) uygulanan peg girişimlerine ait başarı oranları ve demografik veriler ile uygulama sebebi tanıları karşılaştırıldı.

Results:

Merkez 1'deki 40 hastanın 22'si erkek ve 18'i kadındır. Yaş ortalaması 64,75±14,72 'dir. Uygulama endikasyonları 26 kişide serebrovasküler hastalıklar ya da demans (%65), 7 kişide özofagus ca , larinks ca ya da akciğer ca gibi bir tıkaçıcı lezyon (%17,5), 6 kişide kranial bölgeye travma (%15) ve 1 kişide benign striktürdür (%2,5). Merkez 1'de 40 girişimin tamamı başarılı olmuştur. Merkez 2'deki 15 hastanın 10'u erkek 5'i kadındır. Yaş ortalaması 67,73±22,79 'dur. 11 hastada serebrovasküler hastalıklar ya da demans (%73,33), 2 hastada tıkaçıcı lezyon (%13,33) ve 2 hastada metabolik hastalık (%13,33) peg endikasyonunu oluşturmaktadır. Merkez 2'deki 15 girişimin 2'si başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Merkez 1'de peg işleminin öğretim üyesi gözetiminde ya da bizzat kendisi tarafından uygulanması nedeniyle tecrübe yüksek olarak varsayılmıştır ve Merkez 2'de işlem, uzmanlığının ilk yılındaki genel cerrahi uzmanı tarafından yapıldığı için tecrübenin düşük olduğu düşünülmektedir. Merkez 1'de ince çaplı pediatrik gastroskop mevcut iken Merkez 2'de sadece standart gastroskop mevcuttur. İki merkezin peg başarılarının karşılaştırılmasında beklenen frekanslar arasında 5'ten küçük değerler bulunduğundan Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuç: İki merkez arasında peg başarısı arasında istatistiki anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,71). Tıkaçıcı lezyon grubu değerlendirildiğinde Merkez 1 'in başarısı istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,028).

Conclusions:

Temmuz 2020-Şubat 2021 arasındaki tıkaçıcı lezyonlarda uygulanan peg başarısı değerlendirildiğinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Gümüşhane Devlet Hastanesi'nden daha başarılı olduğu görülmektedir. Bu durum uygulayıcı tecrübesinden çok pediatrik gastroskop kullanımına bağlı görünmektedir. Bu durumun değerlendirilmesi için farklı tecrübe düzeylerine sahip çok sayıda uygulayıcının dahil olacağı farklı teknik imkanlara sahip çok merkezli çalışmalar gerekmektedir.

Giriş:

Nörolojik sebeplerle yutma refleksi bozulan ya da baş- boyun tümörü nedeniyle pasaj sağlanamayan hastaların uzun dönem enteral beslenmesinde gastrotomi kullanımı önerilmektedir. Laparotomi yapılmaksızın endoskopik olarak gastrotomi takılması ilk defa Gauderer ve ark. tarafından 1980 yılında tanımlanmıştır (1); ve o zamandan bu yana her geçen gün artarak uygulanmaktadır. Bazı durumlarda ise peruktan endoskopik gastrotomi (peg) takılmasında başarısız olunmaktadır (2). Çalışmamızda 2. Basamak bir sağlık kuruluşu ile 3. Basamak bir sağlık kuruluşunda açılan peg verileri karşılaştırılarak başarıda pediatrik gastroskop varlığı ve klinik tecrübenin etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:

1 Temmuz 2020 – 28 Şubat 2021 arasındaki 8 ayda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (Merkez 1) ve Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde (Merkez 2) uygulanan peg girişimlerine ait başarı oranları ve demografik veriler ile uygulama sebebi tanıları retrospektif olarak karşılaştırıldı. Retrospektif çalışma olması nedeniyle etik kurul onayı için başvurulmamıştır. Hastaların tamamından aydınlatılmış onam alınmıştır. İki merkezin peg başarılarının karşılaştırılmasında beklenen frekanslar arasında 5'ten küçük değerler bulunduğundan Fisher'in kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Merkez 1'de peg uygulaması peg yerleştirilmesinde 10 yıldan fazla tecrübesi olan bir öğretim üyesi tarafından ya da onun nezaretinde uygulanmakta iken Merkez 2'de uygulama uzmanlığının ilk yılındaki genel cerrahi uzmanı tarafından yapılmıştır. Merkez 1'de standart 1 cm dış çaplı gastroskop yanında 6 mm çapındaki pediatrik gastroskop kullanım imkânı varken Merkez 2'de yalnızca standart 1 cm dış çapa sahip gastroskop kullanılmıştır.

Bulgular:

Merkez 1'deki 40 hastanın 22'si erkek ve 18'i kadındır. Yaş ortalaması 64,75±14,72 'dir. Merkez 1'deki peglerin uygulama endikasyonlarına göre dağılımları Tablo 1.'de gösterilmiştir. Merkez 1'de 40 girişimin tamamı başarılı olmuştur.

Merkez 2'deki 15 hastanın 10'u erkek 5'i kadındır. Yaş ortalaması 67,73±22,79 'dur. Merkez 2'de uygulanan peglerin endikasyonlara göre dağılımları Tablo 2.'de gösterilmiştir. Merkez 2'deki 15 girişimin 2'si (tıkaçıcı lezyon endikasyonu ile uygulananlar) başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Her iki merkezdeki peg uygulamaları sonrası erken dönem komplikasyon (kanama, perforasyon, yara yeri enfeksiyonu, peg yer değiştirilmesi) görülmemiştir.

Tablo 1. Merkez 1'de uygulanan peglerin uygulama endikasyonuna göre dağılımları

Endikasyon	Hasta Sayısı	Oran (%)	Başarılı girişim
Serebrovasküler hastalıklar ya da demans	26	65	26
Tıkaçıcı kitleler (özofagus ca, larinks ca, akciğer ca)	7	17,5	7
Kranial bölgeye travma	6	15	6
Benign striktür	1	2,5	1
Toplam	40	100	40

Tablo 2. Merkez 2'de uygulanan peglerin uygulama endikasyonuna göre dağılımları

Endikasyon	Hasta sayısı	Oran (%)	Başarılı girişim
Serebrovasküler hastalıklar ya da demans	11	73,33	11
Tıkaçıcı kitleler (özofagus ca)	2	13,33	0
Metabolik hastalıklar	2	13,33	2
Toplam	15	100	13

Sonuç:

İki merkez arasında uygulanan hastaların demografik verileri açısından tek yön ANOVA ile karşılaştırıldığında yaş ve cinsiyet açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır (F:0,323 ve 0,595). Her iki gruptaki toplam peg başarısı arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,71). Tıkaçıcı lezyon grubu değerlendirildiğinde Merkez 1 'in başarısı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,028).

Tartışma:

Bazı hastalardaki patolojik durumlar, perkütan endoskopik gastrotomi (peg) uygulanması sırasında teknik olarak zorlayıcı ve hasta için de tehlikeli olabilir. Bu durumlar arasında oro-, nazo-, laringofarenks ike özofagus ve midenin tıkaçıcı tümörleri bulunmaktadır. Daha nadir olarak Zenker divertikülü, özofagus stentleri veya kolonik interpozisyonu greftleri ile anastomoz darlıkları ve özofagusa dıştan bazı yapan kitleler sayılabilir. (2) Merkez 2'de başarısızlıkla sonuçlanan iki peg girişimi de tıkaçıcı lezyon endikasyonu ile uygulanmıştır.

Tıkaçıcı lezyon dışındaki endikasyonlarla uygulanan ve toplam peg başarıları arasında iki merkezde istatistiksel anlamlı fark görülmemesi nedeniyle uygulayıcı tecrübesinin peg başarısında rolü olmadığı düşünülmektedir. Daha önce Merkez 1'de yapılan ve 2013-2016 yılları arasında uygulanan bütün peglerin başarılı olduğunu belirten bir çalışma mevcut idi ve bu başarı pediatrik gastroskop kullanımına bağlanmıştır (3). Tıkaçıcı lezyonlardaki peg başarısında iki merkez arasında fark bulunması pediatrik gastroskop kullanımına bağlı olarak değerlendirilmiştir.

Tam ya da tama yakın tıkanma olmadan önce, baş- boyun kanseri olan bazı seçilmiş hastalara profilaktik peg yerleştirilmesi ile kaşeksinin önlenmesini öneren çalışmalar mevcuttur (4). Pediatrik gastroskopi ulaşımın zor olduğu bölgelerde yaşayan baş- boyun bölgesinde tümör mevcut hastalarda tama yakın tıkanma gelişmeden önce daha erken

safhada peg açılması önerilebilir. Peg uygulanması sırasında endoskopun geçtiği hat boyunca tümör yayılımı olabileceğini belirten çalışmalar olması nedeniyle erken uygulama kararı da tartışmalıdır (5,6). Bunun yanında demans sebebiyle peg açılan hastalarda da daha erken aşamalarda uygulanmasını öneren bir yazı bulunmaktadır (7). Bu endikasyonlarda erken uygulamada başarı değişmeyecek olsa bile tüm peg hastaları uygulama merkezine daha erken yönlendirilmesi açısından değerlendirilebilir.

Merkez 2'de benign striktür endikasyonu nedeniyle hiç peg uygulanması yapılmamış olup bu endikasyonda başarı değerlendirilememiştir. Bu endikasyonda pediatrik gastroskop kullanımı gerekliliği açısından ek çalışmalar gereklidir. Peg başarısında uygulayıcı tecrübesi ve teknik imkanların rolünün aydınlatılabilmesi için daha yüksek hacimli peg uygulama merkezleri arasında ya da aynı merkezdeki farklı tecrübedeki uygulayıcılar arasında karşılaştırma yapan çalışmalar yol gösterici olacaktır.

Kaynaklar:

- Gauderer, M. W., Ponsky, J. L., & Izant, R. J., Jr (1980). Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *Journal of pediatric surgery*, 15(6), 872-875. [https://doi.org/10.1016/s0022-3468\(80\)80296-x](https://doi.org/10.1016/s0022-3468(80)80296-x)
- Thornton, F. J., Varghese, J. C., Haslam, P. J., McGrath, F. P., Keeling, F., & Lee, M. J. (2000). Percutaneous gastrostomy in patients who fail or are unsuitable for endoscopic gastrostomy. *Cardiovascular and interventional radiology*, 23(4), 279-284. <https://doi.org/10.1007/s002700010069>
- Albayrak D., Cakcak İ.E., Kahya E., Aydin YE., Sunar AO., Sağiroğlu T., Oğuz S., Coşkun İ., Hoşçoşkun Z. (2016, Nisan). Pediatrik Gastroskop Kullanımı Perkutan Endoskopik Gastrotomi (PEG) Başarısını Arttırır. 20. Ulusal Cerrahi Kongresi'nde sözlü sunum, Antalya.
- Pulkkinen, J., Rekola, J., Asanti, M., & Grénman, R. (2014). Prophylactic percutaneous endoscopic gastrostomy in head and neck cancer patients: results of tertiary institute. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 271(6), 1755-1758. <https://doi.org/10.1007/s00405-013-2699-2>
- Greaves J. R. (2018). Head and Neck Cancer Tumor Seeding at the Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Site. *Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 33(1), 73-80. <https://doi.org/10.1002/ncp.10021>
- Sinapi, I., Navez, B., Hamoir, M., Schmitz, S., Machiels, J. P., Deprez, P. H., & Van den Eynde, M. (2013). Seeding of the percutaneous endoscopic gastrostomy site from head and neck carcinoma: case report and review of the literature. *Head & neck*, 35(7), E209-E212. <https://doi.org/10.1002/hed.23015>
- Dietrich, C. G., & Schoppmeyer, K. (2020). Percutaneous endoscopic gastrostomy - Too often? Too late? Who are the right patients for gastrostomy?. *World journal of gastroenterology*, 26(20), 2464-2471. <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i20.2464>

Oral Presentation / Research

The Prevalence of Usage of Food Supplements and Healthy Diet Behaviours Among Patients of Ondokuz Mayıs University Family Medicine

Bektas Murat Yalcin¹, Esra Yalcin², Tevfik Fikret Karahan³

1. ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY DEPARTMENT MEDICAL FACULTY OF FAMILY MEDICINE, 55132 Kurupelit, Turkey E-mail: myalcin@omu.edu.tr

2. GAZI STATE HOSPITAL

3. AVRASYA UNIVERSITY DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

Presentation on 25/03/2021 06:30 in "Oral presentations 1" by Bektas Murat Yalcin

Keywords / Anahtar Kelimeler: Food supplements, Healthy Diet, Vitamins

Aim:

To determine the frequency of use of food supplements, distribution according to sociodemographic characteristics, reasons for use and healthy eating behaviours in individuals aged 18 and over who applied to the Ondokuz Mayıs University Family Medicine outpatient clinic.

Method:

1167 participants were who meet the study criteria was applied to the study. The sociodemographic characteristics, chronic diseases, food supplements they used, and healthy eating behaviors of the individuals participating in the study were determined by a questionnaire consisting of 40 questions prepared by the researchers.

Results:

% 65 of the participants were women.. % 9.5 of the participants are obese (BMI>30 kg/m²) and % 47 of the individuals did not do regular physical activity.. % 42.7 of individuals had used food supplements in the last 12 months. The common food supplements used by the participants were Vitamin D (% 60.2), Vit.B12 (% 34.3), multivitamins (% 33.7), green tea (% 24.1), iron (% 22.3), and probiotic (% 20.5). It was determined that % 5.4 of the individuals in the study used herbal supplements. The frequency of using ginseng and protein powder / bar was higher in men than women. The frequency of using iron, vitamin B12 and green tea was higher in women than men (p<0,001). The participants over age of 50 uses herbal products more commonly. The participants prefer to obtain their supplements pharmacies (% 87.3) and the internet (% 25,3) most. Most common reasons for people to use food supplements were determined as strengthening the immune system, iron or vitamin deficiencies, protecting their health and protection from diseases, feeling more energetic, bone health and osteoporosis.

Conclusions:

Food supplement use of the participants was found to be high in our study population.

Full Text

INTRODUCTION

In recent years, the use of many different products called food supplements has become widespread among people in addition to normal nutrition. Supplementary foods was described according to the Turkish Food Codex Communiqué on

Supplementary Foods' as; in order to supplement normal nutrition, nutritional elements such as vitamins, minerals, proteins, carbohydrates, fiber, fatty acids, amino acids or plants with nutritional or physiological effects other than these It refers to products whose daily intake dose is determined by preparing the concentrates or extracts of vegetable and animal origin substances, bioactive substances and similar substances alone or in the form of capsules, tablets, lozenges, disposable powder packages, liquid ampoules, dropper bottles and other similar liquid or powder forms (1).

In a study conducted in 2017 utilization rate in Turkey is a food supplement was found to be 13% of the prevalence of the use of food supplements; It has been determined that women older than 64 years of age, those with a high level of education, and individuals between the ages of 18-34 tend to use diet supplements more frequently (2). Studies draw attention to the widespread use of food supplements in the world. However, dependence on food supplements can create dietary habits that are not beneficial in humans (3). In a study conducted in 2018, 61.2% of adults used food supplements; It is reported that most of the participants used food supplements through their family, friends or the internet (4). Studies have shown that especially young patients find food supplements safer and more effective than using medications recommended by the doctor. It is known that the use of food supplements has become widespread and popular through sales strategies, advertisements and the internet in recent years. However, the effectiveness and indications of these supplements are highly controversial (5). In a study conducted in the USA, it is stated that half of the adults use one or more food supplements. People using food supplements; It was stated that the elderly, with a low body mass index, physically active, low smoking rate, and good education and socioeconomic status (6).

In a randomized study examining long-term multivitamin supplementation in men, no benefit on cognitive function was found (7). Multivitamin and mineral supplements have not been proven to provide additional benefits to a balanced, healthy diet for most individuals (8). Therefore, multivitamin supplementation is not recommended for primary prevention of chronic diseases in people with adequate dietary intake due to insufficient evidence of efficacy, unless there is a specific indication. Studies have shown a relationship between dietary and supplemental vitamin C intake, especially at very high doses, and oxalate kidney stones in men (9). Therefore, routine supplementation is not recommended in men and especially in patients with a predisposition to forming oxalate stones. In one study involving 7627 women, those who took vitamin C as a supplement had an increased risk of lung cancer (10). Long-term use of supplements containing vitamin A in older women has been associated with a 40% increased risk of hip fracture. High level of vitamin A intake during pregnancy increases the risk of skeletal deformities in the fetus.

The aim of this study is to determine the frequency of use of food supplements, the reasons for use and the affecting factors among the patients who applied to Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Family Medicine Department

MATERIAL AND METHODS

The research is a descriptive cross-sectional study designed to determine the factors affecting healthy eating behaviors and nutritional supplement use in individuals aged 18 and over. The study was conducted on patients who applied to Ondokuz

Mayis University Hospital Family Medicine Outpatient Clinic. The population of the study consists of individuals aged 18 and over who applied to the Ondokuz Mayıs University Hospital Family Medicine Outpatient Clinic. The sample size of the study was calculated as 262 with 52% frequency, 5% margin of error and 95% reliability. A questionnaire consisting of 40 questions examining the sociodemographic characteristics, chronic diseases, food supplements they use, and healthy eating behaviors was applied to the individuals participating in the study by face-to-face interview method. Height, weight and BMI of the people included in the study were measured. "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)" is used.

Descriptive statistics were presented as mean ± standard deviation, minimum and maximum values, frequency distribution and percentage. Pearson Chi-Square Test and Fisher's Exact Test were used to evaluate categorical variables. The suitability of the variables to normal distribution was examined using visual (histogram and probability charts) and analytical methods (Kolmogorov-Smirnov Test). For variables found to be non-conforming to the normal distribution; Mann-Whitney U Test was used as a statistical method for statistical significance between two independent groups. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

For the research, permission was obtained from Ondokuz Mayıs University Clinical Research Ethics Committee on 09.07.2020.

RESULTS

In this study, 389 individuals aged 18 and over who applied to Ondokuz Mayıs University Hospital Family Medicine Outpatient Clinic and accepted to participate in the study were included. Considering the distribution by gender, 65% of the participants (253 people) are women and 35% (136 people) of them are men. The average age of the participants is 31.37 ± 10.284 (min: 18, max: 68) years. It was determined that 19.3% of the participants still smoked, 75.8% did not smoke, and 4.9% quit smoking. The sociodemographic characteristics of the participants included in the study are shown in Table-1 below.

Table 1: The sociodemographic variables of the participants

Sociodemographic Variables		(n)	(%)
Gender	Kadın	253	65
	Erkek	136	35
Age	18-24	104	26.7
	25-34	191	49.1
	35-49	58	14.9
	≥50	36	9.3
Educational Status	Primary	4	1
	Secondary	39	10
	University	346	88.9
Income (TL)	≤2000	119	30.6
	2000-5000	86	22.1
	5000-10000	155	39.8
	≥10000	29	7.5

According to BMI measurements, 3.3% of the participants were found to be underweight, 59.4% as normal weight, 27.8% as overweight and 9.5% as obese. It was determined that 42.7% (n = 166) of the individuals had used at least one food supplement in the last 12 months, and 57.3% (n = 223) did not use any food supplement. The frequency of using food supplements was determined as 50.6% in women and 27.9% in men. There was a

significant difference between the genders in terms of using supplements. Women were using significantly more food supplements. ($\chi^2 = 5.897, p < 0.001$). In our study, when asked about the frequency of using food supplements, it was found that individuals using supplements commonly took one day a week. The food supplement most used by the participants was determined as vitamin D. Other commonly used supplements were identified as vitamin B12, multivitamins, green tea, iron, and probiotics, respectively. Fish oil-Omega 3 use was present in 16.9% (n = 28) of the participants. None of the individuals used beta carotene. 29.3% (n = 22) of smokers stated that they used food supplements. The most common food supplements used by smokers were found to be 54.5% vitamin D, 31.8% vitamin B12, 27.3% multivitamin and probiotic. The supplements used by the participants are shown in Table-2

Table 2: The diet supplements used by the participants

Supplement	(n)	i%	Supplement	(n)	%
Multivitamins	56	33,7	Magnesium	19	11,4
Iron	37	22,3	Vitamin B ₁₂	57	34,3
Folic Acid	23	13,9	B Vit.Supp..	14	8,4
Calcium	12	7,2	Coenzyme Q	5	3
Vitamin D	100	60,2	Fish Oil	28	16,9
Vitamin C	22	13,3	Zinc	20	12
Vitamin E	1	0,6	Vitamin K	3	1,8
Ginseng	5	3	Probiotic	34	20,5
Protein bar	10	6	Glucosamine	3	1,8
Green Tea	40	24,1	Others	9	5,4

While the most widely used food supplement was determined as green tea in the 35-49 age group, it was found as vitamin D in all other age groups. While the use of iron was in the second place in the 18-24 age group with 38.7% (n = 12), the frequency of use decreased with increasing age. Protein powder / bar was most commonly used in the 18-24 age group, with 9.7% among the age groups. Folic acid was most commonly used in the 25-34 age group (18%). 52.8% (n = 19) of the participants aged 50 and over were using food supplements. The most common food supplements used by individuals aged 50 and over were found to be vitamin D, vitamin B12, probiotic, calcium and vitamin B complex, respectively. While calcium is not used frequently in other age groups, it was determined that 26.3% (n = 5) of the 50 years and older group used calcium. Participants mostly obtained food supplements from pharmacies 87.3%, websites 25.3%, herbalists 12% and markets 4.5%.

DISCUSSION

The rate of using food supplements in the last 12 months in the individuals in our study was determined as 42.7% (n = 166). In a study conducted on patients who applied to family medicine outpatient clinic in Istanbul, 29.5% of the participants stated that they received regular vitamin / mineral support (11). In a study conducted on adults in South Korea, it was found that 62% of individuals took food supplements in the previous 12-month period (12). In a study conducted by analyzing the data obtained from the National Health and Nutrition Examination Survey, the

rate of use of food supplements in the last month among US adults was found to be 52% (13). The food supplements used by the participants were 60.2% Vitamin D, 34.3% Vitamin B₁₂, 33.7% multivitamins, 24.1% green tea, 22.3% iron and 20.5% probiotics. It was determined that 5.4% of the individuals in the study used herbal supplements. In a study examining people who applied to family medicine, vitamin D (50%), iron (29%), vitamin B12 (21%) and vitamin C (16%) were reported as the most commonly used supplements (11). In the study conducted by Burnett et al., The most commonly used supplements were found to be multivitamins (33%) (14). In our study, the most common reasons for using food supplements were determined as to strengthen the immune system, for iron or vitamin deficiencies, to protect their health and protect from diseases, and to feel more energetic, respectively. The most common reasons for use were found to be similar in both sexes.

When the reasons for using food supplements were compared according to gender, it was determined that male participants used food supplements for muscle strengthening and heart health more than female participants, and a significant difference was found between genders in terms of these reasons. It was determined that they used. According to researches, patients see their family physicians as a more reliable source of health information. For this reason, family physicians should increase their equipment in terms of both healthy nutrition and the effects of food supplements. It is very important for the family physician to question the food supplements they use other than the drugs they use and to inform them about their possible side effects.

REFERENCES

1. Türk Gıda Kodeksi Takviye Edici Gıdalar Tebliği 2013
2. Ipsos Sosyal Araştırmalar Enstitüsü. Gıda Takviyesi Kullanım Araştırması. Erişim:<http://gtbd.org.tr/wp-content/uploads/2017/12/%C3%B6zlem-bora-GIDA-TAKV%24%20YES%24%B0-KULLANIM-ARA%20C5%9ETIRMASI-.pdf>
3. Tek AN, Pekcan G. Besin Destekleri Kullanılmalı mı? T.C. Sağlık Bakanlığı Şubat, 2008
4. Homer P.M., Mukherjee S. The impact of dietary supplement form and dosage on perceived efficacy. *J. Consum. Mark.* 2018;35:228–238.
5. Guallar E., Stranges S., Mulrow C., Appel L.J., Miller Iii E.R. Enough Is Enough: Stop Wasting Money on Vitamin and Mineral Supplements. *Ann. Intern. Med.* 2013;159:850–852.
6. Rahi A. "Supplementing" the DSHEA: Congress Must Invest the FDA with Greater Regulatory Authority over Nutraceutical Manufacturers by Amending the Dietary Supplement Health and Education Act. *Calif. Law Rev.* 2010;98:439.
7. Royne M.B., Fox A.K., Deitz G.D., Gibson T. The Effects of Health Consciousness and Familiarity with DTCA on Perceptions of Dietary Supplements. *J. Consum. Aff.* 2014;48:515–534.
8. Radimer K, Bindewald B, Hughes J, Ervin B, Swanson C, Picciano MF. Dietary supplement use by US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999–2000. *American journal of epidemiology.* 2004;160(4):339-49.
9. Knight J, Madduma-Liyage K, Mobley JA, Assimos DG. Ascorbic acid intake and oxalate synthesis. *Urolithiasis.* 2016 Aug;44(4):289-97.
10. Sant DW, Mustafi S, Gustafson CB, Chen J, Slingerland JM, Wang G. Vitamin C promotes apoptosis in breast cancer cells by increasing TRAIL expression. *Sci Rep.* 2018 Mar 28;8(1):5306.
11. Kafadar D, Sayın E, Çelik İH. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların vitamin/mineral destekleri ile ilgili bilgi ve tutumları. *The Journal of Turkish Family Physician.* 2020;11(2):56-67.
12. Ock SM, Hwang SS, Lee JS, Song CH, Ock CM. Dietary supplement use by South Korean adults: Data from the national complementary and alternative medicine use survey (NCAMUS) in 2006. *Nutr Res Pract.* 2010;4(1):69-74.
13. Frequency of taking dietary or nutritional supplements among U.S. adults in 2013. <https://www.statista.com/statistics/308658/frequency-of-taking-dietary-supplements-in-the-us/> (Last updated at 20/3/2021)
14. Burnett AJ, Livingstone KM, Woods JL, McNaughton SA. Dietary supplement use among Australian adults: Findings from the 2011–2012 national nutrition and physical activity survey. *Nutrients.* 2017;9(11):1248.

Oral Presentation / Research

The Recurrence Rate of Smoking Among Ex-Smoker Pregnants After Their Delivery at Samsun

Bektas Murat Yalcin¹, Esra Yalcin², Tevfik Fikret Karahan³

1. ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY DEPARTMENT MEDICAL FACULTY OF FAMILY MEDICINE, 55132 Kurupelit, Turkey E-mail: myalcin@omu.edu.tr
2. GAZI STATE HOSPITAL
3. AVRASYA UNIVERSITY DEPARTMENT OF PSYCOLOGY

Presentation on 25/03/2021 06:30 in "Oral presentations 1" by Bektas Murat Yalcin

Keywords / Anahtar Kelimeler: Smoking, Pregnant, Recurrence

Aim:

We aimed to determine the smoking rates among womens during their pregnancy. pregnancy-related complications of smoking by questioning whether women who have children have had any problems during their pregnancy, their exposure to active or passive cigarette smoke during pregnancy. In addition, we aimed to determine the recurrence rate of smoking among the women who quit after their delivery among the smokers who quitted while they were pregnant.

Method:

Our study includes 270 women who applied to two Samsun Education Family Health Center and had children between the ages of 18-45. After obtaining oral consent, a face-to-face interview was conducted, and a questionnaire designed and prepared from previous studies was applied.

Results:

The mean age of the mothers included in the study was 35,75 years. Among the study population 28,1% of the mothers were smoking. While the smoking rate was 11,1% (n=54) in the pregnancies questioned, the passive smoking rate was 30%. There was at least one pregnancy complication history in 33,8% of all pregnancies which can be attributed to the smoking complications. There was no significant relationship between active smoking or passive smoking during pregnancy and pregnancy complications. 44 women started to smoke again after pregnancy with a recurrence rate of recurrence 81,4%. The mean time for recurrence was 13,9±1,2 months.

Conclusions:

Cigarette smoking is one of the major health problems in Turkey and all over the world. Pregnant women using tobacco should be identified in the early stages of pregnancy and special counseling should be given to quit smoking. Pregnancy is the best time to try to quit smoking.

Full Text

INTRODUCTION

In every age period, smoking is an important health problem for women, especially during pregnancy. Various mechanisms have been identified that explain adverse pregnancy outcomes associated with maternal smoking (1). These mechanisms include impaired fetal oxygenation, altered fetal development and physiological response, and toxin exposure. Smoking during pregnancy causes disruption of oxygen delivery to the

fetus by various possible mechanisms (2). When the placentas of smokers were evaluated pathologically, they showed many structural changes, including decreased capillary volume fraction and increased villous membrane thickness compared to non-smokers (3). These structural changes result in abnormal gas exchange within the placenta. Exposure to cigarette smoke also disrupts the perfusion of the placenta through nicotine-induced vasospasm (4). Nicotine use during pregnancy affects fetal development as well as disrupting fetal oxygenation. As a result of studies conducted on animal models, it has been found that nicotine increases vascular resistance and decreases uterine blood flow (5). Smoking during pregnancy exposes mother and fetus to multiple potential toxins beyond nicotine. Cigarettes contain more than 2500 direct toxic substances such as ammonia, polycyclic aromatic hydrocarbons, hydrogen cyanide, vinyl chloride, and nitrous oxide. This toxin exposure can directly damage fetal genetic material (6).

As for maternal health subfertility and 13% of the delay in conception were attributed to smoking (7). Chemicals in cigarette smoke, including heavy metals, polycyclic hydrocarbons, nitrosamines, and aromatic amines, can accelerate follicular depletion and inhibit gametogenesis (8-10). Since the childbearing age is delayed among women and the rate of starting smoking at a young age has increased, the incidence of diseases that may affect pregnancy such as smoking-related hypertension, asthma, and lung cancer have also increased with pregnancy. It is difficult to infer from the current literature whether smoking-related health problems pose an additional risk in pregnant women. Smoking during pregnancy has been associated with multiple adverse pregnancy outcomes, including spontaneous pregnancy loss, placental abruption, premature rupture of membranes, placenta previa, preterm delivery, low birth weight, and ectopic pregnancy (11). Although the pathophysiology is not fully understood, several possible mechanisms related to impaired gas exchange, direct toxicity, and sympathetic activation have been suggested.

Many smoker pregnant women stop smoking during their pregnancy, delivery and breast-feeding period. The reasons for this observation is not fully understood. However many of these women start to smoke again after a brief period. There are very limited data about the recurrence rates among these women. Our study have many aims. First, we want to investigate that do women who have children have sufficient knowledge about the harms of smoking during pregnancy in our study population. Also we search the pregnancy-related complications of smoking with the recurrence rate among these women after each pregnancy.

MATERIAL AND METHODS

This research is a descriptive cross-sectional study. The universe of the study consists of women who have experienced pregnancy between the ages of 18-45 who applied to two Education Family Health Centers of Ondokuz Mayıs University Department of Family Medicine. While calculating the sample size for power analysis, the awareness hypothesis and the H1 hypothesis were set up one tail. While calculating the effect size for the power analysis, the medium effect coefficient was accepted as 0.3. The α error was taken as the acceptance limit of 0.05 (5% error limit). The power limit (1- β) was accepted as 0.8, which is the lowest limit introduced by Cohen. In the analysis performed in the G-power 3.1.9.4 program, it was understood that the sample size was 128. (<http://www.psychlogi>

e.hhu.de/en/research-teams/cognitive-and-industrial-psychology/gpower.html). Participants completed a questionnaire form consisting of 30 questions, by interviewing face to face. In this questionnaire we asked that if their smoking status we investigated by primary care physicians during their pregnancy period. The Information they gathered and their child's perinatal and natal history. Fagerstrom Nicotine Dependency Test determined their nicotine addiction status. While evaluating the data related to pregnancy, each pregnancy was evaluated as a separate case. Women who had at least one pregnancy have been registered to these two Family Education and Health Centers, volunteers, and the participants who answered all of the questionnaires was accepted as study group. In addition, the women who do not agree to participate in the research and the women who had multiple pregnancy history were excluded from the study.

The obtained data were transferred to the IBM SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences Version 22) program. Data were presented as number, percentage, mean, and standard deviation. Chi-square and student t tests were used to compare the data. In the study, $p < 0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS

270 women included into the study with a mean age of 35.75 ± 2.54 (minimum 18, maximum 45). Sociodemographic characteristics of the participants was presented in the Table-1

Table 1: The socioeconomic features of the study group

Marriage status	n	%	Education status	n	%
Married	256	94.8	Illiterate	2	0.7
Single/Widow/Divorced	14	5.2	Primary school	96	35.6
Occupation			Secondary school	36	13.3
Housewife	188	69.6	Tertiary school	50	18,5
White-collar	52	19.3	University	86	31,9
Farmer	2	0.7	Income		
Worker	8	3	<1000 TL	6	2.2
Retired	4	3	1000-2999	124	45.9
Other	16	5.9	3000-4999	74	27.4
			>5000 TL	66	24.4

Total number of pregnancies (gravida) was 2.14 ± 0.096 (minimum 1 and at most 6 pregnancies). 23.7% of the mothers (n: 32) stated that they had miscarried at least once, 76.3% (n: 103) of them stated that they never miscarried. When the low numbers of those with a miscarriage were questioned, the mean was 1.44 ± 0.759 (minimum 1, maximum 4). Smoking status of mothers and spouses of married couples are presented at Table-2.

Table 2: The smoking status of the participants and their spouses

Do you smoke	n	%	Do your spouse smoke?	n	%
Yes	76	28.1	Yes	120	46.9
No	170	63	No	136	53.1
Ex-smoker	24	8.9	Total	256	100
Total	270	100			

Fagerström Nicotine Dependence Test scores, which were conducted to understand the addiction level of smokers, were on average 1.87 ± 0.338 (lowest 0, highest 9 points). Participants were questioned separately for each pregnancy. Each pregnancy was considered as a single case and the mean total gestational age was 25.35 ± 5.206 (minimum 15 and maximum 41). Smoking rate during pregnancy was 11.1% (n: 27). Average number of cigarettes per day in smoking pregnancies was 3.96 ± 2.638 (minimum 1 and maximum 12).

In 77.8% (n: 21) of 27 smoking pregnancies, smoking was used during the whole pregnancy. Smoking was used only in the first trimester of 18.5% (n: 5) and only in the second trimester of 3.7% (n: 1). Of the 217 non-smoking pregnancies, 30% (n: 65) had passive cigarette smoke exposure at home or at work. The mean gestation period of all pregnancies was 38.42 ± 1.93 weeks (minimum 27 and maximum 42). Mean birth weight was 3253 ± 581.17 g (minimum 1000 and maximum 4500). No health problem was experienced in 186 (76.2%) of 244 pregnancies whose health problems were questioned. Risk of miscarriage only in 30 pregnancies (12.3%), only premature birth in 16 pregnancies (6.6%), only premature rupture of membrane in 1 pregnancy (0.4%), stillbirth in 1 pregnancy (0.4%), 1 pregnancy (0.4%) preterm delivery and placenta previa, 3 pregnancies (1.2%) premature birth, emergency cesarean need and preeclampsia, 6 pregnancies (2.5%) other problems (5 pregnancies preeclampsia, 1 pregnancy polyhydramnia). 98.5% of the mothers (n: 133) are harmful, 0.7% (n: 1) are not, and 0.7% (n: 1) of them are my opinion.

DISCUSSION

In our study, the current smoking rate among women who have children was 28.1% (n: 38), while the rate of those who smoked in any period of their life was 37% (n: 50). The percentage of smoking in pregnancy was found as 11% similar to the TNSA study (12). However Marakoglu et al (13) has reported this ratio as 17% in 539 pregnant women in Sivas. The important limitation of our study was that the questions asked to mothers were retrospective. Mothers who were pregnant for a long time had difficulties in remembering their experiences during pregnancy and postpartum period and the severity of their health problems. In addition, among the mothers who participated in our study, we had the chance to obtain meaningful results during the analysis, for those who smoked or were exposed to cigarette smoke during their pregnancy constitute a small part of our sample. Pregnancy is a good time for smoking cessation interventions as frequent and regular clinicians recommend, and pregnant women are better motivated than the normal population. The dangers of smoking for the fetus are an additional motivation to quit smoking.

Physicians should definitely question the active and passive exposure of the pregnant woman during pregnancy follow-up and at every follow-up period. Passive exposure to cigarette

smoke as well as active smoking during pregnancy does not adversely affect the fetus and newborn. It is really important to be warned against non-pregnancy smoking. In our study we have revealed that the ex-smoker women start smoking again in a year period after their delivery. Family physicians should use this critical time period for in order to help their patients stay no-smokers with health promotion activities.

REFERENCES

1. Burton GJ, Palmer ME, Dalton KJ. Morphometric differences between the placental vasculature of non-smokers, smokers and ex-smokers. *Br J Obstet Gynaecol.* 1989;96(8):907-15.
2. Larsen LG, Clausen HV, Jonsson L. Stereologic examination of placentas from mothers who smoke during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(3):531-7.
3. Bush PG, Mayhew TM, Abramovich DR, Aggett PJ, Burke MD, Page KR. A quantitative study on the effects of maternal smoking on placental morphology and cadmium concentration. *Placenta.* 2000;21(2-3):247-56.
4. Lehtovirta P, Forss M. The acute effect of smoking on intervillous blood flow of the placenta. *Br J Obstet Gynaecol.* 1978;85(10):729-31.
5. Xiao D, Huang X, Yang S, Zhang L. Direct effects of nicotine on contractility of the uterine artery in pregnancy. *J Pharmacol Exp Ther.* 2007;322(1):180-5.
6. Tuthill DP, Stewart JH, Coles EC, Andrews J, Cartledge PH. Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1999;13(3):245-53.
7. Smoking and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2012;98(6):1400-6.
8. Zenzes MT. Smoking and reproduction: gene damage to human gametes and embryos. *Human reproduction update.* 2000;6(2):122-31.
9. Zenzes MT, Wang P, Casper RF. Cigarette smoking may affect meiotic maturation of human oocytes. *Hum Reprod.* 1995;10(12):3213-17.
10. Hart RJ. Physiological Aspects of Female Fertility: Role of the Environment, Modern Lifestyle, and Genetics. *Physiological reviews.* 2016;96(3):873-909.
11. ommittee Opinion No. 721: Smoking Cessation During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4):e200-e4.
12. Hacettepe Nüfus Enstitüsü HÜNE. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. 2009;2009:144-45.
13. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas' ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2003;25(4):157-64.
14. Weissman MM, Warner V, Wickramaratne PJ, Kandel DB. Maternal smoking during pregnancy and psychopathology in offspring followed to adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(7):892-9.
15. Wakschlag LS, Lahey BB, Loeber R, Green SM, Gordon RA, Leventhal BL. Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of general psychiatry.* 1997;54(7):670-6.
16. Timmermans SH, Mommers M, Gubbels JS, Kremers SP, Stafleu A, Stehouwer CD, et al. Maternal smoking during pregnancy and childhood overweight and fat distribution: the KOALA Birth Cohort Study. *Pediatr Obes.* 2014;9(1):e14-25.
17. Organization WH. *World Health Statistics 2014.* 2014.
18. Seyfikli Z, Gönülçür U, Sümer H, Topçu S. Sivas' ta ev kadınlarında sigara alışkanlıkları. *Tüberküloz ve Toraks.* 2001;49(1):37-40.

Oral Presentation / Research

The Relation Between Awareness of Obesity and Self-Esteem Among Medical and Psychology Students with Their Body Mass Index and Waist Circumference

Tevfik Fikret Karahan¹, Bektas Murat Yalcin², Esra Yalcin³

1. AVRASYA UNIVERSITY DEPARTMENT OF PSYCOLOGY

2. ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY DEPARTMENT MEDICAL FACULTY OF FAMILY MEDICINE, 55132 Kurupelit, Turkey E-mail: myalcin@omu.edu.tr

3. GAZI STATE HOSPITAL

Presentation on 25/03/2021 06:30 in "Oral presentations 1" by Tevfik Fikret Karahan

Keywords / Anahtar Kelimeler: Obesity, obesity awareness, self-esteem

Aim:

We aimed to investigate the relation between BMI and waist circumference (WC) and obesity awareness among medical and psychology students

Method:

772 medical students from Ondokuz Mayıs University medical faculty and 324 psychology students from Avrasya University included in this study. Obesity Awareness Scale (OAS) and Rosenberg Self-esteem Scale (RES) were applied to all of the participants and their weight, height and waist circumferences are measured. The demographic features of the participants were also investigated. IBM SPSS 22.0 was used to analyse the data. A p value of <0.05 was considered statistically significant.

Results:

60, 9% (n = 669) of the individuals participating in the study were female and the average age of was 23, 94 ± 9, 28 years. The BMI average of the participants was 24.6 ± 4, 6 kg/m² while WC was 92,6±2,8 cm. Among the participants 26,7% were overweight and 13, 5% were obese. The mean of the total score for OAW was 38 ± 6.05 points. The mean scores for three sub dimensions (obesity awareness, nutrition and physical activity) were as, 28, 68 ± 3, 22, 19, 97 ± 2, 41 and 14, 73 ± 2, 23 points. There was a negative relationship between BMI, WC, RES and OAW (r=0,458, r=0,521, r=0,567, p<0,001 respectively). In linear regression model there was a negative relation between RES and BMI, WC and OAW (F=1,897, p<0,001).

Conclusions:

Our study points out a significant relation between obesity and low self-esteem which may a risk factor for other psychiatric diseases.

Full Text

INTRODUCTION

Obesity is an important risk factor contributing to the increase of cardiovascular diseases and mortality (1, 2). The prevalence of obesity, which has increased significantly in the world in recent years, is one of the most serious problems that concern the public health of our century (3). According to the 2016 data of the World Health Organization (WHO), 39% of people aged 18 and over in the world are overweight and 13% are obese (4). The data in Turkey reveals that 19.9% of the population 15

years and older is overweight and 33,7% of them is obese (5). Although university students have a high frequency of showing risky behaviours related to healthy living, it is one of the least studied groups about healthy lifestyles and lifestyles (6). Time spent while this period are important and need to be evaluated so that lifestyle changes can be corrected. Evaluation of the awareness of university students representing young adults about obesity and body mass indexes is important for planning health interventions (7). In addition to the physiological problems caused by obesity, serious psychological effects are also observed. One of these problems is lack of self-confidence. According to a study conducted in Sweden, it has been shown that especially children and adolescents perceive obesity as a social problem and experience serious loss of self-confidence (8) (91).

According to the health belief model, perceived personal sensitivity to diseases increases disease prevention and treatment seeking behaviours. Therefore, awareness of the individual about his / her own obesity and medical risks is a prerequisite in seeking treatment (9). It has been observed that increased awareness of obesity in children leads to behavioural changes and increases healthy lifestyle and diet quality scores, and provides significant reductions in blood pressure, blood lipid profile, blood glucose and insulin values (10).

The aim of this study is to investigate the relationship between obesity awareness and self-esteem levels of Samsun Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine students.

MATERIAL and METHODS

Our study is a cross-sectional, analytical and descriptive survey study. The sample of the study consisted of 1092 volunteer students studying at Ondokuz Mayıs University and a private university in the Black Sea region. In the Power analysis, it was found that the sample size of 257 would be sufficient. Study data were obtained electronically due to the pandemic period. All participants filled out 5 sociodemographic data questions and the Obesity Awareness Scale, which consists of 20 items, and the Rosenberg Self-Esteem Scale. All participants were asked to report their waist circumference, weight and height.

Tools

Obesity Awareness Scale (OAS)

"Obesity Awareness Scale (OAS)" was used to determine obesity awareness. This scale is first introduced by Allen (11) and it was developed and studied in Turkish version by Ozen (12). The validity and reliability value of the scale is 0.87. The scale consists of three sub-dimensions, obesity awareness, nutrition and physical activity, respectively. The scale has a 4-point Likert structure from negative to positive. Each statement was scored from 0 to 4. Points were added to give a final score (0-80). The higher the score, the higher the obesity awareness. The Cronbach alpha value for the overall scale is 0.87.

Rosenberg Self-Esteem Scale (RES)

It is a 10-item scale that measures global self-worth by measuring both positive and negative feelings about the self (13). The scale is believed to be uni-dimensional. All items are answered using a 4-point Likert scale format ranging from strongly agree to strongly disagree. There is no cut-off value in

this index the higher scores indicates a higher state of self-esteem.

Statistical Analyses

The research data was uploaded to the computer environment via "SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)" and evaluated. A p value < 0,005 is accepted as statistically significant.

RESULTS

60,9% (n= 669) of the individuals participating in the study were female and the average age of was 23, 94 ± 9, 28 years. The BMI average of the participants was 24.6 ± 4, 6 kg/m² while WC was 92,6±2,8 cm. Among the participants 26,7% were overweight and 13, 5% were obese. The mean of the total score for OAS was 38 ± 6.05 points. The mean scores for three sub dimensions (obesity awareness, nutrition and physical activity) were as, 28, 68 ± 3, 22, 19, 97 ± 2, 41 and 14, 73 ± 2, 23 points. There was a negative relationship between BMI, WC, RES and OAS (r=0,458, r=0,521, r=0,567, p<0,001 respectively). The comparison between the mean values of three sub-scales of the OAS has revealed that linear regression model is shown in Table-1. In linear regression model there was a negative relation between RES and BMI, WC and OAW (F=1,897, p<0,001). The model for independent factors effecting OAS is presented at Table-2.

Table 1: The comparison of both sexes OAS subscale points with each other

	Gender	Mean	t, p
Physical activity	Men	14,88±2,35	16,584 0,274
	Women	14,63±2,15	
Awareness	Men	27,91±3,44	14243 <0,001
	Women	29,17±2,97	
Nutrition	Men	19,82±3,44	16568 0,269
	Women	20,07±2,34	
Total	Men	62,61±6,60	15928 0,089
	Women	63,87±5,63	

Table 2: The Linear regression model for scores of OAS.

Variable	B (SE)	p	OR (%95 CI)
BMI	0.089 (0.032)	0.001	1.035 (1.018-1.144)
WC	0.079 (0.058)	0.02	1.010 (1.002-1.052)
RES	-0.049 (0.018)	0.01	1.010 (1.002-1.052)

DISCUSSION

Obesity is among the most important health problems of all countries worldwide (8). In the Turkish adaptation study of OAS, it was shown that students received 27.36 ± 2.18 points from the obesity-awareness sub-dimension, 20.27 ± 2.54 points from the nutrition sub-dimension, 18.57 ± 1.95 points from the physical activity sub-dimension, and 65.20 ± 6.67 points in total from the overall scale (12). These results were consistent with our study. According to a study conducted in Sweden, it was concluded that obesity is not only a health problem but also a

social problem (9). In our study, "Obese children may have more friendship and self-esteem problems." statement getting 3.53 points from the participants shows that agreement with this statement is high. With this study, it was observed that self-esteem is very low in obese university students and there is a negative relationship between self-esteem and BMI and WC. There are no more studies in the literature related to obesity awareness. Studies that are more comprehensive are needed in this topic.

REFERENCES

- Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L, MacInnis RJ, et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. *New England Journal of Medicine*. 2010;363(23):2211-9.
- Jacobs EJ, Newton CC, Wang Y, Patel AV, McCullough ML, Campbell PT, et al. Waist circumference and all-cause mortality in a large US cohort. *Archives of internal medicine*. 2010;170(15):1293-301.
- Nepal G, Tuladhar ET, Dahal S, Ahamad ST, Adhikari S, Kandel A. Lifestyle practices and obesity in Nepalese youth: a cross-sectional study. *Cureus*. 2018;10(2).
- Fact Sheets/Obesity and Overweight [updated 01.04.2020; cited 15.09.2020. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Sağlık Verileri / 15 Yaş ve Üzeri Cinsiyete Göre VKİ Değerleri [cited 16.09.2020. Available from: http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095.
- Janse van Rensburg C, Surujal J. Gender differences related to the health and lifestyle patterns of university students. *Health SA Gesondheid (Online)*. 2013;18(1):1-8.
- Agwu EM, Draper S, Croix MDS, Egimot-Nwadiaro R, Onuoha CR. Health rating, obesity and hypertension among university students in nigeria by gender and ethnicity. *Public Health Int*. 2017;2:131-43.
- Sandberg H. A matter of looks: the framing of obesity in four Swedish daily newspapers. *Communications*. 2007;32(4):447-72.
- Sivalingam SK, Ashraf J, Vallurupalli N, Friderici J, Cook J, Rothberg MB. Ethnic differences in the self-recognition of obesity and obesity-related comorbidities: a cross-sectional analysis. *J Gen Intern Med*. 2011;26(6):616-20.
- Bozbulut R, Ertaş-Öztürk Y, Döğür E, Bideci A, Köksal E. Increased Obesity Awareness and Adherence to Healthy Lifestyle-Diet Reduce Metabolic Syndrome Risk in Overweight Children. *Journal of the American College of Nutrition*. 2020;39(5):432-7.
- Allen A. Effects of Educational Intervention on Children's Knowledge of Obesity Risk Factors 2011.
- Kafkas M, Gökmen Ö. Obezite farkındalık ölçeğinin (OFÖ) Türkçe'ye uyarlanması. Bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Bedeb Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2014; 1(4):1-15.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton, University Press

Oral Presentation / Research

The Relation Between the Internet Addiction and Sleep Disturbance Among Ondokuz Mayıs University Students

Tevfik Fikret Karahan¹, Bektas Murat Yalcin², Esra Yalcin³

1. AVRASYA UNIVERSITY DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY

2. ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY DEPARTMENT MEDICAL FACULTY OF FAMILY MEDICINE, 55132 Kurupelit, Turkey E-mail: myalcin@omu.edu.tr

3. GAZI STATE HOSPITAL

Presentation on 25/03/2021 06:30 in "Oral presentations 1" by Tevfik Fikret Karahan

Keywords / Anahtar Kelimeler: Internet, Addiction, University Students, Sleep

Aim:

Problematic internet usage is becoming a greater problem among adolescents not only in our country also in the world as well. problematic Internet use causes progressive deterioration in work, school, social and family functioning. Adolescents who spend more time using the Internet are reported to have less sleeping time and feel higher levels of tiredness. However, there are limited data about this phenomenon among university students in Turkey.

Method:

Among 1458 volunteered students of Ondokuz Mayıs University in different faculties 1256 of the who meet the study criteria are included in to the study. Every participant received a demographic survey, extent of internet use, Internet Addiction Test (IAT) and relevant questions investigating about sleep quality (daily sleep duration, difficulty in falling asleep, night awaking etc.). The participants were divided into three groups according to their internet usage (Average, problematic and addictive) The results were analyzed by SPSS 16.0 version.

Results:

Among 1256 investigated participants (53%) 664 were women. 4,2% of the study sample had addictive and 8,5% of them had problematic internet usage. The IAT scores were 85,6±9,8 in addictive, 55,9±6,1 in problematic and 22,9±6,7 in average internet users ($p < 0,001$). The mean weekly internet usage in significantly higher in addictive ($21,54 \pm 10,3$) and in problematic ($12,2 \pm 5,1$) students compared to average users ($3,5 \pm 2,9$) ($F = 12,457$, $p < 0,001$). Daily sleep duration is lower in addictive users ($6,9 \pm 1,5$) compared to other groups ($p < 0,001$). Also difficulty in falling sleep (62,8) night awaking (48,2%) and early morning awaking (23,15) is more frequent in addictive group ($p < 0,001$ respectively)

Conclusions:

A correlation between addictive internet usage and sleep disturbances is observed in our study population.

Full Text

INTRODUCTION

Sleep is defined as a state of unconsciousness in which a person can wake up with sensory or other stimuli. Coma is a state of unconsciousness that cannot be awakened (1). Sleep is considered an active process that is absolutely necessary for us to renew our physical and mental health every day. In the Family

Medicine Specialization, it should be questioned among the daily functions of the person in the routine history (2). It has been suggested that sleep is likely the result of active inhibitory processes, and the stimulation of various specific areas of the brain causes sleep. Brain regions related to sleep are defined as Rafe nuclei, Nuc.tractus solitarius, Hypothalamus rostral part. Although many neuropeptides related to sleep have been diagnosed, Muranylpeptide is thought to be very active in the formation of sleep. Even mild sleep restrictions for a few days can impair physical and cognitive performance, overall productivity, and a person's health. Longer sleep deprivation can often result in a cognitive slowdown and reluctance to start work. As the insomnia prolongs, psychotic symptoms occur in the person (agitation and increased paranoid thinking). When experimental animals are left without sleep for 2 to 3 weeks, they die of sudden heart attack. The sleep time that a person needs daily varies from person to person with the effect of genetic factors. This period is usually between 4 and 11 hours. However, it is known that the ideal sleep duration decreases with age. While a newborn baby up to three months sleeps 14-17 hours every day, this period decreases to 7 to 8 hours after the age of 65 (3). On average, a person spends 8 hours of a day, 2920 hours a year, 121.7 days of the year, asleep. In short, approximately 1/3 of the human life is spent asleep (4). It is known that people's daily sleeping time decreases due to sociological reasons over time. For example, in the 20th century, people sleep an hour less on average than before. High sleep quality is as important as sleep duration. Sleep quality is the degree to which restful sleep is maintained throughout the night, and the person feels refreshed during waking and throughout the day. Traditional sleep quality measures evaluate the delay to the onset of sleep, wakefulness after the onset of sleep, and / or sleep duration (5). The gold standard in evaluating sleep quality is polysomnography and actigraphy methods that detect the motor activity of the person and record their sleep and activity for 24 hours. Apart from this, there are many scales evaluating subjective sleep quality such as Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Berlin Sleep Questionnaire (BSI) (6). The advent of computers and rapid technological advances have increased the ability to work and play in industrialized societies. Indeed, in the 1970s it was hoped that technology would reduce the burden of physical labor, promoting a 4-day work week, thus providing more time for leisure (7). Studies conducted in the last decade have shown that electronic devices such as televisions, game consoles and computers negatively affect sleep (8). 53.7% of internet users in Japan delayed their bedtime and 45.4% shortened their sleep hours. Recent research in Belgium has shown that students who spend more time using the internet and playing games go to bed later and sleep less. These findings show that using computers during the night affects sleep at night, but the effects of playing computer games on sleep architecture and quality remain uncertain (9).

53.7% of internet users in Japan delayed their bedtime and 45.4% shortened their sleep hours. Recent research in Belgium has shown that students who spend more time using the internet and playing games go to bed later and sleep less. These findings show that using computers during the night affects sleep at night, but the effects of playing computer games on sleep architecture and quality remain uncertain (9). The usage rates of electronic devices are increasing in our country. According to TurkStat data using your mobile phone in Turkey in 2020. While 53.7% in 2014 and it reached 95.3% (10). Among the age groups, the highest rate of smartphone use belongs to the 25-34 age group (98%).

The technology provided by smartphones causes a stress of not being able to effectively cope with the use of innovative technological devices that change routine tasks and priorities, due to the necessity to stay connected. Tech stress raises anxiety about acceleration, the need to share updates, multitask, and to be consistently available. Techno stress can lead to psychophysiological stress such as "mental overload, neglect of other activities and personal needs, time pressure, role conflicts, guilt feelings, social isolation, and physical symptoms" and consequently create endless sleep disorders (11). In a study, excessive television watching and the presence of TV in the bedroom were found to be associated with short sleep in children with racial / ethnic differences, and it was determined that an increase in life-long TV viewing time per day for 1 hour causes short sleep for 7 minutes a day (12). The purpose of this research; The study is to investigate whether there is a relationship between the total screen hours they spend weekly among Ondokuz Mayıs University students and their sleep quality

.MATERIAL and METHODS

This study is a descriptive and cross-sectional study in which students who study at Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine and Faculty of Education and agree to participate in the study are included. The study was conducted between May 2020-October 2020. As a result of the power analysis, it was understood that the required sample size was 224. The study was based on volunteering, students who refused to participate in the study and completed the questionnaire were excluded from the scope of the study, and the study was completed with a total of 604 students. In our study, a 34-question data form, PSQI and IAT were used as data collection tools. The data were analyzed with IBM SPSS v.25. Descriptive statistics were presented as mean ± standard deviation (minimum-maximum), number (frequency distribution) and percentage. Chi-square test was used in the analysis of categorical data. The compliance of the data to normal distribution was tested with the Kolmogorov Smirnov test.

Tools

Pittsburgh Sleep Quality Inventory (PSQI)

This questionnaire evaluates the sleep quality of the individual in the last month and includes a total of 24 questions. 19 of the questions are self-report questions and the other five questions are answered by the patient's spouse or roommate. Five questions are used for clinical information only and are not included in scoring. The 19 items participating in the scoring are classified as 7 component scores, and the main PSQI score is obtained (6). Each component is evaluated with a number from 0 to 3. The PSQI score formed by adding the components can range from 0-21. Sleep quality of those with a PSQI score of 5 or less is "good"; Sleep quality of those over 5 is evaluated as "bad".

Internet Addiction Test (IAT)

It is an expanded version of the Internet Addiction Diagnostic Test (IADQ) (13). It consists of 20 questions written in 6 likeert style. Accordingly, 0-49 points indicate normal internet use, 50-79 points indicate problematic internet use, and ≥80 points indicate dependent internet use

.RESULTS

A total of 1256 students participated in the study, 528 (41.7%) from the Faculty of Medicine and 728 (58.3%) from the Faculty of Education. The average age of the students was 21.17 ± 2.318 (min.18 max.36). 53% (n = 664) were female, 47% (n = 592) were male, 97.7% were single, 2.3% (n = 29) were married. The average body mass index (BMI) of the students was evaluated as 22.4 kg / m². The average BMI of women was calculated as 21.7 kg / m², and the average BMI for men was calculated as 24.1 kg / m². When the cases included in our study were evaluated, 735 (58.8%) students had poor sleep quality (PSQIQ5 points).

According to the IAT score, 8.5% (n = 107) people had problematic internet use, 4.2% (n = 52) people had dependent internet use.

Mean IAT scores were 22.9 ± 6.7 for those with normal internet use, 55.9 ± 6.1 for those with problematic internet use, and 85.6 ± 9.8 for those with dependent internet use (F = 12.421 p <0.001). .

There was a significant positive correlation between PSQI and IAT scores (r = 0.478, p <0.001). When the average daily sleep times were evaluated according to the IAT scores, the normal group slept 7.3 ± 0.8 hours, the problem group 7.1 ± 0.1 hours, and the dependent group 6.9 ± 0.2 hours (F = 9.874, p <0.001).

Students' average screen hours are shown in Table-1.

Table 1: Mean time spent for electronic devices

	Medical	Educational	Total
	X±SS	X±SS	X±SS
Daily (except weekend)	5,93±2,54	5,32±2,45	5,58±2,50
Weekends	6,65±2,90	5,71±2,74	6,09±2,84
Weekly	6,11±2,48	5,45±2,45	5,72±2,49

In the linear regression analysis performed with three independent variables such as age, BMI, and screen time once a week, it was found that these independent variables had little effect on the PSQI score, but the unit increase in the daily screen time increased the PSQI score by 2.3 points (t = 2,323 p = 0.021). In the multivariate analysis of factors related to sleep quality, a binary logistic regression model was created by taking some variables that were found to be statistically significant in paired comparisons. The model created is shown in Table 2.

Table 2: Logistic Regression Model for Independent Risk

Factors for PSQI

Variable	B	%95 CI (Min-Max)	p
Daily time spent for electronic devices (except weekend)	2,525	1,017- 6,266	0,046
Weekend time spent for electronic devices	0,760	0,362- 1,595	0,468
Smoking	2,103	1,258- 3,515	0,005
Eating before sleep	1,549	1,064- 2,254	0,022
Father educational status	0,649	0,449- 0,938	0,021
Using smart phone half-hour before bed	1,818	1,247- 2,652	0,002
IAT	2,018	1.1.407-3.257	0,001

DISCUSSION

In our study, the prevalence of poor sleep quality was found to be 58.8%. In studies conducted among university students in different countries, this rate has been found at different levels. ^ Turkey this ratio from 30.5% (14), 55.8% in Ethiopia (15), and 57.5% in Iran (16), 42.9% in Brazil (17), Palestine It was found to be 28% (18) and 58% (19) in China. Abnormal internet use concerns 17.7% (n = 122) of university students. In our country, these figures vary between 7% and 21%. These differences between results from different studies may be related to differences in cultural habits, socioeconomic status and university characteristics of these countries. Students' personal sleep habits that are intertwined with technology may also be one of the reasons for this high quality of poor sleep.

In the binary logistic regression analysis we conducted, it was determined that more than 8 hours of screen time during the week for poor sleep quality, smoking, father's education level being middle school and below, consuming food for the last half an hour before going to sleep, spending 20 minutes with a smartphone before sleeping, and the high IAT score It was concluded that there are risk factors for its quality. Family medicine physicians must be aware of this problem and survey during daily practice.

REFERENCES

- Brown RE, Basheer R, Mckenna JT. Control of sleep and wakefulness. *Physiological Reviews*, 2012 92(3):1087-187
- Carley DW, Farabi SS. Physiology of sleep. *Diabetes Spectr*. 2016 Feb; 29(1): 5-9.
- Kirsch D. Disruption in Health Care (and Sleep Medicine): "It's the End of the World as We Know it...and I Feel Fine." *J Clin Sleep Med*. 2019 Sep 15; 15(9): 1185-1188.
- Keskin N, Tamam L. Uyku bozuklukları sınıflama ve tedavi. *Arşiv Tarama Dergisi* 2018; 27(2):241-60.
- Suzuki K. Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*, 2017; 18,(2):61-71.
- Buyse et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 1989; 28,(2): Pages 193-213.
- Gradisar M, Wolfson AR, Harvey AG, Hale L, Rosenberg R, Czeisler CA. The sleep and technology use of Americans: findings from the National Sleep Foundation's 2011 Sleep in America poll. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2013;9(12):1291-9.
- Cain N, Gradisar M. Electronic media use and sleep in school-aged children and adolescents: A review. *Sleep medicine*. 2010;11(8):735-42.
- Higuchi S, Motohashi Y, Liu Y, Maeda A. Effects of playing a computer game using a bright display on presleep physiological variables, sleep latency, slow wave sleep and REM sleep. *Journal of sleep research*. 2005;14(3):267-73.
- Türkiye İstatistik Kurumu [cited 2020 17/09]. Available from: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028.
- Thomé S, Dellve L, Härenstam A, Hagberg M. Perceived connections between information and communication technology use and mental symptoms among young adults-a qualitative study. *BMC Public Health*. 2010;10(1):66.
- Cespedes EM, Gillman MW, Kleinman K, Rifas-Shiman SL, Redline S, Taveras EM. Television viewing, bedroom television, and sleep duration from infancy to mid-childhood. *Pediatrics*. 2014;133(5):e1163-e71
- Young, K. S. (1998b). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 237-244.
- Saygılı S, Çil Akıncı A, Arıkan H, Dereli E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk Ejevoc. 2011;1:88-94.
- Lemma S, Gelaye B, Berhane Y, Worku A, Williams MA. Sleep quality and its psychological correlates among university students in Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*. 2012;12(1):237.
- Yazdi Z, Loukzadeh Z, Moghaddam P, Jalilolghadr S. Sleep hygiene practices and their relation to sleep quality in medical students of Qazvin University of Medical Sciences. *Journal of caring sciences*. 2016;5(2):153.
- Lima ÁMAd, Varela GCG, Silveira HAdC, Parente RDG, Araujo JF. Evening chronotypes experience poor sleep quality when taking classes with early starting times. *Sleep Science*. 2010;3(1):45-8.
- Sweileh WM, Ali IA, Sawalha AF, Abu-Taha AS, Sa'ed HZ, Al-Jabi SW. Sleep habits and sleep problems among Palestinian students. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2011;5(1):25.
- Suen L, Tam W, Hon K. Association of sleep hygiene-related factors and sleep quality among university students in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2010;16(3):180-5.

Oral Presentation / Research

30-65 Yaş Arası Kadınların Human Papilloma Virus ve Serviks Kanseri Taraması Hakkındaki Davranışlarına Konu Hakkında Verilen Eğitimin Etkisi

Neriman Erkan

SBU Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, 34360 İstanbul, Turkey E-mail: ecen_erkana@yahoo.com

Presentation on 25/03/2021 08:00 in "Oral presentations 2" by Neriman Erkan

Keywords / Anahtar Kelimeler: Serviks Kanseri Taraması, Human Papilloma Virus, Eğitim**Aim:**

Serviks kanseri hem önlenilebilen hem de erken tanı ile kür sağlanabileen jinekolojik bir kanserdir. Bireylerin kanser tarama testlerini yaptırmaları sağlanarak kanserin erken tanı ve tedavisi mümkün olabilir. Bu çalışma ile İstanbul Şişli Kuştepe Aile Sağlığı Merkezi 34.35.024 nolu Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı 30-65 arası kadınların eğitim sonrası Human Papilloma Virus ve serviks kanseri taraması hakkındaki davranışlarının değerlendirilmesini amaçlanmıştır.

Method:

Kuştepe Aile Sağlığı Merkezi 34.35.024 nolu birime kayıtlı daha önce hiç serviks kanser taraması yaptırmamış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 30-65 yaş arası 255 kadına yüz yüze görüşme ile 28 sorudan oluşan anket uygulandı. Anket sonrası kadınlara Human Papilloma Virus ve Serviks Kanseri içerikli standart bir eğitim ile Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'nin rahim ağzı kanser tarama broşürü verildi. Sonrasında taramayı kabul edip etmeme açısından bireyler değerlendirildi.

Results:

Çalışmaya katılan 255 kadının yaş ortalaması 42,8'dir. %11,0'ı okur yazar değil, %64,3'ü lise altı, %24,7'si lise ve üstü eğitim durumuna sahipti. Ülkemizde serviks kanser taraması yapıldığını bilenler %82,0, bilmeyenler %14,1'di. Daha önce rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu duyanların oranı %60, duymayanların oranı %40 saptanmıştır. Çalışma sonunda Serviks kanseri tarama testini kabul edenlerin oranı %36,9, kabul etmeyenlerin oranı %63,1 saptandı.

Conclusions:

Çalışmaya katılan kadınların ülkemizde yapılan kanser taramaları, serviks kanseri, Human Papilloma Virus ve aşısı ile ilgili genel bilgilerinin yetersiz olduğu, aralarındaki ilişkiyi bilme oranlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Serviks kanser taraması yaptırmaları oranları da oldukça düşüktür. Serviks kanser taramalarını arttırmak, morbitite ve mortaliteyi azaltabilmek için eğitimler verilmelidir, kamu spotları ve broşürler gibi materyaller ile desteklenerek farkındalık yaratılmalıdır. Çalışmamızda serviks kanser tarama yaptırmaları oranı %36,9 olsa da COVID-19 gibi tüm dünyayı etkilemiş pandemi dönemi için azımsanmayacak bir yüzdendir. Serviks kanser taramaları hakkında verilecek eğitimin etkisi tartışma götürmez bir durumdur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında aile hekimleri tarafından yapılacak olan ulusal kanser taramaları halkımızın sağlığına büyük oranda katkı sunacaktır.

Giriş: Kanser mortaliteyle seyreden, hasta ve hasta yakınları açısından fiziksel, psikolojik ve sosyal problemleri de beraberinde getiren bir hastalıklar grubudur. Kanser yükü dünya çapında giderek artmaktadır. Kanser vakaları ve kanser ölümlerindeki artış, sağlık hizmetlerinin altyapısı ve ilgili maliyetler üzerindeki baskıyı da artırarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için zorluk teşkil etmektedir. Tedavi; kanser yükünü azaltmak için tek başına bir çözüm değildir. Dolayısıyla kanserin önlenilebilirliğiyle ilgili tedbirler almak gereklidir. Serviks kanseri hem önlenilebilir hem erken tanıyla tedavi edilebilir bir kanserdir.(1) Serviks kanser taramalarının yapılması, var olan kanser vakalarını erken tanımak ve mortaliteyi azaltmak bakımından büyük önem taşımaktadır.

Dünya genelinde kadınlarda görülen kanserler sıklık sırasıyla meme kanseri, kolorektal kanserler, akciğer ve serviks kanseridir. Serviks kanseri kadınlarda dördüncü sıklıkta görülen kanserdir ve insidansı 14/100.000'tür. Globocan 2018 verilerine göre serviks kanserinin Türkiye'de tüm kanserler arasında görülme sıklığı 18. sırada, jinekolojik kanserler arasında 3. sırada yer almaktadır.(2) Sağlık Bakanlığının 2018 yılı sağlık istatistiklerine göre 2016 yılında serviks kanseri, kadınlarda görülen kanserlerde 9. sırada olup insidansı 4,3'tür. Ülkemizde serviks kanserinin görülme sıklığı gelişmiş pek çok ülke sıklığının altındadır.(3)

Tüm serviks kanseri olgularının %99,7'sinden insan papilloma virusu (HPV) sorumludur. Human Papilloma Virus'ün serviks kanseri için bu denli yüksek oranda bir risk faktörü olarak tespit edilmiş olması HPV tarama testlerinin ve HPV'ye karşı aşılamanın serviks kanserini önlemede ana unsurlar olduğunu ortaya koymaktadır. Serviks kanserinin preinvaziv evrede tespit edilmesi ve/veya HPV-DNA'nın tespit edilmesi düzenli HPV tarama testleriyle mümkündür, takip ve tedaviye de olanak sağlamaktadır. Düzenli serviks kanser taramalarının yapıldığı gelişmiş toplumlarda serviks kanseri insidansının giderek düştüğü gözlemlenmiştir.(4) Serviks kanserinin erken tanısı için tüm kadınların bu konudaki farkındalıklarının eğitimle geliştirilmesi gerekmektedir.

Kanser taramalarının toplumsal yararının olabilmesi için kriter; hedef nüfusun %70'ne ulaşabilen programların yürütülmesidir. Mevcut Ulusal Kanseri Kontrol Programımıza göre servikal kanser taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yapılmaktadır. Tarama programı; 30-65 yaş arasındaki asemptomatik kadınların 5 yılda bir HPV tarama testiyle taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi şeklinde yürütülmektedir.(5)

Bu çalışmayla Kuştepe Aile Sağlığı Merkezi (34.35.024 nolu AHB)'ne kayıtlı 30-65 yaş arası, daha önce hiç HPV tarama testi yaptırmamış kadınlara HPV taraması, serviks kanseri ve HPV aşılılarıyla ilgili eğitim vererek serviks kanser taramasına katılım oranlarının "eğitim" ile artırılabilirliğini göstermek, serviks kanser ulusal tarama programı hedefine katkı sunmak istedik.

Aile hekimleri kanser tarama programının topluma anlatılmasında, programa katılımın artırılmasında anahtar role sahiptir, kanser tarama programının vazgeçilmez bir parçasıdır. Bu nedenle Aile Hekimleri bu konuda daha fazla desteklenmelidir.(5)

Gereç ve yöntem: Kesitsel ve prospektif olan bu çalışmada, İstanbul Şişli Kuştepe Aile Sağlığı Merkezi 34.35.024 No'lu Aile

Hekimliği Birimine kayıtlı 30-65 yaş arası daha önce serviks kanser taraması yaptırmamış, herhangi bir jinekolojik operasyon geçirmemiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar hedef nüfusu oluşturmuştur. Nüfusa kayıtlı 30-65 yaş arası 756 kadın evreni için %5 hata payıyla %95 güven seviyesinde minimum 255 kadın çalışmaya dahil edildi. Yüz yüze görüşme esas alınarak yapılan anket öncesi sözel ve yazılı onam alındı. Yapılan anket sosyodemografik ve kültürel durum, alışkanlıklar, serviks kanseri, serviks kanser taraması, Human Papilloma Virus, Human Papilloma Virus aşısı ve rahim ağzı kanser tarama testlerini bilip bilmedikleri, ne sebeple rahim ağzı kanser tarama testi yaptırmadıklarıyla ilgili 28 sorudan oluşmaktadır. Daha sonra bu kadınlara serviks kanseri, Human Papilloma Virus, Human Papilloma Virus aşısı ve serviks kanser taraması hakkında standart bir eğitimle Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)'nin rahim ağzı kanser tarama broşürü verildi. Serviks kanseri tarama testi yaptırmayı önerildi, kabul eden bireylere Aile Sağlığı Merkezi'nde tarama yapıldı. Tarama testi sonuçları ile ilgili kadınlara bilgi verildi, gereken hallerde yönlendirmeler yapıldı.

İstatiksel analiz için SPSS 25.0 Paket Programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, ortanca olarak verildi. Eğitim sonrası belirlenen bağımsız grupta sayısal değişkenin karşılaştırmaları normal dağılım koşulu sağlanmadığında Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Gruplarda oranlar Ki Kare Analiziyle karşılaştırıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların genel yaş ortalaması 42,8 (SS=8,6), minimum yaş 30, maximum yaş 64'tür. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde, %88,6'sinin (n=226) evli, %11,4'ünün (n=29) bekar ve ilk cinsel ilişkiye girme yaş ortalamasının 21,47 olduğu görülmüştür. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %11,0'inin (n=28) okuryazar olmadığı, %64,3'ünün (n=164) lise altı, %24,7'sinin (n=63) lise ve üstü eğitim durumunda olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 21,47±4,8'dir. Ortalama doğum sayısı 2,4(±)1,1 ve çalışmaya katılanlar arasında sigara içme oranı %40 saptandı.

Katılımcıların sosyodemografik verileri ve HPV tarama yaptıрма durumları dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Hpv taraması yaptıрма ile sosyodemografik veri ilişkisi tablo 1'de verilmiştir.

		Yaptırdı	Yaptırmadı	Toplam	P
Sosyodemografik Özellikler		HPV Tarama Durumu	Yaptırma	Toplam	P
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	28,6%	71,4%	11,0 %	0,310
	Lisealtı	39,2%	59,8%	64,3 %	
	Liseveüstü	31,7%	68,3%	24,7 %	
Medeni Durum	Evli	35,1%	64,9 %	88,2 %	0,112
	Bekar	50,0%	50,0%	11,8 %	
Gelir Durumu	1700 TLden düşük	29,5%	70,5%	23,9%	0,172
	1700 - 3500 TL arası	42,3%	57,7%	51,0%	
	3500 TL ve üstü	32,8%	67,2%	25,1%	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	43,9%	56,1%	32,2%	0,109
	Ev Hanımı	33,5%	66,5%	67,8%	
Sosyal Sağlık Güvencesi	Yok	14,3%	85,7%	11,0%	0,009
	SGK	39,6%	60,4%	89,0%	
En Uzun Yaşanan Yer	Kent	38,1%	61,9%	87,5%	0,273
	Kırsalalan	28,1%	71,9%	12,5%	
Bakmakla Yükümlü	Çocuk	31,5%	68,5%	56,1%	0,089
	Yetişkin	52,6%	47,4%	7,5%	
	Yok	41,9%	58,1%	36,5%	
Olduğu Kişiler	İçiyor	30,4%	69,6%	40,0%	0,126
	İçmiyor	43,0%	57,0%	50,2%	
	Ex smoker	32,0%	68,0%	9,8%	
Ailede Kanser Öyküsü	Var	38,6%	61,4%	49,8%	0,571
	Yok	35,2%	64,8%	50,2%	

HPV tarama yaptıрма durumu; yaş, medeni durum, gelir-çalışma durumu, en çok kentte veya kırsal alanda yaşamış olma, bakmakla yükümlü olunan kişiler olup olmaması ve eğitim durumlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sosyal sağlık güvencesi olup olmamasıyla HPV tarama yaptırmama durumu karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olmayanların büyük oranda (%85,7) HPV tarama yaptırmadığı saptanmıştır. (p=0.009) Çalışma durumu ile HPV tarama yaptıрма durumu karşılaştırmasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Sigara içme durumuyla HPV tarama yaptıрма durumu karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.

Katılımcılara "ülkemizde hangi kanserlerin taraması yapılıyor?" sorusu yöneltildiğinde; %84,3'nün ülkemizde meme kanser taraması yapıldığını bildiği, %82,0'sinin rahim ağzı kanser taraması yapıldığını bildiği, %45,5'nin kolon kanser taraması yapıldığını bildiği, %17,6'sinin akciğer kanserinin taramasının yapıldığını bildiği saptanmıştır.

Rahim ağzı kanser taraması yaptırmak ister misiniz? Sorusuna %85,5 oranında 'evet' cevabı alınmış, evet diyenlerin %39,3'nün HPV tarama testi yaptırdığı saptanmıştır. (p=0.038)

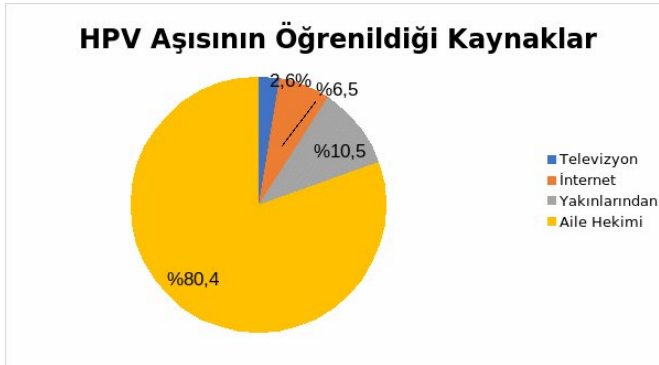
Çalışmaya katılanlara bugüne dek niçin rahim ağzı kanser taraması yaptırmaları sorulduğunda %44,7'sinin kanser taramaları hakkında bilgisi olmadığı, %23,9'nun gerekli olduğunu düşünmediği, %30,6'sinin muayene olmaktan

korktuğu, %0,4'ünün aile hekimi tarafından hiç önerilmediği için, %0,4'ünün aile hekimi tarafından önerildiği fakat kişisel nedenlerce rahim ağzı kanser taraması yaptırmadığı saptanmıştır.

Bazı virüslerin kanser yaptığını biliyor musunuz sorusuna %67,8 oranında evet cevabı alınmıştır. HPV tarama yaptırmama durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. (p=0.048)

Daha önce HPV'yi duyma oranı %45,9, HPV ile rahim ağzı kanseri arasındaki ilişkiyi biliyor olduğunu söyleyenlerin oranı %45,1 saptandı. Bununla birlikte HPV'nin rahim ağzı kanserine neden olduğunu bilmekle HPV tarama testi yaptırmama arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı. (p=0.160) HPV ile rahim ağzı kanserinin ilişkisini bilmeyenlerin HPV tarama testi yaptırmama oranının daha yüksek olduğu gözlemlendi. Rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu bildiğini ifade edenlerin oranı %60,0'tır. Rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu biliyor musunuz? Sorusuna verilen cevaplarla HPV tarama testi yaptırmama arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmıştır. (p=0.026) Rahim ağzı kanseri aşısı olduğunu bildiğini söyleyenleri HPV tarama testini daha düşük oranda yaptırdıkları saptanmıştır. Rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu duyma oranı HPV'yi duyma oranından yüksektir.

Rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu televizyondan öğrenenlerin %50,0'si, internetten öğrenenlerin %50,0'si, yakınlarından öğrenenlerin %18,8'i, aile hekiminden öğrenenlerinse %30,1'i HPV tarama testi yaptırmıştır.



Şekil 1: HPV Aşısının Öğrenildiği Kaynaklar

Tablo 2: Rahim Ağzı Kanseri Risk Faktörlerini Bilme ve HPV Tarama Yaptırma Oranları

Risk Faktörleri	Bilme Oranı	HPV tarama yaptırmama Oranı
İlk cinsel ilişkinin erken yaşta başlaması	%43.1	%18.0
Çokeşli cinsel hayatın olması	%74.5	%28.2
Çokeşli cinsel hayatı olan kişilerle ilişkide bulunmak	%76.5	%28.6
İlk gebelik yaşının 20'den küçük olması	%38.8	%12.9
İlk doğum yaşının 20'den küçük olması	%43.1	%15.3
Doğum sayısının 3 ve üstünde olması	%30.6	%10.2
Sigara kullanımı	%80.0	%29.8
Tedavi edilmemiş vajinal enfeksiyonlar	%86.7	%32.5
HPV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların olması	%78.0	%29.4

Kadınların rahim ağzı kanseri risk faktörleriyle ilgili sorulara verdikleri cevaplarda; İlk cinsel ilişkinin erken yaşta başlaması çalışmaya katılanların %56,9'u tarafından rahim ağzı kanseri risk faktörü olarak görülmektedir. Çokeşli cinsel hayatın olması %74,5, çokeşli cinsel hayatı olan kişilerle ilişkide bulunmak %76,5 oranında rahim ağzı risk faktörü olarak algılandığı görülmektedir. İlk gebelik yaşının 20'nin altında olması çalışmaya katılanların sadece %38,8'i tarafından rahim ağzı risk faktörü olarak görülmektedir. İlk gebelik yaşının 20'den küçük olmasını risk faktörü olarak görenlerle HPV tarama yaptırmama arasında istatistikçe anlamlılık saptanmıştır. (p=0.001) İlk doğum yaşının 20'den küçük olması %43,1, doğum sayısının 3 ve üstünde olması %30,6, sigara kullanımı %80,0, tedavi edilmemiş vajinal enfeksiyonların varlığının %86,7, HPV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların olmasının %78,0 oranında rahim ağzı kanseri risk faktörü olarak görüldüğü saptanmıştır.

İlk cinsel ilişkiye girme yaşıyla HPV tarama yaptırmama durumları arasında istatistikçe anlamlı farklılık saptanmamıştır (Z=-0.490, p=0.624)

Doğum sayıları rahim ağzı kanser taraması yaptırmama istekleri açısından karşılaştırılmıştır. İstatistikçe anlamlı farklılık saptanmamıştır. (Z=-0.069, p=0.945)

Tartışma: Serviks kanseri hem kadın sağlığı hem toplum sağlığı açısından önemli sağlık problemlerinden biridir. Serviksin müdahalesi kolay lokalizasyonda bir organ olması ve serviks kanserinde preinvaziv lezyonların olması serviks kanserinin erken teşhisine olanak sağlar. Serviks kanseri için risk altındaki kadınları tespit edebilmek için düzenli aralıklarla HPV tarama testi yapılmalıdır. Serviks kanseri taramaları kanser insidansını ve mortalitesini düşüren etkinliği kanıtlanmış nadir tarama yöntemlerindedir. Ülkemizde uygulanma olanağı olan ulusal tarama programımızdan 30-65 yaş arası tüm kadınlara taramalardan yararlanma bilgisini vererek serviks patolojilerini premalign ya da erken evrede tespit edebilir, invaziv kanser sıklığını, serviks kanserine bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltarak kompleks ve pahalı tedavileri önleyebiliriz. Serviks kanserinden korunmada 'erken tanı'nın ne kadar önemli olduğunun hala anlaşılmadığı ortadadır. Bu çalışmayla HPV enfeksiyonu, HPV aşılı ve kanser tarama testleri hakkında

hedef kitlede eğitimle farkındalık oluşturmaya çabaladık.

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması 42,8±8,6'dir.(min:30-max:64) HPV ile oluşan preinvaziv lezyonların serviks kanserine dönüşümü 10-20 yıl almaktadır, bu süre esnasında tarama yapılarak tanı konulabilir.Türkiye'de serviks kanseri vakalarını yaş ortalaması 48,7'dir ve büyük oranda ileri evrede tanı almaktadırlar.(5)Çalışmamıza katılan kadınların yaş ortalaması Türkiye ortalamasından daha gençtir.

Çalışmamızda ilk cinsel ilişki yaş ortalaması 21,47±4,8'idi.Erken yaşta cinsel ilişkiye girmek serviks kanseri için risk faktörü olduğundan ilk cinsel ilişki yaş ortalamasının 21,47 saptanmış olması sevindiricidir. 3ve daha fazla sayıda doğum yapmış olmak serviks kanseri risk faktörlerinden olup bizim çalışmamızda ortalama doğum sayısı 2,4 (±)1,1 saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınlar arasında sigara içme oranı %40 saptandı.Bu çok yüksek bir orandır; sigara içmek serviks kanseri risk faktörlerinden biridir.

Tekpınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailede kanser öyküsü olması kanser taraması yaptırmaya açısından anlamlı saptanırken bizim çalışmamızda ailede kanser öyküsü olması HPV tarama yaptırmaya durumunu etkilememiştir, bu sonuç çalışmaya katılanların eğitim ve sosyokültürel özelliklerinin düşük olmasıyla bağdaştırılabilir.(26)

HPV tarama yaptırmaya durumu; yaş, medeni durum, gelir-çalışma durumu, en çok kentte veya kırsal alanda yaşamış olma, bakmakla yükümlü olunan kişiler olup olmaması ve eğitim durumlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.Pehlivanoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da eğitim durumuyla rahim ağzı kanser taraması yaptırmaya arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır.Eğitim düzeyi arttıkça rahim ağzı kanser tarama yaptırmaya oranında artış saptanmamış olması şaşırtıcıdır.Bu durum toplumun sosyokültürel yapısından kaynaklanıyor olabilir.(27)Tekpınar ve arkadaşlarının çalışmasında kanser tarama yaptıranların 50 yaş üzerinde ve daha çok kentte yaşayan kişiler olduğu saptanmıştır(26)

Sosyal sağlık güvencesi olup olmama ile HPV tarama yaptırmaya durumu karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olmayanların büyük oranda(%85,7) HPV tarama yaptırmadığı saptanmıştır.(p=0.009)Oysa verilen eğitim sırasında kanser taramalarının ücretsiz olarak yapıldığı özellikle vurgulanmıştır.Kanser taramaları hakkında aile hekimleri bilgi verse de kamu spotları ile topluma sıkça hatırlatılması yerinde olacaktır.

Katılımcılara"ülkemizde hangi kanserlerin taraması yapılıyor?" sorusu yöneltildiğinde; %84,3'nün ülkemizde meme kanser taraması yapıldığını, %82,0'sinin rahim ağzı kanser taraması yapıldığını, %45,5'nin kolon kanser taraması yapıldığını bildiği, %17,6'sının da akciğer kanserinin taramasının olmadığını bildiği saptanmıştır. Kolon ve akciğer kanseri taramaları hakkında bilgi düzeyi düşük olsa da meme ve rahim ağzı kanseri taramalarının ülkemizde yapıldığını bilme oranları oldukça yüksektir.Serviks kanser taramasının yapılıyor olduğunu bildiklerini %82,0 oranında beyan etmiş olmalarına rağmen HPV tarama yaptırmaya durumlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tekpınar'ın yapmış olduğu çalışmada da eğitim sonrası rahim ağzı ve meme kanser taraması yaptırmak isteyenlerin oranı

artmış olmasına rağmen katılımcıların çoğunun kanser taraması yaptırmadığı saptanmıştır.Kanser taramasının yapıldığını bilip kanser taraması yaptırmama durumu toplum sağlığını korumak açısından koruyucu hekime çok büyük oranda yer verilmesini gerektiğini göstermektedir.

Rahim ağzı kanser taraması yaptırmak ister misiniz? Sorusuna %85,5 oranında 'evet' cevabı alınmış, evet diyenlerin %39,3'nün HPV tarama testi yaptırdığı saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı olsa da(p=0.038) HPV tarama testi yaptırmaya oranı düşüktür.Bu durum Tekpınar'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılanlara bugüne dek niçin rahim ağzı kanser taraması yaptırmadıkları sorulduğunda %44,7'sinin kanser taramaları hakkında bilgisi olmadığı, %23,9'nun gerekli olduğunu düşünmediği, %30,6'sının muayene olmaktan korktuğu için yaptırmadığı saptanmıştır.

Rahim ağzı kanser taraması hakkında bilgisi olmadığı için tarama yaptırmamış olduğunu söyleyen oranı oldukça yüksektir.Verilen eğitim sonrası bu kişilerin %63,8'sinin HPV tarama testi yaptırdığı saptanmıştır;azımsanmayacak bir orandır.

Gerekli olduğunu düşünmediği için yaptırmama kişilerin sadece hastalık hallerinde hekime başvuru inancı olduğunu gösterir ki bu taramanın ve korumanın gerekliliğinin anlamadığı anlamına gelir,mortalite ve morbiditenin artmasına neden olur.Çakmak ve arkadaşlarının sağlık çalışanı kadınlarda yaptığı çalışmada HPV tarama testi yaptırmayan kadınların oranının 1/3'ten fazla olduğu ve bu kadınların şikayeti olmadığı için testi yaptırmayı gerekli görmediği ifade edilmiştir.(30)

Serviks kanserinin gelişiminde en önemli rolün HPV olduğu bilinmektedir.(4)Bu çalışmada daha önce HPV'yi duyma oranı %45,9 saptanmıştır.Yurtsev ve arkadaşlarının 2011'de yaptığı çalışmada HPV'yi duyma oranı %39,2 olarak belirtilmiştir.(28)

Rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu bildiğini ifade edenlerin oranı %60,0'tır.Rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu biliyor musunuz? Sorusuna verilen cevaplarla HPV tarama testi yaptırmaya arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmıştır.(p=0.026)

Rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu duyma oranı HPV'yi duyma oranından yüksektir."Human PapillomaVirus" dilimize yabancı bir kelime olduğundan kadınlar tarafından duyulmuş olsalar bile akıldan kalmamış olabilir.Altinel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada HPV aşısını duyma oranı %30,0 olarak belirtilmiştir.(29)Bu oran bizim çalışmamızda 2 kat daha yüksek bulunmuştur.Aile Hekimliği Birimine bağlı nüfusun durağan olması,her poliklinik ziyaretinde kendilerine mümkün olduğunca koruyucu hekimlik hizmetlerinin verilmeye çalışılması rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu duyma oranını arttırmış olabilir.Nitekim rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu bilenlere nereden duydukları sorulduğunda %80,4'nün aile hekiminden duyduğu cevabı alınmıştır.Aile Hekimliğinin koruyucu hizmetleri arasında yer alan okul çağı tarama programları kapsamında HPV aşısıyla ilgili olarak bilgilendirmeler yapılıyor olması kadınların rahim ağzı kanseri olmamak için aşı olduğunu öğrenmelerine katkı sağlamış olabilir.

Kadınların rahim ağzı kanseri risk faktörleriyle ilgili sorulara verdikleri cevaplarda rahim ağzı kanseri risk faktörlerinin yeterli düzeyde bilinmediği gözlenmektedir.İlk cinsel ilişkinin erken yaşta başlaması çalışmaya katılanların %56,9'u tarafından

rahim ağzı kanseri risk faktörü olarak görülmemektedir, bu kadınların sosyodemografik özelliklerinden ve eğitim düzeylerinin yüksek olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Çoğuş cinsel hayatın olması %74,5, çoğuş cinsel hayatı olan kişilerle ilişkide bulunmak %76,5 oranında rahim ağzı risk faktörü olarak algılandığı görülmektedir. İlk gebelik yaşının 20'nin altına olması çalışmaya katılanların sadece %38,8'i tarafından rahim ağzı risk faktörü olarak görülmektedir. İlk gebelik yaşının 20'den küçük olmasını risk faktörü olarak görenlerle HPV tarama yaptırmada istatistikçe anlamlılık saptanmıştır. ($p=0.001$) İlk doğum yaşının 20'den küçük olmasının sadece %43,1, doğum sayısının 3 ve üstünde olması %30,6 oranında risk faktörü olarak algılanmaktadır. Bu risk faktörlerinin rahim ağzı kanseri açısından risk faktörü olarak düşünülmemesi toplumumuzda genel anlamda evlilik yaşının erken olması, üreme hızının yüksek olması gibi sosyokültürel özelliklerden kaynaklanıyor olabilir. Sigara kullanımının %80,0, Stedavi edilmemiş vajinal enfeksiyonların varlığının %86,7, HPV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların olmasının %78,0 oranında rahim ağzı kanseri risk faktörü olarak algılandığı saptanmıştır.

Bu çalışmada serviks kanseri ve risk faktörleri, serviks kanserinden korunma, HPV aşısı, erken tanı ve HPV tarama konularında eğitim verilerek kadınların rahim ağzı kanserine karşı farkındalıkları artırılmaya çalışıldı.

HPV tarama yaptırmada istatistiksel olarak anlamlılık saptanamamış olsa da daha önce hiç HPV taraması yapılmamış olan kadınlara %36,9 oranında HPV tarama testi yapılmış oldu.

Aile Hekimleri olarak, toplum ve kadın sağlığını korumak, önlenilebilir ve tedavi edilebilir bir kanser olan serviks kanserinin elimizde an itibarıyla mevcut olan HPV tarama programıyla en azından erken teşhis edilmesini sağlayarak morbidite ve mortalitesinin azaltılmasına büyük katkılar sağlayabiliriz.

Sonuç: Kadınların serviks kanserinin önlenilebilir, erken teşhis edilirse tedavi edilebilir bir kanser olduğu konusunda bilgi düzeylerinin artırılabilmesi için aile hekimliklerinde eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin daha ön planda verilmesi yararlı olacaktır. Sağlık Bakanlığı tarafından HPV aşısının rutin aşı takvimine alınması ve ücretsiz olması serviks kanserinden korunmayı büyük ölçüde mümkün kılacaktır. HPV tarama testini yaptırmama nedenleri arasında kanser taramaları hakkında yeterli bilgiye sahip olmama, tarama yaptırmaktan korkma ve gerekli görmediği için kanser tarama yaptırmama gibi nedenlerin ön planda olduğu görülmektedir. Bunlar eğitim ve farkındalık sağlanarak ortadan kaldırılabilecek nedenlerdir. Sağlık Bakanlığı'nca birinci basamak sağlık kuruluşlarında kanser tarama gibi koruyucu hekimlik hizmetlerinin ön planda yapılabilmesinin desteklenmesi, hastalık oluşmadan korumanın sağlanması açısından toplum sağlığına büyük katkı sunacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın medya kuruluşları ve diğer kamu kurumları ile işbirliği yaparak kanser taramaları ve aşılar ile ilgili toplumun bilgi düzeyinin artırılmasında aile hekimlerinin destekçisi olması kanser tarama oranlarını arttıracaktır.

Kaynaklar

1. Cancer Incidence and Mortality Patterns in Europe: Estimates for 40 Countries and 25 Major Cancers in 2018 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30100160/>) 11.08.2020'de erişildi
2. IARC. Globocan 2018 (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>); (<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf>) 11.08.2020'de erişildi.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri

4. Yıllığı 2018 (www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html) 11.08.2020'de erişildi
4. Kanser Atlası (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/KANSER_ATLASI_2015.pdf) 12.08.2020'de erişildi.
5. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018 (https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf) 12.08.2020'de erişildi.
6. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 12.08.2020'de erişildi.
7. Türkiye Kanser İstatistikleri 2016- (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_istatistikleri_2016.pdf) 12.08.2020'de erişildi.
8. Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği (<https://www.trsgo.org/files/toplum-icin/rahim-agzi-serviks-kanseri.pdf>) 12.08.2020'de erişildi.
9. Journal Agent (https://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_20_1_25_29.pdf) 12.08.2020'de erişildi.
10. Arvas M. Human Papilloma Virus Enfeksiyonu ve Aşısı. Aşılarla Güncel Yaklaşım. Sempozyum Dizisi, Aralık 2007 (<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/59/5905.pdf>) 13.08.2020'de erişildi.
11. Avci A, Bozdayı G. İnsan Papilloma Virus. Kafkas J Med Sci, 2013; 3 (http://www.journalagent.com/kafkas/pdfs/KJMS_3_3_136_144.pdf) 13.08.2020'de erişildi.
12. Halk Sağlığı Yaklaşımı ile Servikal Kanser- Prof. Dr. Ayşe Akın (http://www.huksa.m.hacettepe.edu.tr/Turkce/Sayfa/Dosya/Serviks_Kitabi.pdf) 13.08.2020'de erişildi.
13. Emory Winship Cancer Institute (https://www.cancerquest.org/cancer-biology/virus-and-cancer?gclid=EALalQobChM76mwMWX6w1V3gJ7Ch1Mag-fEAAyAAEgJEtID_BwE#5) 13.08.2020'de erişildi.
14. Fairley CK, Hocking JS, Gurrin LC, Chen MY, Donovan B, Bradshaw CS. Rapid decline in presentations of genital warts after the implementation of a national quadrivalent Human Papilloma Virus Vaccination programme for young women. Sex Transm Infect, 2009; (<https://sti.bmj.com/content/sextrans/85/7/499.full.pdf>) 13.08.2020'de erişildi.
15. WHO. ([https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)) 13.08.2020'de erişildi.
16. PMC- (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4992181/>) 13.08.2020'de erişildi.
17. Sağlık Bilimleri Dergisi (<http://sagens.erciyes.edu.tr/dergi/2017-2/pdf/Ufuk.pdf>) 13.08.2020'de erişildi.
18. Centers for Disease Control and Prevention (<https://www.cdc.gov/hpv/hcp/schedules-recommendations.html>) 13.08.2020'de erişildi.
19. Özkan N, Toprak D, Can SG, Mihmanlı V. Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Hastaların Smear Sonuçları ve Sosyodemografik Özellikleri. Smyrna Tıp Dergisi 2015; 19:26 (https://www.smyrnatipdergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Smear1490512134.pdf) 14.08.2020'de erişildi.
20. Eren Altun 1, Akın Usta, Çağla Bahar Bülbül, Gülay Turan- Hpv-Dna Alt Tiplerinin Smear ve Kolposkopik Biyopsi Sonuçlarının Korelasyonunun Değerlendirilmesi- Van Medical Journal 25(4):472-476, 2018 (https://www.journalagent.com/vtd/pdfs/VTD-54771-CLINICAL_RESEARCH-ALTUN.pdf) 14.08.2020'de erişildi.
21. Julia Gargano, PhD; Elissa Meites, MD, MPH; Meg Watson, MPH; Elizabeth Unger, MD, PhD; Lauri Markowitz, MD (<https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt05-hpv.pdf>) 14.08.2020'de erişildi.
22. Serviks Kanseri Cep Rehberi (<https://www.esgo.org/media/2015/12/serviks-tr.pdf>) 14.08.2020'de erişildi.
23. Wonca Aile Hekimliği Avrupa Tanımı (https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf) 14.08.2020'de erişildi.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tan%C4%B1m%C4%B1.html>) 14.08.2020'de erişildi.
25. Serviks Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/serviks-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>) 15.08.2020'de erişildi.
26. To cite this article: Özkan Pehlivanoglu EF, Bilgin Sarı H, Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadın hastaların Human Papilloma Virus aşılması ve serviks kanseri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Ortadoğu Tıp Dergisi 2019; 11(4):456-460. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.529515>
27. Hakan Tekpınar 1, Zeynep Aşık 2, Mehmet Özken Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi Türk Aile Hek Dergisi 2018; 22 (1):28-36
28. Yurtsev E. Ergen kızlar ve annelerinin HPV aşısına ilişkin bilgi ve görüşleri. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tez Çalışması, Aydın 2011 (<http://adudspace.adu.edu.tr:8080/jspui/bitstream/11607/1349/1/Er-gen%20K%C4%B1zlar%20ve%20Annelerinin%20HPV%20A%C5%9F%C4%B1s%C4%B1na%20C4%B0l%C5%9Fkin%20Bilgi%20ve%20G%C3%B6r%C3%BC%C5%9Fleri.pdf>) 25.08.2020'de erişildi.
29. Esma ALTINEL AÇOĞLU, Melahat Melek OĞUZ, Saliha ŞENEL Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları SUAM, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, (<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/668776>) 25.08.2020'de erişildi.
30. Rezzan Çakmak, Güngör Güler, Kadın Sağlık Çalışanlarında Kanser Tarama Davranışları, Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 2017-4, Sayfa 25-32

Oral Presentation / Research

Evde Bakım Hastalarında Albumin/globulin Oranı İle Mortalite Arasındaki İlişki

Çağla Özdemir¹, Nurcan Akbaşı Güneş²

1. KÜTAHYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ, 43020 Merkez, Turkey E-mail: cagla_gocen06@yahoo.com.tr
2. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Presentation on 25/03/2021 08:00 in "Oral presentations 2" by Çağla Özdemir

Keywords / Anahtar Kelimeler: Malnutrisyon, mini nutrisyonel anket (MNA) albumin, globulin, mortalite.

Aim:

Bu çalışmada amacımız evde bakım hastalarında albumin/globulin oranı ile mortalite arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Method:

Çalışma evde bakım hastalarında gerçekleştirildi. Hastaların beslenme durumları mini nutrisyonel anket (MNA) ile değerlendirildi. Malnutrisyon ya da malnutrisyon riski olan 90 hasta dahil edildi. Hastalar 3 ay süre ile takip edildi. Mevcut kan parametreleri kaydedildi. Albumin/globulin oranları hesaplandı. Hastalar mortalite durumlarına göre iki gruba ayrıldı.

Results:

Hastaların median yaşı 80 (46-95) yılı. %54,4'ü kadındı. MNA skorları ex olan grupta ortalama $10,6 \pm 4,4$; sağ kalan grupta ise $12,8 \pm 4,6$ olarak bulundu ($p=0,053$). Albumin/globulin oranı ex olan grupta $0,9 \pm 0,2$, sağ kalan grupta $1,1 \pm 0,3$ olarak saptandı ($p=0,004$). Albumin/globulin oranının ROC analizinde mortalite üzerinde belirleyici olduğu görüldü (AUC=0,701); %95GA (0,59-0,81); ($p=0,001$).

Conclusions:

Albumin/globulin oranının evde bakım hastalarında mortalitede belirleyici olduğu saptandı.

Full Text

GİRİŞ

Malnutrisyon, evde bakım hastalarında çok sık karşılaşılan bir durumdur. İleri yaş, multiple komorbidite, kognitif fonksiyonların azalması, mobilite kısıtlılığı, eş kaybı, ağız ve diş sağlığı problemleri, kronik hastalıklar, demans ve depresyon gibi birçok faktör malnutrisyon ile ilişkilidir (1-4). Aynı zamanda yaşlanma ile birlikte değişen metabolizma ve gıda alımının azalması ile fizyolojik bir anoreksi gelişmektedir (5). Hormonal ve nörotransmitter düzeninin değişmesi, psikolojik ve fiziksel hastalık süreçlerinin de eklenmesi ile protein-enerji yetersizliği gelişme riski ile karşılaşmaktadırlar (5). Yaşlılarda nutrisyonel durumunun önemi bilirse de; malnutrisyonu ya da malnutrisyon riski altındaki yaşlıların yaklaşık %75'inin tedavisiz bırakıldığı da yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (6).

Malnutrisyonun neden olabileceği mortalite ve morbidite göz önünde bulundurularak erken teşhis edilmesi büyük önem taşımaktadır. Malnutrisyon tanısı için çeşitli tarama ölçekleri ile beslenme durumunun değerlendirilmesi, fizik muayene, antropometrik ölçümler ve biyokimyasal parametrelerin

incelenmesi gerekir. Serum albümin ve globülin düzeyi beslenme durumunu değerlendirmek için sıkça kullanılan parametrelerdir (7). Birçok çalışmada düşük albümin düzeyi ile yüksek globülin düzeyi prognostik faktör olarak saptanmıştır (7-9).

Bu çalışmanın amacı malnutrisyon ya da malnutrisyon riski olan evde bakım hastalarında albümin/globülin oranı ile mortalite arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

MATERYAL VE METOD

Çalışmaya malnutrisyon ya da malnutrisyon riski olan gönüllü 90 evde bakım hastası dahil edildi. Bu hastaların yaş, cinsiyet, mobilite durumu ve komorbid hastalıkları sorgulandı. Albümin, globülin, kolesterol, B12 vitamini, demir ve d vitamini düzeyleri kaydedildi. Hastalar 3 ay süre ile takip edildi. Mortalite durumlarına göre iki gruba ayrıldı.

Hastaların beslenme durumlarını değerlendirmek için Mini Nutrisyonel Anket (MNA) yapıldı. Bu anketin Sarıkaya ve ark'ı tarafından 2015 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (10).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS (IBM®, Chicago, ABD) paket programı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılımına uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Shapiro-Wilk testi) kullanılarak incelendi. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılan sayısal verilerde ortalama ve standart sapma, nominal verilerde sayı ve yüzde şeklinde ifade edildi. Normal dağılan sayısal değişkenler iki grup arasında "*Bağımsız Gruplarda T testi*" ile; normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler ise "*Mann Whitney U*" testi kullanılarak karşılaştırıldı. Nominal veriler iki grup arasında Ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. AGR'nin mortalite üzerindeki belirleyiciliği ROC analizi ile yapılmıştır. Çalışmadaki istatistiksel analizlerde p değeri 0.05'in altındaki karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Sosyodemografik ve klinik özellikler

Çalışmaya sağ kalan grupta 56 kişi, ex olan grupta 34 kişi olmak üzere 90 hasta dahil edildi. Hastalarda median yaş 81 (75-87.2) yılı. Sağ kalan grup ile ex olan grup arasında cinsiyet ve mobilite açısından anlamlı fark bulunmamaktaydı ($p>0.05$). Sağ kalan grupta nörolojik hastalıklar daha fazla iken; malignite daha az olarak saptandı ($p<0.05$). Diğer komorbiditeler açısından sağ kalan grupta ex olan grup arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı ($p>0.05$). MNA skoru açısından da iki grup arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte ex olan grupta daha düşüktü ($p=0.053$).

Hastaların sosyodemografik özellikleri ve komorbiditeleri **tablo 1**'de özetlendi.

Tablo 1. Sosyodemografik özellikleri ve komorbiditeleri

		Tüm Hastalar (N=90)	Sağ Kalanlar (N=56)	Ex Olanlar (N=34)	p değeri
Yaş	Med(%25-75)	81 (75-87.2)	79.5(75-86)	83.5(76.5-89.2)	0.240
Cinsiyet	N(%)				0.823
Kadın		49 (54.4)	31 (55.4)	18 (52.9)	
Erkek		41 (45.6)	25 (44.6)	16 (47.1)	
Mobilite	N(%)				0.971
Tam bağımlı		30 (38.5)	17 (38.6)	13 (38.2)	
Yarı bağımlı		48 (61.5)	27 (61.4)	21 (61.8)	
MNA skoru	Mean±sd	11.5±4.6	12,8±4,6	10,6±4,4	0,053
Komorbidite (+)	N(%)				
KVH		46 (59.7)	26 (60.5)	20 (58.8)	0.884
Diabetes Mellitus		23 (29.9)	12 (27.9)	11 (32.4)	0.672
Nörolojik		37 (48.1)	25 (58.1)	12 (35.3)	0.046
Nefrolojik		2 (2.6)	0	2 (5.9)	0.192
Solunum Sistemi		12 (15.6)	6 (14)	6 (17.6)	0.657
Malignite		13 (16.9)	4 (9.3)	9 (26.5)	0.046

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar; MNA:Mini Nutrisyonel Anket.

Albumin/globulin oranı (AGR) sağ kalan grupta kıyaslandığında ex olan grupta anlamlı olarak daha düşük saptandı (p=0.004). Albumin düzeyi ex olan grupta anlamlı olarak düşük, demir düzeyi ise daha olarak bulundu (p<0.05). Sağ kalan grup ile ex olan grup arasında diğer biyokimyasal parametreler açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0.05).

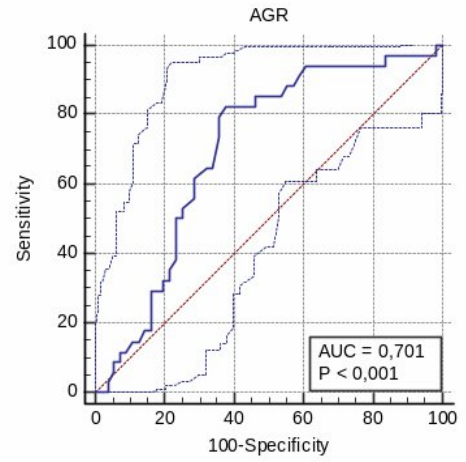
Sağ kalan grupta ex olan grup arasındaki albumin/globulin oranı ve diğer laboratuvar parametreleri **tablo 2**'de özetlendi.

Tablo 2. Albumin/Globulin oranı ve diğer laboratuvar parametreleri

		Tüm Hastalar (N=90)	Sağ Kalanlar (N=56)	Ex Olanlar (N=34)	p değeri
Albumin/globulin	Mean±sd	1±0.3	1,1±0,3	0,9±0,2	0,004
Albumin	Mean±sd	3.1±0.6	3.4±0.5	2.8±0.5	<0.001
Globülin	Med(%25-75)	3.1 (2.6-3.5)	3.1 (2.6-3.4)	3.1 (2.6-3.5)	0.733
Kolesterol	Mean±sd	157.5±47	164.5±49	146.3±41.8	0.077
Vitamin B12	Med(%25-75)	271(184.5-553.5)	288(205.5-565.5)	223.5(145-526.7)	0.238
Demir	Med(%25-75)	90.8(38.2-209.7)	77(37.2-126.5)	180.5(36.5-309)	0.023
Vitamin D	Med(%25-75)	8.9(4.7-25)	9.5(5-21.7)	8.2(3.2-26)	0.697

AGR'nin mortalite (AUC:701; %95CI 0,591-0,811; p<0,001) için belirleyici olduğu saptandı. Mortalite için optimal cut-off değer 1.03 (%82.35 sensivite, %62.5 spesifite; youden indexi:0,4485) olarak belirlendi.

AGR'nin mortalite üzerindeki belirleyiciliğini gösteren ROC analizi **şekil 1**'de gösterildi.

**Şekil 1. AGR'nin mortalite üzerindeki belirleyiciliğini gösteren ROC analizi**

TARTIŞMA

Malnutrisyon, evde bakım hastalarında çok sık rastlanan ve tedavisinde geç kalınan geriatrik bir sendromdur. Malnutrisyon tanısında albumin ve globülin düzeyleri yardımcıdır. Güncel çalışmalarda albümin/globülin oranının da prognostik bir belirteç olarak kullanılabileceği kanıtlanmıştır. Bu çalışmanın amacı evde bakım hastalarında AGR'nin mortalite üzerinde etkisini belirlemektir. Bildiğimiz kadarıyla literatürde evde bakım hastalarında AGR ile mortalite ilişkisini gösteren çalışma bulunmamaktadır. Ancak küçük hücreli akciğer kanserinde (11), kalp yetmezliği hastalarında (12), yanık hastalarında (13), özefagus kanserinde (14) ve non-ST miyokard enfarktüsü (15) gibi birçok çalışmada prognozu belirlemede AGR'nin kullanılabileceği gösterilmiştir.

Çalışmamızda malnutrisyon ya da malnutrisyon riski olan evde bakım hastalarında AGR'nin mortalite üzerinde potansiyel prognostik bir belirteç olabileceği gösterilmiştir. AGR sağ kalan grupta daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca yapılan analizde sağ kalım için belirlenen optimal-cut off değer (>1.03) olarak belirlenmiştir. Zhou ve ark'ı (11)küçük hücreli akciğer kanseri olan 276 hastayı dahil ettikleri bir çalışmada benzer şekilde AGR'yi prognostik bir belirteç olarak saptamışlardır, cut off değeri (>1.29) olarak belirlemişlerdir. Yine Chen ve ark'nın (16) yapmış oldukları çalışma da AGR mortalite üzerinde belirleyici olarak saptanmış ve cut off değer (>1.28) olarak belirlenmiştir. Kanser hastalarında kaşeksi ve malnutrisyonun sıkça görülmesi ve albüminin beslenme durumunu gösteren parametrelerden biri olması sebebiyle birçok kanser çalışmasında biyobelirteç olabileceği kanıtlanmıştır. Albümin malnutrisyon dışında inflamatuvar süreçlerde, hepatik disfonksiyon ve nefrotik sendrom gibi durumlarda da azalmaktadır (17,18). Ayrıca artan globülin düzeyi de kronik bir inflamasyonun belirteci olarak görülmektedir (19). Çalışmamızda evde bakım hastalarında sağ kalanlar ve kalmayanlar arasında MNA skorları benzerdi, ek olarak sağ kalan ve kalmayan hastaların tamamının malnutrisyon açısından benzer risk düzeyi altında olduğu söylenebilir. Bu nedenle albümin seviyelerinde düşüklüğün diğer bir nedeni kronik inflamasyon gibi başka süreçler olabilir.

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardı. Çalışmada AGR dışında başka inflamatuvar belirteç kullanılmadı. Ayrıca hasta sayımızın az olması sebebiyle AGR'nin prognostik belirleyiciliğini doğrulamak için daha büyük popülasyonu olan prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak bu çalışmada malnutrisyonu ya da malnutrisyon riski olan evde bakım hastalarında AGR'nin prognostik bir belirteç olabileceği saptanmıştır. AGR'nin sağ kalım ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynakça

- Chen SH, Acton G, Shao JH. Relationships among nutritional self-efficacy, health locus of control and nutritional status in older Taiwanese adults. *J Clin Nurs* 2010;19(15-16):2117-2127. .
- Han Y, Li S, Zheng Y. Predictors of nutritional status among community dwelling older adults in Wuhan, China. *Pub Health Nutr* 2009;12(08):1189-1196. .
- Johansson Y, Bachrach-Lindstrom M, Carstensen J, Ek AC. Malnutrition in a home -living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *J Clin Nurs* 2009;18(9):1354-1364. .
- Johson LE, Sullivan DE. Nutrition and failure to thrive. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, editors. *Current geriatric treatment and diagnosis*. International ed. New York: Mc Graw Hill Companies; 2004. p. 391-406.
- Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *Am J Clin Nutr*. 1997 Oct;66(4):760-73. doi: 10.1093/ajcn/66.4.760. PMID: 9322549.
- Arnaud-Battandier F, Malvy D, Jeandel C, Schmitt C, Aussage P, Beaufrère B, et al. Use of oral supplements in malnourished elderly patients living in the community: a pharmaco-economic study. *Clin Nutr* 2004;23(5):1096- 1103.
- Gupta D, Lis CG. Pretreatment serum albumin as a predictor of cancer survival: a systematic review of the epidemiological literature. *Nutr J*. 2010 Dec 22;9:69. doi: 10.1186/1475-2891-9-69. PMID: 21176210; PMCID: PMC3019132.
- Nazha B, Moussaly E, Zaarour M, Weerasinghe C, Azab B. Hypoalbuminemia in colorectal cancer prognosis: Nutritional marker or inflammatory surrogate? *World J Gastrointest Surg* 2015; 7: 370-7.
- Chen J, Zhou Y, Xu Y, Zhu HY, Shi YQ. Low pretreatment serum globulin may predict favorable prognosis for gastric cancer patients. *Tumour Biol* 2016; 37: 3905-11.
- Sarikaya D, Halil M, Kuyumcu ME, Kilic MK, Yesil Y, Kara O, et al. Mini nutritional assessment test long and short form are valid screening tools in Turkish older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2015;61(1):56-60.
- Zhou T, He X, Fang W, Zhan J, Hong S, Qin T, Ma Y, Sheng J, Zhou N, Zhao Y, Huang Y, Zhang L. Pretreatment Albumin/Globulin Ratio Predicts the Prognosis for Small-Cell Lung Cancer. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Mar;95(12):e3097. doi: 10.1097/MD.0000000000003097. PMID: 27015181; PMCID: PMC4998376.
- Li K, Fu W, Bo Y, Zhu Y. Effect of albumin-globulin score and albumin to globulin ratio on survival in patients with heart failure: a retrospective cohort study in China. *BMJ Open*. 2018 Jul 6;8(7):e022960. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022960.
- Kumar P. Grading of severity of the condition in burn patients by serum protein and albumin/globulin studies. *Ann Plast Surg*. 2010 Jul;65(1):74-9. doi: 10.1097/SAP.0b013e3181c47d71. PMID: 20548219.
- Oki S, Toiyama Y, Okugawa Y, Shimura T, Okigami M, Yasuda H, Fujikawa H, Okita Y, Yoshiyama S, Hiro J, Kobayashi M, Ohi M, Araki T, Inoue Y, Mohri Y, Kusunoki M. Clinical burden of preoperative albumin-globulin ratio in esophageal cancer patients. *Am J Surg*. 2017 Nov;214(5):891-898. doi: 10.1016/j.amjsurg.2017.04.007. Epub 2017 Apr 25. PMID: 28460738.
- Azab B, Bibawy J, Harris K, Khoueiry G, Akerman M, Selim J, Khalil S, Bloom S, McGinn JT Jr. Value of albumin-globulin ratio as a predictor of all-cause mortality after non-ST elevation myocardial infarction. *Angiology*. 2013 Feb;64(2):137-45. doi: . 10.1177 / 0003319712436577.
- Chen WZ, Yu ST, Xie R, Lv YX, Xu DB, Yu JC. Preoperative albumin/globulin ratio has predictive value for patients with laryngeal squamous cell carcinoma. *Oncotarget*. 2017 Jul 18;8(29):48240-48247. doi: 10.18632/oncotarget.18443. .
- Moshage HJ, Janssen JA, Franssen JH, et al. Study of the molecular mechanism of decreased liver synthesis of albumin in inflammation. *J Clin Invest* 1987; 79:1635.
- Perlmutter DH, Dinarello CA, Punsal PI, Colten HR. Cachectin/tumor necrosis factor regulates hepatic acute-phase gene expression. *J Clin Invest* 1986; 78:1349.
- Gabay C, Kushner I. Acute-Phase Proteins and Other Systemic Responses to Inflammation. *N Engl J Med Overseas Ed* 1999;340:448-54. 10.1056/NEJM199902113400607.

Oral Presentation / Research

Factors predictive of contrast-induced acute kidney injury in the setting of coronary no-reflow phenomenon

Gökay Taylan¹, Çağlar Kaya², Cihan Öztürk¹, İlhan Kılıç²,
Kenan Yalta¹

1. Trakya University Faculty of Medicine, Department of Cardiology
2. Edirne Sultan 1. Murat State Hospital, 22000 Edirne, Turkey E-mail: caglarkaya2626@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 08:00 in "Oral presentations 2" by Çağlar Kaya

Keywords / Anahtar Kelimeler: Coronary no-reflow phenomenon, coronary intervention, coronary artery disease, contrast-induced acute kidney injury

Aim:

In subjects undergoing percutaneous coronary intervention (PCI), the coronary no-reflow phenomenon is generally determined through evaluation of TIMI (Thrombolysis In Myocardial Infarction) score. Contrast-induced acute kidney injury (CI-AKI) has also been a frequent problem in these patients. In the present study, we aimed to evaluate potential risk factors for the evolution of CI-AKI in subjects with the coronary no-reflow phenomenon.

Method:

We retrospectively enrolled consecutive patients with coronary artery disease (CAD) undergoing PCI between the years 2015 and 2020 in our cardiology clinics. Multivariate logistic regression analysis further evaluated the independent variables associated with CI-AKI in patients with no-reflow phenomenon following PCI. Probability tables and Pearson chi-square tests were used for univariate analysis.

Results:

Among a population of 3034 patients, 93 (3%) were diagnosed as having coronary no-reflow (64% male, the mean age of 64±12 years). CI-AKI occurred in 22% of the patients with coronary no-reflow (n=20). The univariate analysis has demonstrated significant associations of post PCI TIMI flow 0-1 and pulmonary arterial hypertension (PHT) with the evolution of CI-AKI in the setting of the no-reflow phenomenon.

Conclusions:

In CAD patients managed with PCI, PHT, post PCI TIMI flow as well as an existing coronary ectasia pose a significant risk for the evolution of CI-AKI irrespective of LVEF values in subjects with the coronary no-reflow phenomenon.

Full Text

Introduction

CI-AKI has been considered as a life-threatening complication of percutaneous coronary procedures. Its incidence has been reported to range from 2% to 30% based on different study populations and definitions.¹ Importantly, CI-AKI development following PCI has been suggested to elicit adverse outcomes, including prolonged hospitalization, risk of re-infarction, need for revascularization, the progression of renal failure and mortality.²

The Contrast Media Safety Committee (CMSC) of the European

Society of Urogenital Radiology (ESUR) previously defined CI-AKI as serum creatinine (sCr) absolute increment of ≥ 0.5 mg/dl (≥ 44 μ mol/L) (or a percent increase of $\geq 25\%$) from baseline values within 72 hours following intravascular administration of iodine contrast media provided that other potential triggers of AKI are fully excluded.³

The most notable risk factors for the evolution of CI-AKI were previously reported to be the presence of certain diseases including chronic renal failure and diabetes mellitus (DM) as well as the amount of contrast agent used.⁴ Therefore, elimination of these risk factors might serve as the most effective strategy to prevent CI-AKI in this setting. In particular, CI-AKI might mechanistically be due to a variety of factors including, inflammatory process, medullary hypoxia, endothelial dysfunction, impaired renal blood flow as well as direct tubular epithelial damage.⁵

On the other hand, coronary no-reflow phenomenon has been one of the most devastating complications of PCI with an overall incidence of 2% to 5% in patients undergoing PCI.⁶ This phenomenon generally appears to be more prevalent in the presence of high thrombotic burden (as in the settings of acute myocardial infarction (AMI)) and degenerated saphenous vein grafts).⁷ In this context, angiographic (TIMI 0-1) flow is generally considered as no-reflow phenomenon in the absence of thrombus, dissection, vasospasm or significant residual stenosis while TIMI-2 flow is generally defined as coronary slow flow and TIMI 3 as normal flow.⁷ Angiographic appearances of different TMI grades follow as:

TIMI 0: No distal flow

TIMI 1: Distal coronary opacification is hardly visible with no sufficient perfusion.

TIMI 2: Distal coronary wash-out is slower as compared with other coronary arteries.

TIMI 3: The rate of filling and wash-out of the coronary artery is normal.

Even though the exact mechanisms of coronary no-reflow phenomenon currently remain unknown, disruption of the coronary microvascular architecture possibly due to certain factors including endothelial swelling, platelet aggregation, and myocardial edema oedema might account for its evolution.⁸

In the present study, we aimed to determine the risk factors for the evolution of CI-AKI in the setting of coronary no-reflow phenomenon.

Methods

The present study is a single-center retrospective, cross sectional research (clinical data belong to years between 2015 and 2020) performed in our cardiology clinics. The study was endorsed by the Institutional Ethical Committee. In general, CAD patients (>18 years of age) who had undergone PCI were enrolled in the study. Patient data, basic clinical features, procedural characteristics, TIMI grade following PCI, treatment strategies in the hospital setting were then evaluated.

All patients were administered acetylsalicylic acid (ASA) (with loading and maintenance doses of 300 mg and 100 mg/day, respectively) and clopidogrel (with loading and maintenance

doses of 300 or 600 mg and 75mg /day, respectively). Unfractionated heparin was injected in a single bolus dose (70 U/kg) and further doses were injected when needed to maintain an activated clotting time of > 250 s. All subjects also received atorvastatin (with a loading dose of 40–80 mg) in the absence of strict contraindications including severe hepatic dysfunction, history of drug reaction, etc. The decision of further treatment strategies (diuretics, β -blockers and glycoprotein IIb/IIIa inhibitors, etc.) was at the discretion of the treating clinician. The creatinine and other laboratory parameters were measured at baseline and 72 hours after PCI.

Water soluble, nonionic, low, or iso-osmolar X-ray contrast medium, iohexol (350 mg iodine/ml, Omnipaque, GE Healthcare, Cork, Ireland), were administered during the coronary procedures. Patients with a high risk for CI-AKI were managed in a standard manner (intravenous hydration of 0.9% NaCl at 0.5 or 1 mL / kg / h for 24 h). N-acetylcysteine was not a part of our institutional protocol largely based on the fact that it was previously demonstrated in a randomized study as ineffective in the prevention of CI-AKI.⁹ Similarly, sodium bicarbonate (0.84%) infusion and ascorbic acid were not included either.

Coronary flow patterns according to the TIMI classification were evaluated and recorded before and after the coronary procedures. In this setting, epicardial coronary flow patterns rather than the myocardial flow were evaluated.

Statistical Analysis

The normal distribution was assessed using the Shapiro-Wilk test. In the two-group comparisons, Student T test was used for variables that conformed to the normal distribution, and Mann-Whitney U test was used for variables that did not match the normal distribution. In more than two group comparisons, one-way analysis of variance was used for variables that conform to the normal distribution, and Kruskal-Wallis test was used for variables that did not fit the normal distribution. While investigating the relationships between quantitative variables, the coefficient of Pearson correlation was calculated for variables that match the normal distribution, and the coefficient of Spearman correlation was calculated for variables that did not fit the normal distribution. The relationships between qualitative variables were evaluated by Pearson chi-square test.

The risk factors of no-reflow phenomenon were detected using logistic regression analysis. The intraclass correlation coefficient was calculated, and Bland-Altman graphs were created to determine inter- and intra-observer concordance. The mean and standard deviation were used in the variables that were consistent with the normal distribution, and the median and quarters were used in the variables that did not match the normal distribution as the descriptive statistics for the quantitative variables. Frequency and percentage are noted for qualitative variables. The level of significance was considered as 0.05 in all statistical evaluations. All statistical analyses were done using TURCOSA statistical software (Turcosa Analytics Ltd Co, Turkey, www.turcosa.com.tr).

Results

The demographic characteristics of participants are presented in table 1. Demographic characteristics of patients with and without CI-AKI were similar (Table 1).

Among the echocardiographic variables, presence of pulmonary PHT appeared to be significant in terms of CI-AKI evolution (Table 2 and 5). In contrast, large left atrial diameter was not found to be significant in multivariate logistic regression analysis (p: 0.243, OR: 1.132, 95%CI: 0,929-1,418) (Table 5).

Regarding angiographic variables, presence of coronary ectasia, post PCI (pPCI) TIMI flow0-1, and increased contrast volume were found to be statistically significant in terms of CI-AKI evolution (Table 3 and 5).

Subjects suffering CI-AKI had higher levels of C-reactive protein (CRP) and urea in the pre-procedural laboratory analysis. However, the two groups did not differ significantly in terms of other parameters. Importantly, the groups differed significantly with regard to electrolytes evaluated at 72 hours after the procedure (Table 4)

Table 1: Baseline demographic parameters of the study population

Variables	Control group (n=73)	Patient group (n=20)	p
Age	64±12	70±12	0,061
Gender			0,636
Female	25(%34)	8(%40)	
Male	48(%66)	12(%60)	
HT	43(%59)	15(%75)	0,178
DM	19(%26)	10(%50)	0,056
Smoking	36(%49)	10(%50)	0,957
Family history	14(%19)	7(%38)	0,148
Hyperlipidemia	9(%12)	5(%25)	0,182
Obesity	7(%10)	1(%5)	0,492
CRD history	7(%10)	1(%5)	0,492
Renal transplant	-	-	-

HT, Hypertension; DM, Diabetes Mellitus; CRD, Chronic Renal Disease; n, Patient number.

Table 2: Echocardiographic parameters of the study population

Variables	Control group (n=73)	Patient group (n=20)	p
LVEF (%)	46,86±10,03	44,75±10,88	0,415
LVEDD (mm)	49,23±4,80	51,25±3,70	0,083
LVESD (mm)	35,12±4,75	37,20±3,30	0,072
IVSD (mm)	11,30±1,63	11,15±1,31	0,703
PVSD (mm)	10,58±1,51	10,40±1,27	0,636
LAD (mm)	37,27±3,88	39,35±3,12	0,030
MAC	10	5	-
AC	15	6	-
AV (m/s)	1,36±0,31	1,40±0,25	0,663
AD (mm)	33,22±3,27	33,45±3,52	0,784
PAP (mmHg)	29,84±8,95	40,30±11,75	<0,001

LVEF, Left ventricular ejection fraction; LVEDD, Left ventricular end-diastolic diameter; LVESD, Left ventricular end-systolic diameter; IVSD, Interventricular septum diameter; PVSD, Posterior ventricular septum diameter; LAD, Left atrium diameter; MAC, Mitral annular calcification; AV, aortic velocity; AC, Aortic valve calcification; AD, Ascending aorta diameter; PAP, Pulmonary artery pressure; n, Patient number.

Table 3: Angiographic parameters of the study population

Variables	Control group (n=73)	Patient group (n=20)	p
Indications for angiography			
CCS angina	2 (%2,74)	1(%5)	0,612
MPS positivity	2 (%2,74)	-	0,454
Exercise Test positivity	1 (%1,37)	-	0,590
Low EF	-	1 (%5)	0,055
Anterior MI	31 (%42,47)	7 (%35)	0,547
Inferior MI	22 (%30,14)	6 (%30)	0,391
Lateral MI	11 (%15,07)	2 (%10)	0,562
NSTEMI	2 (%2,74)	2 (%10)	0,560
USAP	2 (%2,74)	1 (%5)	0,612
Procedure timing (h)	1,75	2,05	0,343
Lesion type			
A	4 (%5,48)	-	
B	36 (%49,32)	15 (%75)	0,103
C	33 (%45,3)	5 (%25)	
Severity of stenosis (%)	96,01±6,89	95,50±8.019	0,777
Diameter of coronary artery (mm)	3,02±0,58	2,88±0,45	0,333
Lesions			
LMCA	3(%4,11)	1(%5)	0,770
LAD	61(%83,56)	16(%80)	0,847
CX	45(%61,64)	13(%65)	0,427
RCA	47(%64,38)	16(%50)	0,416
SB	47(%64,38)	11(%55)	0,668
Coronary ectasia	10(%13,7)	7(%35)	0,029
Coronary calcification	5(%6,85)	1(%5)	0,766
Post-PCI TIMI flow			
0-1	22	14	
2-3	51	6	0,001
CABG	18	2	0,636
Stent procedure	63 (DES)	17 (DES)	
Stent length	38,56 (±17,24)	46,25(±23,38)	0,110
Balloon pre-dilatation	72	20	0,599
Balloon post-dilatation	66	20	0,150
	29	5	0,226
Arrhythmia	3	1	0,862
Coronary diss./rupture	10	4	0,485

SB occlusion			
Contrast volume (ml)	247,60	324,50	0,003
BP at procedure (mmHg)			
Systolic	110,82±16,05	108,00±19,36	0,507
Diastolic	70,75±11,30	60,50±13,09	0,447
AF in the first 72 hours	5	2	0,131

CCS, Canadian cardiovascular society; MPS, Myocardial perfusion scintigraphy ; EF, Ejection fraction; MI, Myocardial infarction; NSTEMI, Non ST elevation myocardial infarction; USAP, Unstable angina pectoris; LMCA, Left main coronary artery; LAD, Left anterior descending coronary artery; CX, Circumflex coronary artery; RCA, Right coronary artery; SB, Side branch coronary artery; TIMI, Thrombolysis in myocardial infarction score; CABG, Coronary artery by-pass graft operation; DES, Drug eluting stents; BP, Blood pressure; AF, Atrial fibrillation; h, hour; n, Patient number.

Table 4: Laboratory parameters of the study population

Variables	Control group (n=73)	Patient group (n=20)	p
CrCl (ml/min.)	82,68±21,57	75,43±25,40	0,204
Urea (mg/dl)	38,87±12,94	50,20±19,65	0,003
72.hour Urea (mg/dl)	39,95±16,60	81,75±48,80	<0,001
Creatinine (mg/dl)	0,93±0,24	1,02±0,47	0,282
72.hour creatinine (mg/dl)	0,87±0,20	1,83±1,12	<0,001
Na (mEq/L)	137,67±3,94	136,80±4,33	0,399
72.hour Na (mEq/L)	138,72±3,25	136,30±3,54	0,005
K (mEq/L)	4,29±0,44	4,56±0,94	0,071
72.hour K (mEq/L)	4,02±0,44	4,50±0,80	<0,001
CRP (mg/L)	1,70±2,85	4,59±7,67	0,002
72.hour CRP (mg/L)	8,83±9,53	9,80±9,04	0,685
Tn I (ng/L)	3599,82±7972,4 1	3334,84±4424,8 6	0,899
72.hour Tn I (ng/L)	9205,91±9738,3 7	8210,28±6888,2 4	0,719
Hb (g/dL)	14,13±4,19	12,91±1,72	0,207
72.hour Hb (g/dL)	12,63±3,17	12,03±2,181	0,422
Hct (%)	40,25±6,33	38,35±4,73	0,215
72.hour Hct (%)	36,42±4,93	35,56±5,97	0,519
PLT (mL*10 ³)	277,09±99,03	263,75±102,85	0,598
72hour PLT (mL*10 ³)	233,91±74,53	243,75±71,63	0,600
MPV (fL)	9,65±1,18	9,98±1,65	0,329
72.hour MPV (fL)	12,36±16,03	10,15±1,72	0,543
Total cholesterol (mg/dL)	180,49±52,66	175,30±56,55	0,794
Triglycerides (mg/dL)	135,57±59,71	147,60±74,50	0,450
LDL (mg/dL)	116,04±40,10	118,20±40,16	0,820
HDL (mg/dL)	38,16	41,05	0,120
Albumin (g/dl)	3,68±0,40	3,53±0,10	0,151
Total protein (g/dl)	6,58±0,63	6,56±0,57	0,879
TSH (mU/L)	1,62±2,13	1,73±1,97	0,832

CrCl, Creatinine clearance; Na, Sodium ; K, Potassium; CRP, C reactive protein ; Tn I, High sensitivity cardiac troponin I; Hb, Hemoglobin; Hct, Hematocrit; PLT, Platelets; MPV, Mean platelet volume; LDL, Low density lipoprotein; HDL, High density lipoprotein; TSH, Thyroid stimulating hormone; n, Patient number.

Table 5: Multivariate logistic regression analysis of risk factors on no-reflow phenomenon

Variable	OR	%95 CI	P value
Ectasy	0,122	0,019-0,657	0,018
Cont	1,008	1,001-1,014	0,017
PAP	1,129	1,060-1,218	<0,001
LAD	1,132	0,929-1,418	0,243
Dystal TIMI	5,277	1,332-24,737	0,023

Ectasy; coronary ectasia, Cont; contrast volume, PAP; pulmonary artery pressure, LAD; left atrial diameter, Dystal

TIMI; post PCI TIMI flow

Discussion

No-reflow phenomenon following PCI has been an ominous sign that hampers microvascular perfusion even after restoration of epicardial blood flow. However, current information on its mechanisms and management strategies is still limited. The most efficient strategy is the prevention of this phenomenon through a variety of strategies including targeting reduction of thrombus burden in the pre-PCI setting. However, in most cases, there exists no signs to an impending no-reflow phenomenon. Therefore, most therapeutic strategies generally target dilatation of coronary microvascular bed (with agents including adenosine, etc.) after angiographic emergence of this phenomenon.

Similarly, CI-AKI may potentially lead to increased morbidity and mortality.¹⁰ Fundamental mechanisms of no-reflow phenomenon including increased blood viscosity in the coronary microvascular system and the immune system activation are quite analogous to those of CI-AKI evolution.¹¹ Therefore, clarification of the potential association between these two conditions is of crucial importance for the early diagnosis and management of these conditions with considerable morbidity and mortality rates.

CI-AKI in the setting of no-reflow phenomenon might arise through a variety of mechanisms: PHT due to acute left heart failure (HF) (with consequent right HF and systemic congestion) as well as the use of diuretics might impair kidney functions in the setting of no-reflow phenomenon. Right HF and associated systemic venous congestion might potentially lead to renal hypoperfusion and congestion and was previously reported to be an important trigger of renal dysfunction.¹² However, this type of renal injury is generally reversible in most cases.

It is well known that reduction glomerular filtration rate (GFR) with ageing might increase the risk of CI-AKI.¹³ However, the groups did not differ significantly with regard to age.

On the other hand, risk of CI-AKI appears to be significantly enhanced in subjects with pre-existing renal injury including diabetic nephropathy. However, the absolute causative factors of CI-AKI in this setting is not absolutely known, and trials on how DM serves as a facilitating factor for CI-AKI evolution provide limited information.¹⁴ In the present study, even though the frequency of DM did not appear to be statistically significant between the groups, the severity of DM was found to be more pronounced in the no-reflow group.

As mentioned previously, pathophysiology of CI-AKI relies on various mechanisms including vasoconstriction, medullary ischemia, and direct adverse impact of iodinated contrast media (CM). In the setting of CI-AKI, both patient and procedure-related risk factors have been suggested as potential pathogenetic contributors.¹⁵ In this context, we have identified 'coronary ectasia' as a patient-related risk factor. It might be suggested that enhanced oxidative stress might serve as the common trigger of coronary ectasia, CI-AKI as well as no-reflow phenomenon. It might also be proposed that use of higher amounts of contrast agent in the CIN group (that was one of the procedural risk factors) has been more prevalent in the setting of no-reflow phenomenon due to prolonged procedural times.

Importantly, we have also demonstrated that CI-AKI risk might

significantly increase in subjects with TIMI flow 0-1 irrespective of LVEF values. This also suggests the common microvascular characteristics of these conditions. The laboratory tests have also revealed increased levels of urea and CRP in the CI-AKI group suggesting potential association of these markers with oxidative stress and cytotoxic effect through immune activation. Moreover, electrolyte disturbances at 72 hours might be due to CI-AKI itself.

Taken together, the present study has demonstrated that evolution of CI-AKI in patients with coronary no-reflow was as high as 22%, and the presence of PHT, TIMI flow 0-1 and coronary ectasia were risk factors CI-AKI evolution. In this context, the present study might be considered as the first study that might shed light on this issue. In this way, early diagnosis, and management of patients with coronary no-reflow phenomenon who are likely to develop CI-AKI, might significantly reduce morbidity and mortality in clinical practice.

Potential limitations of the present study might be the relatively low number of samples and evaluation by different operators (leading to interobserver variability).

Conclusion

In patients with coronary no-reflow phenomenon, PHT, post PCI TIMI flow and coronary ectasia might serve as risk factors for the evolution of CI-AKI.

Ethical approval: The study protocol conforms to the ethical guidelines of the 1964 *Declaration of Helsinki* and its later amendments.

Conflict of Interest: Authors declare that they have no conflict of interest.

Informed consent: Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

References

1. Chawla, R., Turlington, J., Arora, P., et al. Race and contrast-induced nephropathy in patients undergoing coronary angiography and cardiac catheterization. *International journal of cardiology*, 2017;230:610-613.
2. Yuan, Y., Qiu, H., Hu, X. Y., et al. Relationship between High Level of Estimated Glomerular Filtration Rate and Contrast-Induced Acute Kidney Injury in Patients who Underwent an Emergency Percutaneous Coronary Intervention. *Chinese medical journal*, 2018;131.17:2041.
3. A. J. van der Molen, P. Reimer, I. A. Dekkers et al., "Postcontrast acute kidney injury part 1: definition, clinical features, incidence, role of contrast medium and risk factors," *European Radiology*, 2018;28.7:2815-55.
4. Diab, O. A., Helmy, M., Gomaa, Y., et al. Efficacy and safety of coronary sinus aspiration during coronary angiography to attenuate the risk of contrast-induced acute kidney injury in predisposed patients. *Circulation: Cardiovascular Interventions*, 2017;10.1:e004348.
5. Yilmaz M. B. and Yalta K. Coronary flow slows as renal function worsens. *Clinical Cardiology: An International Indexed and Peer-Reviewed Journal for Advances in the Treatment of Cardiovascular Disease*, 2009;32.5:278-282.
6. Chatterjee, S., Kundu, A., Mukherjee, D., et al. Risk of contrast-induced acute kidney injury in ST-elevation myocardial infarction patients undergoing multi-vessel intervention-meta-analysis of randomized trials and risk prediction modeling study using observational data. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 2017;90.2:205-212.
7. Boztosun B., Gunes Y. and Kirma C. No-reflow'a guncel yaklasim/Current management of no-reflow. *The Anatolian Journal of Cardiology (Anadolu Kardiyoloji Dergisi)*, 2006;6.3:255-261.
8. Celik, I. E., Kurtul, A., Duran, M., et al. Elevated serum fibrinogen levels and risk of contrast-induced acute kidney injury in patients undergoing a percutaneous coronary intervention for the treatment of acute coronary syndrome. *Coronary artery disease*, 2016;27.1:13-18.
9. ACT Investigators. Acetylcysteine for prevention of renal outcomes in patients undergoing coronary and peripheral vascular angiography: main results from the randomized Acetylcysteine for Contrast-induced nephropathy Trial (ACT). *Circulation*. 2011;124.11:1250-1259.
10. Stefanos Gr. Foussas. Acute Coronary Syndromes and Renal Disease, *Hellenic Journal of Cardiology*, 2016;57.3:210-213
11. Rear, R., Bell, R. M., & Hausenloy, D. J. Contrast-induced nephropathy following angiography and cardiac interventions. *Heart*, 2016;102.8:638-648.
12. Bitker L, Sens F, Payet C, et al. Presence of Kidney Disease as an Outcome Predictor in Patients with Pulmonary Arterial Hypertension. *Am J Nephrol*. 2018;47.2:134-143.
13. Velibey, Y., Oz, A., Tanik, O., Guvenc, T. S., et al. Platelet-to-lymphocyte ratio predicts contrast-induced acute kidney injury in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Angiology*, 2017;68.5:419-427.
14. Li, Y., & Ren, K. The Mechanism of Contrast-Induced Acute Kidney Injury and Its Association with Diabetes Mellitus. *Contrast Media & Molecular Imaging*. 2020.
15. Azzalini, L., Spagnoli, V., & Ly, H. Q. Contrast-induced nephropathy: from pathophysiology to preventive strategies. *Canadian Journal of Cardiology*, 2016;32.2:247-255.

Oral Presentation / Research

Sağlıklı Çocuklarda Serum Ürik Asit Seviyeleri ile Aterojenik Plazma İndeksi Arasında İlişki var mı?Çağla Özdemir¹, Nurcan Akbaş Güneş²

1. KÜTAHYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ, 43020 Merkez, Turkey E-mail: cagla_gocen06@yahoo.com.tr
2. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Presentation on 25/03/2021 08:00 in "Oral presentations 2" by Çağla Özdemir

Keywords / Anahtar Kelimeler: Serum ürik asit, Aterojenik plazma indeksi, Vücut kitle indeksi, Çocuklar

Aim:

Bu çalışmanın amacı, sağlıklı çocuklarda serum ürik asit seviyeleri ile kardiyovasküler riski gösteren aterojenik plazma indeksi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Method:

Üçüncü basamak bir hastanede Aile Hekimliği polikliniğine periyodik sağlık muayeneleri nedeniyle başvuran 160 (yüz altmış) çocuk çalışmamıza dahil edildi. Çocukların boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), kan basıncı, açlık kan şekeri, total kolesterol, LDL-c, HDL-c, trigliserid, vitamin B12 ve biyokimyasal parametreleri değerlendirildi. Aterojenik plazma indeksi olarak total kolesterol / HDL-c oranları ve trigliserit / HDL-c oranları hesaplandı. Çalışmamızda p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Results:

Çalışmamızda 88 (%55) erkek, 72 (%45) kız katılımcı yer aldı. Ortalama yaş 9.67±1.52 (6-14) idi. Serum ürik asit seviyeleri ile total kolesterol / HDL-c oranları ve trigliserit / HDL-c oranları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edildi (p=0.001, p=0.000). Serum ürik asit seviyeleri arttıkça bu oranların arttığı görüldü. Serum ürik asit seviyeleri ile VKİ arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edildi (p=0.000). VKİ arttıkça serum ürik asit seviyeleri de yükselmektedir.

Conclusions:

Sağlıklı çocuklarda serum ürik asit seviyeleri arttıkça hem VKİ, hem de aterojenik plazma indeksinin arttığı tespit edilmiştir. Çocuklarda periyodik sağlık muayenesi esnasında erken dönemde kardiyovasküler riski öngörmeye VKİ'ye ek olarak serum ürik asit seviyelerinin de izlenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Full Text**Giriş**

Kardiyovasküler hastalıklar için dislipidemi en önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir. Aterojenik plazma indeksi, trigliserit / HDL-c kullanılarak bulunmaktadır. Bu oranın plazma LDL seviyelerini daha iyi yansıttığı düşünülmekte ve son zamanlarda kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır. Dislipidemi de rol oynayan yeni bir gösterge olarak tanımlanmaktadır (1).

Son yıllarda, serum ürik asit düzeylerinin kardiyovasküler hastalıklarda bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmesi

tartışılmaktadır. Çalışmalarda serum ürik asit yüksekliğinin, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, atrial fibrilasyon, kronik böbrek hastalığı ve diyabet gibi komorbiditeler ile arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (2). Hiperürisemi ise bir hastalık olarak kabul edilmese de predispozan faktör olarak değerlendirilmektedir. Tedavi edilmesinin gerekliliği ve komorbidite riskini azaltabileceği halen netliğe kavuşmamış kısımlardır (3).

Bu çalışmanın amacı, sağlıklı çocuklarda serum ürik asit seviyeleri ile kardiyovasküler riski gösteren aterojenik plazma indeksi arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem

Üçüncü basamak bir hastanede Ocak 2018 – Aralık 2020 tarihleri arasında Aile Hekimliği polikliniğine periyodik sağlık muayeneleri nedeniyle başvuran 160 (yüz altmış) katılımcı çalışmamıza dâhil edildi. Katılımcıların boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), kan basıncı, açlık kan şekeri, total kolesterol, LDL-c, HDL-c, trigliserit, vitamin B12 ve biyokimyasal parametreleri değerlendirildi. Aterojenik plazma indeksi olarak total kolesterol / HDL-c oranları ve trigliserit / HDL-c oranları hesaplandı.

Verilerin istatistiksel analizi için SPSS Windows programının 25.0 versiyonu kullanılmıştır. Sayısal veriler için aritmetik ortalama ± standart sapma hesaplanmıştır ve belirtilen veriler yüzde (%) olarak ifade edilmiştir. Ayrıca veriler arasındaki ilişki için korelasyon analizi yapılmıştır. P<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmamızda 88 (%55) erkek, 72 (%45) kız katılımcı yer aldı. Ortalama yaş 9.67±1.52 (6-14) idi. Çalışma dahilindeki tanımlayıcı istatistiksel veriler **Tablo 1'** de gösterilmiştir.

Table 1: Tanımlayıcı istatistiksel veriler

	Minimum	Maximum	Ortalama ± standart sapma
Glukoz	68	117	93,40±10,11
Üre	7	17	10,30±2,02
Kreatinin	0,35	,94	0,54±0,12
AST	12	41	24,40±5,66
ALT	3	46	16,55±7,54
LDL	57	155	101,40±22,57
HDL	26	71	48,70±9,46
Trigliserit	32	160	92,32±37,67
T. kolesterol	112	229	167,53±23,34
Vitamin B12	33	499	283,75±118,71
Ferritin	5,00	74,80	21,97±14,14
Ürik asit	2,70	7,10	4,43±0,90
Hgb	12,30	16,40	13,93±0,96
Nötrofil	1,63	31,30	4,03±4,49
Lenfosit	1,28	53,50	4,12±7,97
MPV	7,40	11,90	10,18±0,91
N / L oranı	0,44	2,95	1,24±0,54
VKI	13,80	34,05	20,03±4,83

Serum ürik asit seviyeleri ile total kolesterol / HDL-c oranları ve trigliserit / HDL-c oranları arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edildi (**p=0.001, p=0.000**). Serum ürik asit seviyeleri arttıkça bu oranların arttığı görüldü. Serum ürik asit seviyeleri ile VKİ arasında istatistiksel açıdan pozitif

yönde bir ilişki olduğu tespit edildi ($p=0.000$). VKİ arttıkça serum ürik asit seviyeleri de yükselmektedir (Tablo2).

Tablo 2: Serum ürik asit, aterojenik plazma indeksi ve diğer değişkenler arasındaki ilişki

	Ürik asit	Trigliserid / HDL	T. kolesterol / HDL	MPV	N/L Oranı	Vitamin B12	Ferritin
Ürik asit	r	,284**	,271**	,112	,097	,245**	,193*
	p	,000	,001	,157	,225	,002	,014
Trigliserid / HDL	r	,284**	,521**	,186*	-,109	,116	,194*
	p	,000	,000	,018	,168	,144	,014
T.kolesterol / HDL	r	,271**	,521**	,139	-,031	-,003	,176*
	p	,001	,000	,080	,695	,973	,026
MPV	r	,112	,186*	,139		,255**	,109
	p	,157	,018	,080		,001	,171
N/L Oranı	r	,097	-,109	-,031	,255**	,138	,174*
	p	,225	,168	,695	,001	,083	,028
Vitamin B12	r	,245**	,116	-,003	,109	,138	,178*
	p	,002	,144	,973	,171	,083	,024
Ferritin	r	,193*	,194*	,176*	-,015	,174*	,178*
	p	,014	,014	,026	,848	,028	,024

Tartışma

Postmenopozal dönemi kadınlarda yapılan bir çalışmada aterojenik plazma indeksi koroner arter hastalığı için kullanılabilir bir risk faktörü olarak bulunmuştur (4). Benzer şekilde diyabetes mellitus ve hipertansiyon ile aterojenik plazma indeksinin arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (5). Ülkemizde hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada aterojenik plazma indeksi ile karotis arter intima-media kalınlığı arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (6). Komorbiditeler sonucunda artan kardiyovasküler riski öngörmeye bu çalışmalarda aterojenik plazma indeksi değerlendirilmiş ve ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmalar çocuk ve adolesanlarda aterojenik plazma indeksi ile insülin direnci ve abdominal obezite ilişkili bulunmuştur (7). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde VKİ arttıkça aterojenik plazma indeksinin arttığı tespit edilmiştir.

Ayrıca bizim çalışmamızda VKİ ile serum ürik asit seviyeleri arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde obez ve fazla kilolu çocuklarda yapılan bir çalışmada serum ürik asit seviyeleri ile aterojenik plazma indeksi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Erken tespit edilmesinin kardiyovasküler riskin erken çocukluk döneminde de anlaşılabilirliğini göstermiştir (8).

Diğer bir konu ise yaptığımız bu çalışma ile sağlıklı çocuklarda aterojenik plazma indeksi ve serum ürik asit seviyelerinin arasında da bir ilişki olduğunu tespit ettik. Literatürde benzer bir çalışmanın olmadığını biliyoruz. Bu durum çalışmamızın önemini göstermektedir.

Sonuç olarak, sağlıklı çocuklarda serum ürik asit seviyeleri arttıkça hem VKİ, hem de aterojenik plazma indeksinin arttığı tespit edilmiştir. Birinci basamakta çocuklarda kardiyovasküler riski öngörmeye periyodik sağlık muayenesi yapılırken VKİ' ne ek olarak serum ürik asit seviyelerinin de izlenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Devam etmekte olan çalışmamızın ön bulguları niteliğinde olan bu çalışma tamamlandığında, konu ile ilgili daha net sonuçlara

ulaşabileceğiz.

Kaynaklar

1. Cai G, Shi G, Xue S, Lu W. The atherogenic index of plasma is a strong and independent predictor for coronary artery disease in the Chinese Han population. *Medicine*. 2017;96(37).
2. Ciarla S, Struglia M, Giorgini P, Striuli R, Necozone S, Properzi G, et al. Serum uric acid levels and metabolic syndrome. *Archives of physiology and biochemistry*. 2014;120(3):119-22.
3. Li Y, Chen S, Shao X, Guo J, Liu X, Liu A, et al. Association of uric acid with metabolic syndrome in men, premenopausal women and postmenopausal women. *International journal of environmental research and public health*. 2014;11(3):2899-910.
4. Wu T-T, Gao Y, Zheng Y-Y, Ma Y-T, Xie X. Atherogenic index of plasma (AIP): a novel predictive indicator for the coronary artery disease in postmenopausal women. *Lipids in health and disease*. 2018;17(1):1-7.
5. Zhu X-W, Deng F-Y, Lei S-F. Meta-analysis of Atherogenic Index of Plasma and other lipid parameters in relation to risk of type 2 diabetes mellitus. *Primary care diabetes*. 2015;9(1):60-7.
6. Yıldız G, Duman A, Aydın H, Yılmaz A, Hür E, Mağden K, et al. Evaluation of association between atherogenic index of plasma and intima-media thickness of the carotid artery for subclinic atherosclerosis in patients on maintenance hemodialysis. *Hemodialysis International*. 2013;17(3):397-405.
7. Sapunar J, Aguilar-Farias N, Navarro J, Araneda G, Chandia-Poblete D, Manriquez V, et al. High prevalence of dyslipidemia and high atherogenic index of plasma in children and adolescents. *Rev Med Chil*. 2018;146(10):1112-22.
8. Kızılay DÖ, Şen S, Ersoy B. Associations between serum uric acid concentrations and cardiometabolic risk and renal injury in obese and overweight children. *Journal of clinical research in pediatric endocrinology*. 2019;11(3):262.

Oral Presentation / Research**The change of disease rates in primary care due to pandemic measures**

Binnur Tağtekin Sezer

Edirne Gazimihal Aile Sağlığı Merkezi, 22000 Edirne, Turkey E-mail: btagtekin@yahoo.com

Presentation on 25/03/2021 08:00 in "Oral presentations 2" by Binnur Tağtekin Sezer

Keywords / Anahtar Kelimeler: Covid-19, viral diseases, preventive measures, primary care

Aim:

The most common infections in primary care are caused by viral origins. Mask-distance-hygiene measures taken due to the pandemic are also thought to prevent other viral infections. The aim of the study is to determine the change in diagnoses that may be caused by viruses in a family medicine unit and in the pre- and post-pandemic period. Also it was aimed to determine the effect of the Covid-19 virus and the measures taken on this change.

Method:

In this study, a 2-year retrospective evaluation was made based on the period of March 2020, when Covid 19 infection was first seen in our country. The seasonal variation of common diagnoses in primary care, which are also frequently performed by Covid-19 virus and coded in the same way indistinguishably, were evaluated.

Results:

There were a total of 9781 patient records in the four specified periods. 765 (27%) of 2820 patients in the period March-May 2019; 839 (28%) of 3013 patients in the period of September-November 2019; 433 (24%) of 1837 patients the period of March-May 2020; and 488 (23%) of 2111 patients in the period of September-November 2020 were diagnosed with upper respiratory tract infection. No significant changes were found between similar periods ($p>0.05$). When detailed diagnoses were examined, significant changes were detected in patient rates diagnosed with otitis ($p=0.01$), periodontal disease ($p<0.001$) and allergy ($p=0.02$). In addition, after the pandemic was declared, a significant increase was detected in covid-19 positive patient rates diagnosed between March-May and September-November 2020 ($p<0.001$).

Conclusions:

The lack of meaningful change in the rates of upper respiratory tract infection suggests that the measures taken are not effective. The proportional increase in diagnoses of otitis, periodontal disease and allergies can be associated with the coronavirus infection clinic.

Oral Presentation / Research

Type 2 Diabetes Risk Assessment In The Population Of Okmeydanı Research Hospital Hurriyet Educational Family Health Center

Hüseyin Acar¹, Seçil Arıca²

1. İstanbul Ümraniye Zeyneloğlu Aile Sağlığı Merkezi, 34775 Ümraniye, Turkey E-mail: hacar@windowlive.com
2. Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Presentation on 25/03/2021 08:00 in "Oral presentations 2" by Hüseyin Acar

Keywords / Anahtar Kelimeler: type 2 diabetes, FINDRISK, scan

Aim:

Diabetes, has become troubling to a great extent society health with increase in incidence and reaching epidemic proportions, in Türkiye, like the whole world. We aimed to evaluate the type 2 diabetes risk of registered population in Hurriyet Educational Family Health Center, managed by Prof. Dr. Cemil Tascioglu City Hospital, formerly known Okmeydanı Research Hospital.

Method:

Sampling was made stratified using age to define sample size more accurately. Ethical committee approval is taken. FINDRISK Type 2 diabetes risk questionnaire was applied to patients who agreed to participate in the study. Sociodemographic data, brief medical history, anthropometric measures, blood pressure values and some past test results were recorded.

Results:

Patients count was in total 210, 139(66,2%) female, 71,4% of them were under age 50 years. Average age was 41.75±15.1 years. The most frequent chronic disease was hypertension. 78% of patients were overweight or obese. National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel-III and International Diabetes Federation metabolic syndrome criteria concluded 32,9% and 31,9% of patients to be diagnosed, respectively. Highest rate of metabolic syndrome was in 50 years and older. FINDRISK score average was 9,96±5,24 points and in slightly elevated risk group. 64,3% of patients were in low and slightly elevated risk group. 14,3% of them were high risk, 3,6% of them were very high risk group patients. In woman gender, by increase in age, in married patients, in patients who has any chronic disease or low educational status or currently unemployed patients, FINDRISK risk score results were more in high and very high risk group.

Conclusions:

We evaluated and defined the risk of diabetes in individuals without diabetes, according to their different sociodemographic and clinical status. Family physicians should scan patients with FINDRISK questionnaire to evaluate patients more clinically based. That would be a step of great importance to cope with diabetes.

Full Text

GİRİŞ

Diyabetes Mellitus, pankreastan salgılanan insülinin yetersiz kaldığı ya da organizmanın insülini etkin bir şekilde

kullanmadığı ciddi bir kronik hastalıktır(1). Ülkemizdeki durum değerlendirildiğinde kapsamlı bir çalışmada 2010 yılındaki diyabet prevalansının 12 yıl öncesine kıyasla %90 arttığı bulunmuştur(2). 2017 yılında Türkiye'de 6,6 milyon diyabetli olduğu hesaplanmış ve %11.1 prevalans değerlendirilmiştir.(3)

Diyabet oluşturduğu morbidite ve mortalite yükünün yanında ekonomik açıdan tüm ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de sağlık sisteminde büyük bir yük oluşturmaktadır. Diyabet tanılı hastalara sunulan hizmetin yanı sıra bu hastalığa henüz yakalanmamış sağlıklı kişilerin korunması değerlidir. Bu amaçla geliştirilen projelerde diyabetten koruma, tarama, riskli bireylerin tanımlanması ve yönetiminde Türkiye'de birinci basamağın ve aile hekimliğinin yeri büyük önem taşımaktadır(4).

Aile hekimliği kliniği olarak birinci basamak sağlık hizmeti verdiğimiz S.B.Ü Okmeydanı SAUM'ye bağlı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı yetişkinlerin Diyabetes Mellitus riski açısından değerlendirilmesini amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

09.08.2017 ile 09.12.2017 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı merkezindeki 18 yaş ve üzeri, kesin kayıtlı, kimlik bilgileri eksiksiz olması neticesinde yaşı hesaplanabilen nüfus sayısı 5938'dir. Etik kurul onayı alındı. % 95 güven aralığında, % 5 hata payı ile yaş tabakalı örneklem hesabı ile 210 hastaya ulaşıldı. Anketimiz yüzyüze görüşme yoluyla uygulandı. Boy, tartı, bel çevresi, kan basıncı ölçümleri tek bir hekim tarafından standartlara uygun olarak yapıldı. Laboratuvar sisteminde sonuçlanmış 3 ay içerisindeki bazı mevcut kan tetkikleri kaydedildi. Türkiye'de Diyabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu'nda riskli hastaların belirlenmesi için kullanılması önerilen FINDRISK ölçeği kullanıldı (5,6).

BULGULAR

Çalışma 09.08.2018 ile 09.12.2017 tarihleri arasında yaşları 18 ile 82 arasında değişmekte olan, 139'u (%66,2) kadın ve 71'i (%33,8) erkek olmak üzere toplam 210 olgu ile yapılmıştır. Olguların yaşları ortalaması 41,75±15,1'dir. Kadınların; yaşları 18 ile 82 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 42,36±14,83 yıldır. %73,4'ü evlidir. %23'ü şu anda bir işte çalışmaktadır. %33,8'i ilkokul, %14,4'ü ilköğretim, %36,7'si lise mezunudur. %5,8'i alkol, %20,9'u sigara kullanmaktadır. Erkeklerin; yaşları 18 ile 82 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 40,55±15,64 yıldır. %67,6'sı evlidir. %59,2'si çalışmaktadır. %26,8'i lise ve %42,3'ü yüksekokul/üniversite veya üzeri mezunudur. %16,9'u alkol, %35,2'si sigara kullanmaktadır.

Açlık plazma glukozu (APG) tetkiki mevcut 156 hastanın 3'ünde sonuç diyabet tanısı seviyesindeydi. HbA1c tetkiki üzerinden bakıldığında mevcut 107 sonucun 4'ü diyabet tanı sınırını geçmişti. Fazla kilolu ve obezlerin dağılımlarına bakıldığında kadınların %36,7'si, erkeklerin %25,4'ü obezdi. Toplam fazla kiloluluk veya obezite oranı %78'di. Metabolik sendrom tanısı Adult Treatment Panel(ATP)III kriterlerine göre olguların %32,9'unda, IDF kriterlerine göre %31,9'unda pozitif olarak saptandı.

Kadınlarda FINDRISK derecesinin yüksek ve çok yüksek risk grubunda olma oranı (%22,7), erkeklerden (%7,8) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Evlilerde FINDRISK derecesinin yüksek ve çok yüksek grubunda olma oranı anlamlı

düzeyde yüksektir. Eğitim düzeyi azaldıkça FINDRISK skorunun yüksek ve çok yüksek risk grubunda olma oranının anlamlı bir şekilde yükseldiği görülmektedir. Çalışanların çalışmayanlara göre daha düşük risk sınıflamasında olduğu istatistiksel olarak anlamlıdır. Sosyodemografik özelliklere göre risk durumu ve tetkik sonuç ortalamaları Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Sosyodemografik özelliklerin FINDRISK risk grupları ile ilişkisi

		FINDRISK Risk Grupları			p
		Düşük/Hafif (n=126)	Orta (n=35)	Yüksek/Çok yüksek (n=35)	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Yaş	18-29	51 (%96,2)	1 (%1,9)	1 (%1,9)	0,000*
	30-39	37 (%74)	10 (%20)	3 (%6)	
	40-49	21 (%50)	10 (%23,8)	11 (%26,2)	
	50-59	9 (%36)	8 (%32)	8 (%32)	
	60-69	4 (%21,1)	6 (%31,6)	9 (%47,4)	
	>70	4 (%57,1)	0 (%0)	3 (%42,9)	
Cinsiyet	Kadın	81 (%61,4)	21 (%15,9)	30 (%22,7)	0,034*
	Erkek	45 (%70,3)	14 (%21,9)	5 (%7,8)	
Medeni durum	Evli	79 (%56)	31 (%22)	31 (%22)	0,001*
	Bekar/Dul	47 (%85,5)	4 (%7,3)	4 (%7,3)	
Eğitim durumu	İlkokul ve altı	24 (%38,7)	16 (%25,8)	22 (%35,5)	0,000*
	İlköğretim	14 (%60,9)	6 (%26,1)	3 (%13)	
	Lise	53 (%77,9)	7 (%10,3)	8 (%11,8)	
	Yüksek okul/üniversite veya üzeri	35 (%81,4)	6 (%14)	2 (%4,7)	
Alkol kullanımı	Kullanıyor	15 (%78,9)	2 (%10,5)	2 (%10,5)	0,373
	Kullanmıyor	111 (%62,7)	33 (%18,6)	33 (%18,6)	
Sigara kullanımı	İçiyorum	36 (%67,9)	10 (%18,9)	7 (%13,2)	0,585
	İçmiyorum	90 (%62,9)	25 (%17,5)	28 (%19,6)	
Kronik Hastalık	Var	54 (%52,4)	22 (%21,4)	27 (%26,2)	0,001*
	Yok	72 (%77,4)	13 (%14,0)	8 (%8,6)	
İlaç Kullanımı	Var	35 (%46,7)	16 (%21,3)	24 (%32)	0,000*
	Yok	91 (%75,2)	19 (%15,7)	11 (%9,1)	

Tablo 2: Laboratuvar bulgularının FINDRISK risk grupları ile ilişkisi

Tetkik sonuç ortalamaları		FINDRISK Risk Grupları			p
		Düşük/Hafif	Orta	Yüksek/Çok yüksek	
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
APG (mg/dL)		95,23±11,23	99,96±9,26	103,72±12,18	0,001*
HbA1c (%)		5,43±0,33	5,73±0,35	5,81±0,35	0,000*
Trigliserit (mg/dL)		123,42±59,64	177,52±90	146,38±92,36	0,003*
Total kolesterol (mg/dL)		199,23±37,31	214,48±38,18	226±33,9	0,002*
LDL (mg/dL)		125,83±32,12	137,26±27,67	140,45±42,87	0,078
HDL (mg/dL)		50,19±10,35	46,24±12,19	49,17±5,63	0,190

TARTIŞMA

Çalışmamızdaki bilinen diyabet hastalığı prevalansı Türkiye

değerlerine göre daha düşüktü. Tetkiklerin kontrolü ve hastaların tanı amaçlı tetkikler ile örneklemimizde diyabet ve prediyabet tanılarının artacağı tahmin edilmektedir. Çalışmamızda metabolik sendrom prevalansı %34,9 bulunmuştur. Benzer kapsamda bir araştırmada 33,9 çıkmıştır(7). Bu yüzdeler TEKHARF çalışmasından düşüktür(8). Yaş grupları açısından değerlendirildiğinde yaş arttıkça metabolik sendrom görülme sıklığının artması çalışmamızda ve benzer çalışmalarda ortak bir sonuçtur(9). TURDEP-II'de ise santral obezite sıklığı genel toplumda %53 olup çalışmamızda %48 olarak değerlendirildi. Diğer çalışmalarla benzerlik göstererek kadınların obeziteye, erkeklerinse fazla kiloluluğa eğilimi daha fazlaydı(3,10).

FINDRISK skoru ortalama olarak 9,96±5,24 bulundu. Kanada'da risk skoru 15 ve üzeri olanların ayırt edilmesinin önemi vurgulanmıştır(11). Hastalarımızın %17,9'u bu gruptadır ve 10 yıl içinde tip 2 diyabet olma riskleri yüksek ve çok yüksek seviyededir. Coşansu ve arkadaşları, 1872 kişilik toplum taramasında bu oranı %7,9 bulmuştur(12). Bu oranların çalışmamızda daha yüksek çıkmasının örneklemimizin bir şikayet ile başvurarak gelen hastalardan oluşması ile ilişkisi olabilir. Çalışmamıza benzer özelliklerde sağlık kontrolü için başvuran kişilerin olduğu Konya ve Kayseri illerindeki geniş katılımlı çalışmalarda bu yüzde %17,1 olarak bulunduğu ifade edilmiştir.(13,14)

Yaş arttıkça FINDRISK skorunun yükselmesi diğer çalışmalarla benzer şekilde görüldü(15). Kadınlarda FINDRISK risk grubu yüksek ve çok yüksek olanların yüzdesi, erkeklerden daha fazla olması kadınlardaki daha yüksek obezite oranına bağlanmıştır(2,16). Benzer çalışmalarda olduğu gibi metabolik sendrom sıklığı ile diyabet riski artışı ilişkilidir(17). Çalışmamızda sistolik kan basıncı ortalamalarının risk arttıkça anlamlı bir şekilde yükselmesi benzer çalışmalarda da görülmüştür(13,15).

Eğitim durumu arttıkça diyabet riskinde azalmanın nedeni olarak eğitim düzeyi ile sağlıklı yaşam alışkanlıkları ilişkili olabileceği yorumlanmıştır(18,19). Diğer çalışmalarda da bir işte çalışmayan kişilerde yüksek ve çok yüksek risk grubunda olma sıklığı daha yüksektir (20). Çalışmayanların sedanter yaşam riski fazla olabilir. Japonya'da Zhang ve arkadaşları benzer şekilde diyabet riski arttıkça APG ve HbA1c ortalamaları da artmaktadır(21). Finlandiya'da da risk arttıkça trigliserit ortalamalarının yükseldiği sonucu elde edilmiştir(22). Türkiye'de de Demirbaş ve arkadaşlarının çalışmasında APG,HbA1c ve Trigliserit ortalamaları diyabet riski arttıkça anlamlı olarak yükselmektedir. Farklı olarak LDL ve toplam kolesterol ortalamaları açısından anlamlı bir ilişki bulunamadı(13).

SONUÇ

Bu çalışmada yaptığımız gibi her aile hekimi, nüfusunda pratik ve hızlı bir yönetim sağlayan FINDRISK tip 2 diyabet riski anketini kullanarak hastaları taramalıdır. Diyabeti önlemede tarama sonuçları ve takipleri önem arz etmektedir. Diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmamızın belirli bir nüfusun bağlı olduğu bölgeye yönelik riski göstermesini önemli bir sonuç olarak yorumlamaktayız. Benzer araştırmalarla mahalle-ilçe-il-bölge-ülke bazında diyabetle başa çıkabilmek için iyi bir adım olacaktır. İleriye yönelik olarak, 10 yıl sonra bu popülasyonu temsil edecek benzer bir örneklemde daha detaylı bir çalışma gerçekleştirilmesi umulmaktadır. İki araştırmanın sonuçları karşılaştırılarak diyabet riskleri ve insidansı çok daha iyi anlaşılacaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization, (2016), "Global Report on Diabetes".
2. Satman, I. vd., (2013), Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults", *Eur. J. Epidemiol.*, 28(2), 169-180.
3. International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition (2019). Ed. Karuranga, S. vd.
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2017), *Obezite ve diyabet klinik rehberi*. Ankara.
5. Lindström, J., Tuomilehto, J. (2003), The diabetes risk score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk, *Diabetes Care*, 26(3), 725-731.
6. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği, (2017), *Diabetes Mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu*, Ankara.
7. Kozan, O. vd., (2007), Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults, *Eur. J. Clin. Nutr.*, 61(4), 548-553.
8. Onat, A. vd., (2013), *Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. İSTANBUL, Logos Yayıncılık.
9. Gundogan, K. vd., (2013), Metabolic syndrome prevalence according to ATP III and IDF criteria and related factors in Turkish adults", *Arch. Med. Sci.*, 9(2) 243-253.
10. Alencastro, P.R. vd., (2012) Metabolic syndrome and population attributable risk among HIV/AIDS patients: comparison between NCEP-ATPIII, IDF and AHA/NHLBI definitions. *AIDS Res Ther*, 9(1), 29.
11. Pottie, K. vd., (2012), Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults, *CMAJ*, 184(15), 1687-96.
12. Cosansu, G. vd., (2018), Determining type 2 diabetes risk factors for the adults: A community based study from Turkey. *Prim Care Diabetes*, 693, 1-7.
13. Demirbas N. vd., (2020), Comparison of triglyceride/glucose index with the FINDRISC diabetes risk questionnaire in determining diabetes risk in individuals attending periodic health examinations. *Med J Bakirkoy*, 16(2), 165-73
14. Atayoğlu, T. vd., (2020), Evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) for diabetes screening in Kayseri, Turkey., *Prim Care Diabetes*, 14(5), 488-493.
15. Kutlu, R., vd., (2016), Tanı Almamış Tip 2 Diyabet İçin Bir Metodu Olarak Fin Diyabet Risk (FINDRISK) Uygulanabilir mi ? Tarama Anketi, *Konuralp Tıp Derg.*, 8(3), 158-166.
16. Akyil, R. vd., (2014), A comparison of three different diabetes screening methods among dental patients in Turkey, *Pakistan J. Med. Sci.*, 30(1), 65-69.
17. Makrilakis, K. vd., (2011), Validation of the Finnish diabetes risk score (FINDRISC) questionnaire for screening for undiagnosed type 2 diabetes, dysglycaemia and the metabolic syndrome in Greece, *Diabetes Metab.*, 37(2), 144-151.
18. Bayındır Çevik, A. vd., (2016), Prevalence and screening for risk factors of type 2 diabetes in Rize, Northeast Turkey: Findings from a population-based study, *Prim Care Diabetes*, 10(1), 10-18.
19. Vitasalo, K. vd., (2012), Occupational health care identifies risk for type 2 diabetes and cardiovascular disease, *Prim. Care Diabetes*, 6(2), 95-102
20. Väättäinen, S. vd., (2016), Does future diabetes risk impair current quality of life? A cross-sectional study of health-related quality of life in relation to the Finnish diabetes risk score (FINDRISC), *PLoS One*, 11(2), 1-15.
21. Zhang, L. vd., (2014), Evaluation of Finnish diabetes risk score in screening undiagnosed diabetes and prediabetes among U.S. adults by gender and race: NHANES 1999-2010. *PLoS One* 9(5), e97865
22. Saaristo, T. vd., (2005), Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: a tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome", *Diabetes Vasc. Dis. Res.*, 2(2), 67-72.

Oral Presentation / Research

Aile Hekimliği Asistanlarının Talasemi Hakkındaki Bilgi Tutum ve DavranışlarıBüşra Bağcı¹, Yıldız İpek²

1. Sisli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 34000 İstanbul, Turkey E-mail: drbusrabgc@gmail.com

2. Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Presentation on 25/03/2021 09:10 in "Oral presentations 3" by Büşra Bağcı

Keywords / Anahtar Kelimeler: Talasemi

Aim:

Talasemiler, otozomal resesif geçiş gösteren, hemogloblin zincirlerinin birinin veya birkaçının hasarlı sentezi sonucu gelişen hipokrom mikrositer anemi ile karakterize heterojen bir grup hastalıktır. Dünya nüfusunun %3'ü beta talasemi taşıyıcısıdır. Türkiye'de yaklaşık 1.300.000 beta talasemi taşıyıcı ve 4000 civarında beta talasemi hastası vardır. Ülkemizde 2002'den beri talasemi taraması yapılmakta ve hemogloblin elektroforezleri değerlendirilmektedir. Bu nedenle bu çalışma ile Aile Hekimliği asistanlarının talasemi hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını inceledik.

Method:

Çalışma kesitsel niteliktedir. Çalışmaya Ocak ayında İstanbul'da Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi ve Sözleşmeli Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerden çalışmaya katılmayı kabul eden 115 hekim dahil edildi. Literatür incelemesinden elde edilen bilgilere göre oluşturulmuş, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve talasemi hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendiren 17 sorudan oluşan anket formu oluşturuldu. Katılımcılara internet üzerinden anket yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verilecektir. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Results:

Çalışmaya katılan 115 aile hekimliği asistanının yaş ortalaması $30,16 \pm 5,52$ (min=24, max=52) idi. Katılan hekimlerin %64,3 (n=74)'ü kadın, %35,7 (n=41)'si erkek idi. Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık öğrencisi oranı %25,2 (n:29) idi. Hematoloji rotasyonu yapan asistan hekimlerin %75 (n=6)'i, hematoloji rotasyonu yapmayan asistan hekimlerin %61,7 (n=66)'si talasemi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüyor. $p:0.453$. Aile hekimliği asistanlarının %65,1 (n=56)'i talasemi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüyor. Sözleşmeli aile hekimliği asistanlarının %55,2 (n=16)'si yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünüyor. $p:0.339$. Talasemi hakkında nereden bilgi edindiniz sorusuna asistan hekimlerin %83,5 (n=96)'i derslerden cevabını verdi. Talasemi kalıtsal geçişli, önlenebilir bir hastalıktır cümlesini doğru bulanlar %67,8 (n=78) idi. Beta talasemi taşıyıcılığına nasıl karar verilir sorusuna hekimlerin %86,1 (n=99)'i HbA2 düzeyindeki artış ile cevabını verdi.

Conclusions:

Talasemi ülkemizde ve dünyada sık görülen genetik geçişli önlenebilir hastalıktır. Özellikle evlilik öncesi tarama için başvuru alan aile hekimlerinin bu konuda halkı bilinçlendirmesi maddi ve manevi açıdan büyük önem arz etmektedir.

Oral Presentation / Research**Akne Vulgaris Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) Kullanımı: Kesitsel Bir Çalışma**

Gülbahar Ürün Unal¹, Abdullah Demirbaş², Kamile Marakoğlu³

1. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 000042 Konya, Turkey E-mail: urunbahar@gmail.com

2. Konya Numune Hastanesi Dermatoloji Polikliniği

3. Selçuk University Faculty of Medicine

Presentation on 25/03/2021 09:10 in "Oral presentations 3" by Gülbahar Ürün Unal

Keywords / Anahtar Kelimeler: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp, Akne Vulgaris, Geleneksel Tedaviler.

Aim:

Akne vulgaris(AV) hastalığının kronik bir seyir göstermesi, kozmetik sorunlara yol açabilmesi ve hastaların psikososyal işlevselliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeni ile AV'li hastalar TAT uygulamalarına sıklıkla başvurabilmektedir. Bu çalışmada AV tanısı konulan olgularda TAT kullanım sıklığının, hangi yöntemlerin kullanıldığının ve bu yöntemlere başvuru nedenlerinin ve başvuruyu etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Method:

Araştırmaya Şubat-Ekim 2020 tarihleri arasında Konya Numune Hastanesi dermatoloji polikliniğine başvuran ve 14 yaş ve üzeri AV tanısı konulan toplam 400 hasta dahil edildi. Araştırma tanımlayıcı-kesitsel tipte yapılmıştır. AV tanısı alan 491 hastanın 400'ü(%81.4) çalışmaya dahil olmayı kabul etti. Hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile 37 sorudan oluşan anket formu uygulandı. Elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programında analiz edildi.

Results:

AV hastalarının yaş ortalaması $20,0 \pm 5,17$ olup %60'ı(n=240) kadındır. %70(n=280)'inin akne yerleşim yeri sadece yüz bölgesindedir. Global Akne Derecelendirme Puanına Göre Akne Şiddeti %54,5(n=218)'ünde hafif şiddette bulunmuştur. Katılımcıların %87'si AV tedavisi için TAT yöntemlerini kullandığını belirtti. Kullanılan ilk 3 yöntemi sıklık sırasına göre; %61 bitkisel topikaller, %23,5 fitoterapi ve %2,5 ise kupaterapi/sülük oluşturmaktadır. TAT tedavisine başvuru en çok 31-40 yaş arasında olmuştur. Bekarlar ve sigara hiç içmeyenler istatistiksel olarak anlamlı TAT kullanmıştır. %33,5'i TAT tedavisi uygularken eş zamanlı doktorunun verdiği tedaviyi de kullanmıştır. Hekiminin tedavi uygularken %73,5'i TAT kullanımını sorgulamadığını belirtti.

Conclusions:

TAT uygulamaları tüm dünyada giderek artmakta olup başvuru sıklığı %9-65'tir. Türkiye'de ise %12.6 ile %88 arasında TAT kullanımını olduğu bildirilmiştir. TAT uygulamalarının olası yan etkileri de düşünüldüğünde hekimlerin AV'li hastalarının TAT yöntemlerine sıklıkla başvurduklarını bilmeleri ve bu konuda doğru bilinçlendirme açısından kendilerini geliştirmeleri gerekmektedir.

Oral Presentation / Research**Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlılarda Kırılganlık ve NLR-PLR İlişkisi**Zeynep Aşık¹, Mehmet Özen²

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 07070 Antalya, Turkey E-mail: zynpask@gmail.com
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve araştırma Hastanesi

Presentation on 25/03/2021 09:10 in "Oral presentations 3" by Zeynep Aşık

Keywords / Anahtar Kelimeler: Kırılganlık, inflamasyon, kırılgan yaşlı, NLR, PLR

Aim:

Kronik inflamasyonda sıklıkla görülen doku yıkımı anjigenezis ve/veya fibrozis ile sonuçlanır. Özellikle fibrozisin yaşlılardaki kırılganlığın nedenlerinden biri olabileceği düşünülmektedir. Kırılganlık yaşlılarda düşme, immobilizasyon, ağrı, depresyon gibi geriatrik sendrom bulgularının artışına neden olabilir. Bu araştırmada yaşlılardaki kırılganlık ve inflamasyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu sebeple Edmonton Frail Scale, inflamasyonu belirlemek için NLR ve PLR kullanılmıştır.

Method:

Araştırmada AEAH'den 01.11.2017 – 30.04.2020 tarihleri arasında evde sağlık hizmeti alan kişilerin sağlık kayıtları taranmıştır. Ardından katılımcılara ve/veya bakım verenlerine Edmonton frail scale uygulanmıştır. Araştırmaya dahil etme kriterleri belirtilen tarihler arasında evde sağlık hizmeti almış olmak, 65 yaş ve üzerinde olmak, belirtilen tarih aralığında evde sağlık hizmeti kapsamında hemogram testi yapılmış olması, araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmaktır.

Araştırma için 02.05.2019 tarih ve 12/30 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

Results:

332 katılımcının %54,82'si kadın, %45,18'i erkektir. Katılımcıların yaşları 65-106 arasında olup ortalama $81,162 \pm 8,483$ 'tür. Katılımcıların %97,6'sının kronik hastalığı mevcuttur. Katılımcıların Edmonton Frail Scale ortalaması $9,403 \pm 2,032$ şeklindedir. Buna göre %2,4 kırılgan değil, %8,1 kırılabilir, %18,1 hafif kırılgan, %40,7 orta kırılgan, %30,7 şiddetli kırılgandır. Katılımcıların ortalama NLR ve PLR değerleri sırasıyla $4,397 \pm 5,038$ ve $169,363 \pm 101,461$ şeklindedir. Edmonton skoru ve NLR arasında pozitif korelasyon ($r=0,085$ ve $p=0,122$); Edmonton skoru ve PLR arasında ise negatif korelasyon ($r=-0,04$ ve $p=0,465$) bulunmuştur.

Araştırmamızda NLR erkeklerde, kırılgan yaşlılarda, 75-84 yaş aralığında, HT ve malnutrisyon hastalarında yükselmiş; DM, demans, CVO ve hemipleji hastalarında düşmüştür. PLR ise erkeklerde, kırılgan olmayan yaşlılarda, 75-84 yaş aralığında, HT ve CVO hastalarında yükselmiş; hemipleji, malnutrisyon, demans ve DM'de düşmüştür.

Conclusions:

Araştırmamız sonucunda NLR ile kırılganlık arasında pozitif; PLR ile kırılganlık arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir. Konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılması gereklidir, ancak kırılgan yaşlılarda inflamasyon takibi için NLR ve PLR değerlerinin de incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Oral Presentation / Research

Ozon Terapi Hastalarının Yaşam Davranışlarının Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Üzderine Etkisi

Eda Çelik Güzel¹, Onur Büyükkıyıcı², Selim Orta², Özlem Even³, Kamuran Can²

1. Namık Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği AD
2. Namık Kemal Üniversitesi, 59030 Tekirdağ, Turkey E-mail: obuyukkiyici@nku.edu.tr
3. Namık Kemal Üniversitesi

Presentation on 25/03/2021 09:10 in "Oral presentations 3" by Onur Büyükkıyıcı

Keywords / Anahtar Kelimeler: GETAT, OZON TERAPİ, AİLE HEKİMLİĞİ

Aim:

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları organik ve psikolojik hastalıkların tanı ve tedavisinin yanı sıra bu hastalıklardan korunmayı amaçlar. Bilimsel olarak açıklanabilen ya da açıklanamayan bu uygulamalar "Klasik Batı Tıbbını" tamamlayıcı yöntemlerdir. GETAT uygulamaları dünyada ve ülkemizde her geçen gün daha da popüler hale gelmektedir. Bu çalışmamızda NKÜ GETAT Ozon Terapi Polikliniği'ne başvuran hastaların yaşam davranışlarının geleneksel ve tamamlayıcı tıp üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Method:

Araştırmanın evrenini 2019 - 2020 yılları arasında NKÜ GETAT Ozon Terapi Polikliniği'ne başvuran hastalardan (n=59) oluşturmaktadır. Katılımcılara araştırmacılar tarafından 29 soru içeren anket, sosyodemografik veriler ve yaşam değişikliklerinin sorgulandığı yüz yüze görüşme metoduyla uygulandı. Araştırmanın istatistiksel analizi SPSS 22.0 programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, frekans) uygulanmıştır.

Results:

Katılımcıların yaş ortalaması $47,14 \pm 12,95$ (min = 26 , max= 83) idi. Katılımcıların %71,2 (n=42) kadın, %28,8 (n=17) erkek idi. Katılımcıların %32,20 (n=19) daha önce GETAT yöntemi kullanmış. Daha önce GETAT yöntemi kullanan bu kişilere, uygulamaların %63,16'sı (n=12) doktor tarafından, %10,53 (n=2) komşu akraba tarafından uygulanmıştır. Katılımcılara ozon tedavisini %30,5 (n=18) doktoru, %10,2 (n=6) komşu akraba tavsiye etmiş. Katılımcıların %27,1 doktordan, %23,7 (n=14) tv/radyodan, %22,0 (n=13) internetten GETAT ile ilgili bilgi almış. Katılımcıların %61,0 (n=36) GETAT uygulamalarının üniversite hastanelerinde uygulanması gerektiğini düşünmektedir.

Conclusions:

GETAT yöntemleri ve ozon terapi farklı yaş grupları arasında bilinmektedir ve uygulanmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu GETAT yöntemleri hakkında doğru kaynaklardan bilgi almış ve doğru kişiler tarafından tedavi almış olsa da hala güvenilir olmayan kaynaklardan bilgi alan ve sağlık profesyonelleri dışında tedavi alan katılımcılar mevcuttur. Sadece sağlık profesyonelleri tarafından GETAT yöntemleri uygulanmalı ve hastalar bilgilendirilmelidir. Aile Hekimleri birinci basamak hizmet sunumunda olması nedeniyle hastalarında ilk başvuru hekimidir. Ayrıca GETAT uygulama yöntemleri ile ilgili bilgi almak içinde ilk başvurulacak noktada olması Aile Hekimlerinin GETAT uygulamaları hakkındaki hizmet sunum

basamağında önemli bir yer tuttuğunun göstergesidir.

Full Text

GİRİŞ

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) yöntemleri, farklı inanış, kültür ve teorilere dayanan, insanları tedavi etmek ve hastalıklardan korumak için kullanılan yöntemlerdir. Bu yöntemler "Klasik Batı Tıbbı"na alternatif olmamakla beraber "Klasik Batı Tıbbı"ni tamamlayıcı yöntemlerdir (1). Ülkemizde ve dünyada her geçen gün daha da popüler hale gelen GETAT uygulamalarını yapma yetkisi Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2014 yayınlanan yönetmelikle sadece hekimlere ve dış hekimlerine verilmiştir (2).

Bu çalışmada Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi GETAT Ozon Terapi Polikliniği'ne başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerinin GETAT uygulamaları üzerine olan etkisi araştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın evrenini 2019-2020 yılları arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi GETAT Ozon Terapi Polikliniği'ne başvuran hastalar (n=59) oluşturmaktadır. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan 29 soruluk anket yüz yüze görüşme metoduyla uygulanmıştır. Bu ankette katılımcıların sosyodemografik özelliklerini, yaşam tarzlarını ve GETAT uygulamalarına bakış açısını sorgulayan sorular sorulmuştur. Çalışmanın istatistiksel analizi IBM SPSS 22.0 programı aracılığıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans), parametrik ve non parametrik testler uygulanmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $47,14 \pm 12,95$ (min = 26 , max= 83) idi. Katılımcıların %71,2 (n=42) kadın, %28,8 (n=17) erkektir. Katılımcıların %71,2 (n=42) evli, %22,0 (n=13) bekar, katılımcıların %6,8 (n=4) medeni durum belirtmedi. Katılımcıların aylık ortalama aile geliri $6435,42 \pm 4602,15$ TL idi (min=1600 TL, max=30000 TL). Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalaması $27,45 \pm 5,05$ kg/m² idi (min=19,61 max=42,17).

Tablo 1: Katılımcıların Öğrenim Durumu

Öğrenim Durumu	n	yüzde
Okuryazar Değil	1	%1,7
Okuryazar	1	%1,7
İlkokul Mezunu	8	%13,6
Ortaokul Mezunu	7	%11,9
Lise Mezunu	18	%30,5
Üniversite Mezunu	24	%40,7

Katılımcıların %72,9 unun (n=43) en az bir sağlık problemi vardı, %27,1 inin (n=16) bilinen bir sağlık problemi yoktu. Katılımcıların %61,0 inde (n=36) düzenli ilaç kullanımı vardı, %37,3 (n=22) düzenli ilaç kullanımı yok. %1,7 (n=1) görüş belirtmedi. Katılımcıların %20,3 (n=12) düzenli spor yapıyordu, %79,7 (n=47) düzenli spor yapmıyordu.

Tablo 2: Katılımcıların Yıllık Ortalama Doktor Başvuru**Sayıları**

Başvuru Sayısı	n	yüzde
Hiç	3	%5,1
1-2 defa	11	%18,6
3-5 defa	25	%42,4
6-8 defa	9	%15,3
9 ve üzeri	10	%16,9

Katılımcılar hastalıklarında ilk başvurdukları sağlık kuruluşu, %39'unun (n=23) Aile Sağlığı Merkezi(ASM), %18,6'sının (n=11) devlet hastanesi, %35,6'sının (n=21) üniversite hastanesi, %6,8'inin (n=4) özel polikliniklerdir.

Tablo 3: Katılımcıların Yıllık Ortalama Antibiyotik**Kullanımı**

Kullanım Sayısı	n	yüzde
Hiç	18	%30,5
1-2 Kez	30	%50,8
3-5 Kez	8	%13,6
6 ve Yukarı	3	%5,1

Katılımcılar ortalama 3,46 ± 2,23 (min=0 max=12) GETAT yöntemi biliyordu. Katılımcıların %32,20 (n=19) daha önce GETAT yöntemi kullanmış. 1 kişi sülük, 1 kişi bitkisel tedavi, 4 kişi ozon, 13 kişi diğer yöntemleri kullanmıştı.

Tablo 4: Daha Önce GETAT Yöntemlerini Uygulayan**Kişiler**

Uygulayıcı	n	yüzde
Doktor	12	%63,16
Komşu-Akraba	2	%10,53
Sağlık Personeli	1	%5,26
Hemşire	1	%5,26

Katılımcıların %39,0'unun (n=23) hastalandığında kullandığı GETAT yöntemleri varken , %55,9'unun (n=33) yoktur, %5,1 (n=3) görüş belirtmemiş.

Tablo 5: Katılımcıların Hastalandıkları Zaman Kullandıkları**GETAT Yöntemleri**

Kullanılan Yöntem	n	yüzde
Kupa-Hacamat	9	%15,3
Bitkisel Tedavi	11	%18,6
Homeopati	1	%1,7
Ozon	11	%18,6
Sülük	4	%6,8
Akupunktur	3	%5,1
Mezoterapi	1	%1,7

Katılımcıların %13,6'sının (n=8) hasta olmadığı zamanlarda GETAT yöntemi kullanırken %81,4'ünün (n=48) hasta olduğu zamanlarda GETAT yöntemi kullanmaktadır, %5,1 (n=3) görüş bildirmedi.

Tablo 6: Katılımcıların GETAT Kullanma Amaçları

GETAT Kullanım Amacı	n	yüzde
Gençleştirme	4	%6,8
Sigara Bırakma	1	%1,7
Yara Tedavisi	2	%3,4
Kanser	1	%1,7
Migren	7	%11,9
Saç Dökülmesi	2	%3,4
Soğuk Algınlığı	1	%1,7
Kabızlık	1	%1,7
Fibromiyalji	5	%8,5
Kalp Hastalıkları	2	%3,4
Hipertansiyon	3	%5,1
Bağışıklık Güçlendirme	1	%1,7
Deri Hastalıkları	1	%1,7
Solunum Yolu Hastalıkları	2	%3,4
Diyabet	3	%5,1
Tiroit	1	%1,7
Ağrı	19	%32,2
Gastrit/Mide Rahatsızlığı	15	%25,4

Katılımcılara göre GETAT yöntemleri nerelerde uygulanmalıdır sorusuna verdikleri cevapların dağılımı, ASM 0, Devlet hastanesi %5,1 (n=3), Üniversite hastanesi %61,0 (n=36), hepsi %28,8 (n=17), diğer %1,7 (n=1), görüş yok %3,4 (n=2) idi.

Tablo 7: Katılımcıların GETAT Hakkında Bilgi Aldıkları**Kaynaklar**

Bilgi Kaynağı	n	Yüzde
Komşu/Akraba	14	%23,7
TV/Radyo	2	%3,4
Gazete/Dergi	2	%3,4
İnternet	13	%22,0
Doktor	16	%27,1
Diğer	10	%16,9
Görüş yok	2	%3,4

Kronik hastalığı olan katılımcılar, kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde hastalandıkları zaman GETAT yöntemlerini daha fazla tercih etmektedir (p<0,05). Düzenli ilaç kullanan katılımcılar, düzenli ilaç kullanmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde hastalandıkları zaman GETAT yöntemlerini daha fazla tercih etmektedir (p<0,05). Ancak kronik hastalığı olan katılımcılar ile kronik hastalığı olmayan katılımcılar arasında hasta olmadıkları zamanlarda GETAT yöntemlerini tercih etme konusunda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktur (p:0,809). Katılımcıların yıllık antibiyotik kullanımı ile hasta oldukları zaman GETAT yöntemlerinin kullanımı açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

TARTIŞMA ve SONUÇ

GETAT yöntemleri ve ozon terapi farklı yaş grupları arasında bilinmektedir ve uygulanmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların büyük çoğunluğu GETAT yöntemleri hakkında doğru kaynaklardan bilgi almış ve doğru kişiler tarafından tedavi almış olsa da hala güvenilir olmayan kaynaklardan bilgi alan ve sağlık profesyonelleri dışında tedavi alan katılımcılar mevcuttur. Kocabaş ve ark. yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan ve

düzenli ilaç kullanımı olan katılımcıların istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazla GETAT yöntemlerini tercih etmesi çalışmamızı desteklemektedir (3).

Sadece sağlık profesyonelleri tarafından GETAT yöntemleri uygulanmalı ve hastalar bilgilendirilmelidir. Aile Hekimleri birinci basamak hizmet sunumunda olması nedeniyle hastalarında ilk başvuru hekimidir. Ayrıca GETAT uygulama yöntemleri ile ilgili bilgi almak içinde ilk başvurulacak noktada olması Aile Hekimlerinin GETAT uygulamaları hakkındaki hizmet sunum basamağında önemli bir yer tuttuğunun göstergesidir.1. basamakta GETAT yöntemlerinin uygulanması ve yaygınlaşması, hastaların yanlış ellerde yapılan uygulamaların azalmasına sebep olacaktır.

KAYNAKÇA

1. <https://shgmgetatdb.saglik.gov.tr/TR,24683/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-nedir.html> (Erişim Tarihi: 21.03.2021)
2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı No:29158 (27.10.2014)
3. Kocabaş, D , Eke, E , Demir, M . (2019). SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINDA BİREYLERİN GELENEKSEL VE ALTERNATİF YÖNTEMLERE İLİŞKİN TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ . Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 19 (1) , 63-80 . DOI: 10.11616/basbed.v19i43676.486383

Oral Presentation / Research**Do Rotations Meet the Needs of National Residency Curriculum of Family Medicine in Trakya University**

Esma Seda Ozguzar¹, Hamdi Nezir Dağdeviren²

1. Trakya University, 22030 Edirne, Turkey E-mail: esozguzar@hotmail.com

2. Trakya University Department of Family Medicine

Presentation on 25/03/2021 11:00 in "Oral presentations 4" by Esma Seda Ozguzar

Keywords / Anahtar Kelimeler: curriculum, education, family practice

Aim:

The Core Curriculum of Family Medicine residency training was first published in 2013 by Turkish Board of Family Medicine. The aim of this study is to evaluate the impact of rotations on the needs in the national curriculum.

Method:

All residents of Department of Family Medicine in Trakya University School of Medicine who completed their hospital rotations were included in the study. A questionnaire including sociodemographic data and their competency and clinical skills in all rotations regarding national curriculum was applied to the participants.

Results:

The age range was 26-35 years (mean:29.3 ± 2.4) and 24 were female (72.7%), 9 were male (27.3%). "Are you contented to be a resident in family medicine?" was answered "Yes" by 28 (84.8%), 5 people (15.2%) were "Undecided".

According to the answers, among all learning objectives, four of them were ahead of the others were:

- 1-Obtaining swabs from secretion, wound or tissue and evaluating the results: 100% (Internal Medicine Rotation)
- 2-Autoscopic Examination: 97.0% (Pediatrics Rotation)
- 3-Psychiatric interview and evaluation (Taking psychiatric history, Mental state examination, Risk Assessment): 93.9% (Psychiatry Rotation)
- 4-Effective use and interpretation of Emergency Tests: 93.9% (Emergency Medicine Rotation)

Five learning objectives were chosen as the most insufficient were:

- 1-Gonadal Diseases: 6.1% (Internal Medicine Rotation)
- 2-Tracheostomy: 6.1% (Pulmonary Medicine Rotation)
- 3-Diseases of Adrenal Gland: 9.1% (Internal Medicine Rotation)
- 4-Pituitary-Hypothalamus Diseases: 9.1% (Internal Medicine Rotation)
- 5-Writing reports (Forensic Reports, Medical Reports): 9.1% (Psychiatry Rotation)

Conclusions:

Although rotational learning outcomes in the curriculum have been shared with every department, the only goal which has been achieved was one competency. Each department which is included in the rotation should improve their training content and methods to meet the needs of Family Medicine program.

Oral Presentation / Research**Evaluation of breast cancer risk and awareness of women between 20-40 years in Edirne city center**

Furkan Tamin, Serdar Öztora, Hamdi Nezh Dağdeviren

Trakya University School of Medicine, 22000 Edirne, Turkey E-mail: furkan.tamin@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 11:00 in "Oral presentations 4" by Furkan Tamin

Keywords / Anahtar Kelimeler: breast cancer risk level, scan methods, information level, family medicine

Aim:

The aim of our study is to determine the level of breast cancer risk among women between the ages of 20 and 40 registered at family health centers in Edirne province, to assess their attitudes and behaviors and to create awareness about breast cancer and methods of scanning.

Method:

One hundred and sixty seven women between the ages of 20 and 40 are registered at family health centers in Edirne. The data are collected by a survey of 38 questions. A breast cancer assessment form consisting of six questions was applied in the survey.

Results:

The average age of women participating in our study were 30.48 ± 5.47 . The rate of married participants were 64,7% and university graduates 54,5%. The rate of participants in the low-risk group were 96.4%. The rate of participants who were performing self-examination were 56.3%. The rate of participants who had a clinical breast exam were 34.1%. The rate of participants who knew about mammography were 67.7%. Breast self-examination and clinical breast examination rates were significantly higher for those aged 30-39, married, who has children, those with a history of breast disease. Clinical breast examination rates were significantly higher for those who performed self-examination. The average number of correct responses for those who received an education on breast cancer, those who had knowledge of breast self-examination and clinical breast examination applications was significant.

Conclusions:

It has been shown that women do not have sufficient knowledge of breast cancer signs and screening methods, and are inadequate to apply their screening methods. Especially in family medicine, as the first point of contact with patients, women should be given regular, specific and awareness-raising education, and encouraged to use screening methods to ensure that their knowledge become permanent.

Oral Presentation / Research**Evaluation of leisure time management of students taking health-related undergraduate education**

Oğuz Yaprak, Hamdi Nezir Dağdeviren

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ, 22030 Edirne, Turkey E-mail: oguzyaprak1903@hotmail.com

Presentation on 25/03/2021 11:00 in "Oral presentations 4" by Oğuz Yaprak

Keywords / Anahtar Kelimeler: leisure time, time management, quality of life

Aim:

Time management means planning our social life and physical and cultural activities together. People who know how to use time appropriately, are aware of their priorities and make plans to "use time to reach the goal in the fastest way", which is accepted as the success criterion of time. Planning provides various contributions to order people's lives. Failure to plan the time results in a decrease in academic success, not being able to devote enough time to our other personal and social activities, and decreasing satisfaction from life. Our aim is to evaluate the leisure time activities and management of the students who receive health-related undergraduate education at Trakya University.

Method:

A questionnaire consisting of 80 questions including socio-demographic information, information about how they spend their free time, Leisure Time Management Scale was applied to 853 people participating in our study by face-to-face interviews.

Results:

Participants consisted of 291 (34%) males and 562 (66%) females. Of the participants in our study, 40.6% (n = 346) were Faculty of Medicine students, 9.6% (n = 82) were Faculty of Dentistry students, 10.2% (n = 87) were Faculty of Pharmacy students and 39.6% (n = 338) of them were students of the Faculty of Health Sciences. No significant difference was found between gender and leisure management. Participants with higher physical, cultural and artistic activity participation had higher scores in determining goals and using leisure time with method. It was observed that as the monthly expenses of the students increased, the leisure programming sub-dimension was negatively affected.

Conclusions:

Young individuals may ignore their health and do not volunteer to see a doctor unless they have to. Periodic health examinations help young people to move towards activities appropriate for their gender and age. Periodic health examinations are a great opportunity to reach young people.

Oral Presentation / Research**Evaluation of the physical activity and eating behavior among high school students in Edirne city center**

Damla Yılmaz, Önder Sezer, Hamdi Nezih Dağdeviren

Trakya University Department of Family Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dr.onder.sezer@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 11:00 in "Oral presentations 4" by Damla Yılmaz

Keywords / Anahtar Kelimeler: physical activity, eating behaviour, Family Practice

Aim:

The share of adolescents in the world population is about 20%. Adolescence is the second rapid development period in life after infancy. Wrong eating behaviors and lifestyle habits acquired during adolescence can be permanent in later life and affect people's health. The aim of this study is evaluating the physical activity and eating behavior of high school students.

Method:

The sample of the study consists of 1540 people studying in high schools in the city center of Edirne. The data were collected by a questionnaire consisting of 90 questions. International Physical Activity Questionnaire consisting of 7 questions and Eating Behavior Scale consisting of 58 questions were applied in the questionnaire.

Results:

According to Eating Behavior Scale, 1.2% were in the category of bad eating behavior, 43.9% were moderate, 51.8% were good and 3.1 % were very good. A statistically significant difference was found between students' income groups and eating behaviors ($p=0,029$). It is seen that the socio-economic level of students in the high income group is well reflected in their eating habits. A statistically significant difference was found between body mass indexes and eating behaviors of the students ($p=0,001$). 21.4% of the students were sufficiently active according to the International Physical Activity Questionnaire. There was a statistically significant difference in the physical activity status according to gender ($p<0,001$). The male students' rate of being active was higher than female students. When International Physical Activity Questionnaire scores and Eating Behavior Scale scores were compared, a low-power positive correlation was found.

Conclusions:

Students' physical activity status and eating behaviors were not in the desired state. Lifestyle habits developed during adolescence will affect a person's health status. Adolescents should be conscious about healthy lifestyle behaviors; bad behaviors should be detected and intervened early. With increasing health literacy, the risk of chronic diseases can be reduced.

Oral Presentation / Research**Factors affecting weight control in patients with type II diabetes mellitus**

Fatih İlşad Akin, Hamdi Nezih Dağdeviren

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI,
22030 EDİRNE, Turkey E-mail: fatihilsad@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 11:00 in "Oral presentations 4" by Fatih İlşad Akin

Keywords / Anahtar Kelimeler: type 2 diabetes, self esteem, body image, emotional eating

Aim:

Almost %90 of the people with type II diabetes mellitus are either overweight or obese. The aim of the current study is to determine whether the weight control of patients with type II diabetes mellitus who consulted to Trakya University Department of Obesity and Diabetes is affected by self-esteem, body-image perception, emotional eating, dietary habits and sociodemographic variables.

Method:

233 patients with type II diabetes mellitus for at least 1 year are included in the sample. The participating patients responded to a total of 105 questions and items, including the questions developed by the researcher and questions related to the body image and completed the Rosenberg Self-esteem Scale, Emotional Eating Scale in addition to the anthropometric measurements.

Results:

116 females (49.79%) and 117 males (50.21%) with type 2 diabetes participated in the study. The mean scores for the Emotional Eating Scale and the Rosenberg Self-Esteem Scale were 9.75 ± 4.37 and 1.86 ± 1.12 , respectively. There was a significance difference between the body mass index and body image of the patients ($p < 0.001$). 88 of the patients (37.7%) had the accurate body weight perception. Satisfaction with physical appearance was significantly related to body mass index ($p < 0,001$). Those who are not satisfied with their appearance have higher rate of low self-esteem ($p = 0,037$). Obesity was higher in women than men ($p < 0,001$). The subdimension of the Emotional Eating Scale, which suggests that women are more likely to feel guilty ($p = 0,005$).

Conclusions:

Behavioral intervention plans might be developed to suit the needs of patients considering the possible effects of various factors, such as dietary habits, body image, self-esteem, emotional eating to control weight more effectively.

Oral Presentation / Research

Gebelikte Demir Eksikliği Anemisi Sıklığı, Tedavi Uyum Durumu ve Depresif Belirtiler Arasındaki İlişkiEbru Esra Yalçın¹, Yusuf Çetin Doğaner², Ümit Aydoğan², Hacer Demirköse³

1. Aşağı Eğlence Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Turkey E-mail: eozobut@gmail.com

2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Etilik, Ankara

3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Presentation on 25/03/2021 11:00 in "Oral presentations 4" by Ebru Esra Yalçın

Keywords / Anahtar Kelimeler: Anemi, depresif belirtiler, gebelik**Aim:**

Çalışmamızın amacı; gebelikte demir eksikliği sıklığını, tedaviye uyum durumunu belirlemek ve depresif semptomlar ile arasındaki ilişkiyi belirlemeye çalışmaktır.

Method:

Tanımlayıcı kesitsel tipte planlanan çalışmamıza Aralık 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran 567 kişi dahil edildi. Katılımcılara 39 sorudan oluşan sırası ile sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, tedavi uyumu durumunu ve depresif belirtileri sorgulayan anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandı.

Results:

Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28,1±5,0 (18-43) ve başvuru sırasındaki gebelik haftası ortalaması 21,1±11,6 (4,1-41,0) idi. Katılımcıların %44,4 (n=257)'ü üniversite mezunuydu. Gebelerin ortalama hemoglobin değerleri 12±1,3 g/dL ve katılımcıların %12,3'ünde hemoglobin 11 g/dL'nin altındaydı. Gebelerde anemi, obstetrik öykü ve eğitim durumu ile depresif semptomlar arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Gebelik öncesi bilinen kronik hastalığı olan gebelerde anemi daha az sıklıkta tespit edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,034). Çok değişkenli regresyon analizinin sonuçlarına göre; depresif semptomlar ile katılımcının sağlık güvencesi varlığı (OR=3,214,p=0,007), 1. derece yakınlarında depresyon tedavisi alma durumu(OR=2,214, p=0,013), ilaçlarını almayı unutma durumu (OR=1,508, p=0,035) ile aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Conclusions:

Gebelikte anemi ve depresif semptomlar yol açabildikleri obstetrik sonuçlar açısından oldukça önemlidir. Gebelikte aneminin ve depresif belirtilerin taranıp uygun şekilde tedavi edilmesi hastaların obstetrik sonuçlarını iyileştirebilir, postpartum depresyonun önüne geçebilir. Bu nedenle, gebelerin anemi ve depresif semptomlar yönünden taranmasında birinci basamak öncelikli olmak üzere tüm sağlık kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir.

countries. Anemia in pregnancy significantly affects the health of baby and mother. In our study, it is aimed to investigate the relationship between presence of anemia in pregnancy and the factors which influence anemia.

Method: Our study was conducted with 567 voluntary pregnant contributors who attended as outpatients to Gulhane Education and Research Hospital Obstetrics Policlinics between December 2018 and February 2019. Assessment questionnaire included questions about sociodemographic informations , obstetric history and medication adherence and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) forms. Assessment questionnaires were performed via face-to-face interviews with patients who meet inclusion criteria of the study. According to obtained findings , variables associated with demographic and obstetric history were compared with anemia parameters.**Findings:** Mean age of 567 voluntary pregnant who contributed to study was 28.1 +/- 5.0 (18-43) and gestational week of attendance was 21.1 +/- 11.6 (1.1-41.0) and mean hemoglobin values was 12.4 +/- 1.3 (6.1- 15.6). %12.3 of the contributors (69 in number) had hemoglobin values lower than 11 g/dL . Patients who had anemia treatment during their previous pregnancy had significantly higher rates of anemia in their present pregnancy (p= 0.027). There is a statistically significant difference of anemia prevalence between patients who had taken their medication regularly (%9.6, n=31) and the ones who had not (% 16.2 ,n= 38)(p=0.018). Patients who had a chronic disease before pregnancy showed significantly lower anemia prevalence(%6.3, n= 7)compared to patients without chronic disease(%61, n=135) (p=0.034). According to PHQ-9 scores %43.9 of contributors (n=235) showed mild signs of depression. A statistically significant difference between anemia presence and depression signs was not detected.**Conclusion:** In our study, prevalence of anemia in pregnancy was found as %12.3 and the relationship between gestational week and anemia is statistically significant. The possibility of iron deficiency even without anemia can not be disregarded during pregnancy ,therefore detailed investigations would be needed in patients who attend for prenatal check-ups. Anemia prevalence of pregnant women who had anemia treatment during their previous pregnancy was found higher. A statistically significant relationship between depressive signs and anemia was not detected ,so further investigations and clinical interviews would be required in order to determine depressive signs. Early diagnosis and early treatment of anemia in pregnancy which may critically affect health of the mother and the baby is highly possible , thus anemia assessment of all pregnant and to-be-pregnant women should be executed. In our study, anemia was seen with a frequency of 12.3% during pregnancy, and the relationship between increased pregnancy week and anemia frequency is significant. Anemia was found more frequently in the pregnancies of pregnant women who were treated for anemia in their previous pregnancy. In the logistic regression analysis, it was found that the presence of chronic disease before pregnancy affects anemia less frequently. It was observed that not using medical treatment regularly is a positive predictor of anemia. Since no significant relationship can be detected between anemia and depressive symptoms, detailed examinations and clinical interviews are required for the detection of depressive symptoms during pregnancy. Since early diagnosis and treatment of anemia, which significantly affects maternal and infant health, can be possible during pregnancy, anemia should be evaluated in all women planning and conceiving pregnancy.**Full Text****ABSTRACT****Introduction:** Anemia is a public health problem in developing

Keywords:Anemia, Depressive signs , pregnancy

GİRİŞ

Anemi; yaş ve cinsiyete göre belirlenen hemoglobin, hematokrit ve kırmızı kan hücre sayısının normalin altında olması olarak tanımlanır [1]. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımlamasına göre anemi erişkinler için erkeklerde 13 g/dl, erişkin kadınlarda 12 g/dL ve gebe kadınlarda 11 g/dL'nin altı olarak tanımlanmıştır [2]. DSÖ'nün 2011 prevalans çalışmasında tüm dünyada gebe kadınlarda anemi prevalansını %38,2, üreme çağındaki kadınlarda %29,4, çocuklarda %42,6 olarak tespit edilmiştir [4].

Gebelikte de en sık görülen hematolojik sorun anemidir ve gebelikteki aneminin de en sık nedeni demir eksikliğidir [5]. Gebeliğin özellikle 20-28. Haftaları arasında kan plazma miktarı %30-50 arasında artış gösterir ve kırmızı kan hücresi sayısı da artmasına rağmen göreceli olarak artışın az olması nedeni ile fizyolojik dilusyonel bir anemi oluşur [6]. Ancak gebelik boyunca gerekli olan ek 1000 mg demir ihtiyacı sadece annenin depolarından ve besinsel öğelerden karşılanamaz [6, 7]. Bu yüzden ülkemizde 2007 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından gebelere demir destek programı başlatılmıştır [7]. USPSTF (United States Preventive Services Task Force) ise asemptomatik gebelerde hemoglobin veya hematokrit bakılarak demir eksikliği anemisinin taranmasını önermektedir (B grubu öneri) [8].

Hamile kadınların neredeyse %40'ında prekonsepsiyonel dönemde de demir depoları yetersizdir [6]. Annenin ve fetüsün iyilik hali ve sağlıklı bir gebelik için gerekli olan 1000 mg demirin sadece besinsel yolla sağlanabilmesi mümkün olmadığından; birinci trimesterde 0,8 mg/gün ve diğer trimesterlerde 6,3 mg/gün olan demir ihtiyacını karşılamak için demir depolarının durumuna göre ek demir desteği gerekir [7]. Maternal demir desteği yapılmayan durumlarda demir depolarının prekonsepsiyonel döneme ulaşması için en az 2 yıl geçmelidir [7].

Gebelikte demir eksikliği anemisinin ortaya çıkışını; parite, canlı ve ölü doğum sayıları, gebelikler arasında demir takviyesi alınıp alınmadığı, doğumlar sırasındaki kan kaybı miktarı, jinekolojik öykü (RİA kullanımı, hipermenore, menometroraji), beslenme öyküsü, yeterli demirden zengin besin tüketilip tüketilmediği, kişinin demir emilim kapasitesi (gastrointestinal hastalıklar, paraziter enfeksiyonlar vs), var olan aneminin uygun tedavisinin sağlanıp sağlanmadığı etkiler [9].

Gebelikte anemi kötü perinatal sonuçlar ile ilişkilidir [10]. Gebelik boyunca görülen anemi; prematürite, anne ve bebek ölümlerinde artma, çocukluk döneminde nörogelişimsel bozukluklara yol açabilir [6, 10]. Maternal anemi aynı zamanda sonraki yaşamında çocukta astım, şizofreni, alerjiye ve hayvan deneylerinde gösterilen pulmoner fonksiyon bozukluklarına yol açabilir [11]. Çalışmamızda, aneminin oldukça sık gözlemlendiği gebelerde anemi sıklığı, tedavi uyum durumu ve ilişkili faktörleri incelemek depresif belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne ayaktan başvuran, 18-45 yaş arası, gebeliği klinik olarak kanıtlanmış gönüllü hastalar üzerinde yapılmıştır. Kesitsel, tanımlayıcı tipte dizayn edilen araştırmanın verileri; 1 Kasım

2018-31 Ocak 2019 tarihleri arasında, anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

Örneklem seçiminde Open-epi programı ile %95 güven aralığı %5 hata payı ilanda en az alınması gereken hasta sayısı 292 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada anemiyi tanımlamak amacı ile kullanılan laboratuvar tetkikleri hastanın kendisinden veya hastane bilgi sisteminden elde edilmiştir. Anket uygulanan 650 gebenin 567'sinin (%87,23) kan parametrelerine ulaşılabildi. Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalara; sosyodemografik veriler, obstetrik öykü özellikleri, ilaç uyum durumlarını sorgulayan anket formu ile hasta sağlık anketi-9 (Patient Health Questionnaire-PHQ-9)'u içeren toplam 39 soruluk anket formu uygulandı. Çalışmaya gönüllü olan 567 gebe dahil edildi.

Verilerin analizi için "Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22" programı kullanıldı. Sürekli değişkenlerin dağılımlarının normal olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov, histogram, Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma biçiminde, nominal değişkenler için olgu sayısı ve yüzde olarak belirtildi. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler Student-t testi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler ise Mann Whitney-U testi kullanılarak karşılaştırıldı. Spearman korelasyon analizi yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare testi uygulandı. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi "p" değerinin 0,05'in altında olması olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 567 gebenin ortalama yaşı 28,1 \pm 5,0 (18-43) ve başvuru sırasındaki gebelik haftası 21,1 \pm 11,6 (1,1-41,0) idi. Katılımcıların %44,4 (n=252)'ü üniversite mezunu, eşlerinin %45,8'i (n=257) üniversite mezunuydu. Ortalama sistolik kan basıncı (SKB) 119,2 \pm 13,7 mm/Hg ve diastolik kan basıncı (DKB) 68,8 \pm 10,6 mm/Hg'dir. Katılımcıların sadece %5,8 (n=33)'i sigara kullanmaktaydı. Katılımcıların obstetrik öykülerine ait özellikler Tablo-1'de gösterilmiştir incelenmiştir. Gebelik öncesinde kronik hastalığı olduğunu ifade eden gebeler değerlendirildiğinde guatr ilk sırayı almaktaydı (%32,76) (Şekil 1).

Katılımcıların kendisinden veya hastane bilgi sisteminden elde edilen laboratuvar verileri incelendiğinde; miştir. Katılımcıların ortalama hemoglobin (Hb) düzeyi 12,4 \pm 1,3 g/dL, ortalama hematokrit (Hct) değeri %36,5 \pm 3,5, ortalama eritrosit volümü (MCV) 84,6 \pm 6,4 fL, ortalama kırmızı kan hücresi sayısı (RBC) 4,3 \pm 0,4 103/mm³ ortalama eritrosit dağılım genişliği (RDW) 41,8 \pm 7,3 fL ve ortalama ferritin düzeyi 28,3 \pm 59,1 ng/mL olarak tespit edilmiştir. Gebelerin Hb düzeyine göre anemi varlığı değerlendirildiğinde %12,3 (n=70)'si anemikti. Gebelik trimesteri arttıkça anemi görülme sıklığı da anlamlı oranda artmaktaydı (p=0,005) (Tablo 2).

Tablo 1. Gebelerin obstetrik öykü özellikleri

Parametreler n (%)	
Önceki Gebelik Sayısı (n=568)	
0	
1	245 (43,3)
2	175 (30,6)
3 ve üzeri	92 (16,3)
	56 (9,8)
Önceki Canlı Doğum Sayısı (n=566)	
0	310 (54,8)
1	167 (29,5)
2	78 (13,8)
3 ve üzeri	11 (1,9)
Önceki Düşük Sayısı (n=566)	
0	426 (75,3)
1	101 (17,8)
2	29 (%5.1)
3 ve üzeri	10 (1,8)
Gebeliğin Planlı Olması Sıklığı, n=557	
Evet	441 (77,8)
Hayır	116 (22,2)
Gebelik Öncesi Kronik Hastalık Sıklığı, n=563	
Evet	112 (19,9)
Hayır	451 (80,1)

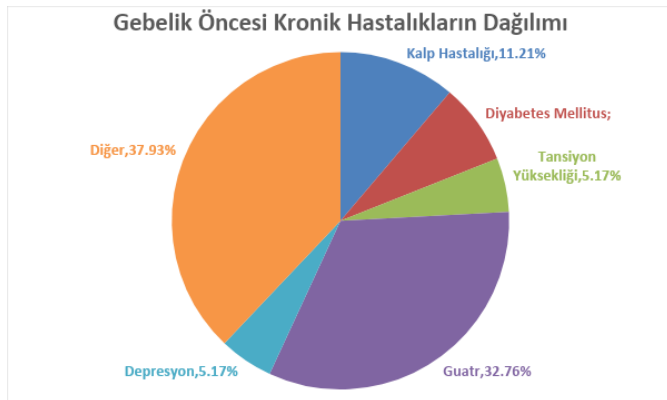
Tablo 2. Anemi olan ve olmayan grupta sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması

Parametreler n=567	Anemi Yok 497(87,7)	Anemi Var 70(%12,3)	p
Yaş Grubu			
18-25 Yaş	155 (%86,6)	24 (%13,4)	0,879 ^a
26-35 Yaş	290 (%88,1)	39 (%11,9)	
36-45 Yaş	49 (%87,5)	7 (%12,5)	
Trimester			0,005 ^a
1. trimester	184 (%92,9)	14 (%7,1)	
2. trimester	133 (%88,1)	18 (%11,9)	
3. trimester	172(%82,3)	37 (%17,7)	
Sağlık Güvencesi			1,0 ^b
SGK	468 (%87,5)	67 (%12,5)	
Diğer	27 (%90,0)	3 (%10,0)	
Oturduğu Yer			0,834 ^a
İl Merkezi	309 (%88,0)	42 (%12,0)	
Diğer	188 (%87,4)	27 (%12,6)	
Eğitim durumu			0,233 ^a
İlköğretim	86 (%85,7)	16 (%14,3)	
Lise	164 (%85,4)	28 (%14,6)	
Üniversite	232 (%90,3)	25 (%9,7)	

*Sütun Yüzdesi

^aPearson Ki Kare, ^bFisher Ki Kare, ^cContinuityCorrection

Katılımcıların önceki gebelik, canlı doğum ve düşük sayıları ile anemi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Anemisi olan kişilerde sistolik kan basıncı (SKB) ortalaması $115,5\pm 13,45$ mm/Hg (90,0-165,0), diastolik kan basıncı (DKB) ortalaması $65,7\pm 10,59$ mm/Hg (40,0-100,0) iken, anemisi olmayan kişilerde SKB $119,8\pm 13,72$ mm/Hg (80,0-180,0), DKB $69,2\pm 10,54$ mm/Hg (40,0-100,0) ($p=0,018$, $p=0,01$). Anemi olan ve olmayan grupta; kronik hastalık, önceki ve mevcut anemi tedavisi Tablo 2'de 3'te karşılaştırılmıştır.

**Şekil-1:** Gebelik Öncesi Kronik Hastalıkların Dağılımı

Tablo 23. Anemi olan ve olmayan grupta kronik hastalık, önceki ve mevcut anemi tedavisinin incelenmesi

Parametreler	Anemi Yok	Anemi Var	p
	497(87,7)	70(%12,3)	
Gebelik Öncesi Kronik Hastalık (n=563)			
Evet	105 (%93,8)	7 (%6,3)	0,034^a
Hayır	390 (%86,5)	61 (%13,5)	
Önceki Gebelikte Anemi Tedavisi (n=563)			
Evet	75(%81,4)	18(%19,4)	0,027^a
Hayır	418(%88,9)	52(%11,1)	
Şu Anda Demir İlacı Kullanımı (n=564)			
Evet	180(%83,3)	36(%16,7)	0,011^a
Hayır	315(%90,5)	33(%9,5)	
*Sütun Yüzdeleri			
^aPearson Ki Kare, ^bFisher Ki Kare, ^cContinuityCorrection			

Gebelikte demir ilacı kullanımı sırasında yan etki görülenlerde anemi %22,5 oranında izlenirken (p=0,026), ilaçlarını kullanmayı unutan katılımcılarda %16,2 oranında anemi gözlenmiştir (p=0,018). Depresif semptomlarla anemi varlığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (p>0,05). (Tablo 34).

Tablo 34. Anemi varlığı ile ilaç kullanım uyumu ve depresif belirtiler ilişkisi**Table 4:**

Parametreler	Anemi Yok	Anemi Var	p
	497(87,7)	70(%12,3)	
Demir İlacı Yan Etkileri n=217			
Evet	79 (%77,5)	23 (%22,5)	0,026^a
Hayır	102 (%88,7)	13 (%11,3)	
PHQ-9 Düzeyleri			
Yok	114 (%83,8)	22 (%16,2)	0,231 ^a
Hafif Düzey	221 (%89,4)	25 (%10,6)	
Orta Düzey	110 (%90,2)	12 (%9,8)	
Ciddi Düzey	40(%93,0)	3 (%7,0)	
İlaçlarınızı Almayı Unuttuğunuz Olur Mu?			
Evet	198 (%83,8)	38 (%16,2)	0,018^a
Hayır	293 (%90,4)	31 (%9,6)	
*Sütun Yüzdeleri			
^aPearson Ki Kare^bFisher Ki Kare^cContinuityCorrection			

Gebelik öncesi kronik hastalık olmama durumu, anemi gelişimini anlamlı ölçüde arttırmaktadır (Odds Ratio [OR]=2,328; Confidence Interval [CI]:1,008-5,381;p=0,048) Anemi olma durumu üzerine etkili faktörlerin tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi Tablo 5'te değerlendirilmiştir.

Tablo 5. Anemi olma durumu üzerine etkili faktörlerin tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi

	Tek Değişkenli Lojistik Regresyon		Çok Değişkenli Lojistik Regresyon	
	OR(95% CIGA)	P	Adjusted OR(95% CIGA)	P
Trimester				
2.trimester vs 1.Trimester	2,339(1,15-4,737)	0,018	1,519(0,718-3,215)	0,274
3.trimester vs 1.Trimester	2,718(1,403-5,266)	0,003	1,745(0,856-3,558)	0,125
Gebelik öncesi kronik hastalık (vs evet)	2,346(1,042-5,281)	0,039	2,328(1,008-5,381)	0,048
Önceki gebelikte anemi tedavisi alma(vs. hayır)	1,929(1,070-3,479)	0,029	1,592(0,822-3,084)	0,168
İlaçlarını Almayı Unutma Durumu(vs. hayır)	1,832(1,103-3,044)	0,019	1,678(0,945-2,979)	0,077
SKB	0,976(0,957-0,997)	0,022	0,980(0,959-1,002)	0,070
DKB	0,966(0,940-0,991)	0,009	-	-
PHQ total	0,948(0,890-1,009)	0,092		

TARTIŞMA

Anemi en başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyada özellikler üreme çağındaki kadınları etkileyen evrensel bir halk sağlığı sorundur(3). Prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, perinatal mortalite ve morbiditeyi artırması nedeni ile gebelikte aneminin önlenmesi ve erken tanı ve tedavi edilmesi gerekmektedir.

3. basamak sağlık hizmeti verilen bir kuruluştaki 567 gönüllü katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmamızda gebelikte anemi ve anemiye etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda anemi sıklığı %12,3 olarak saptanmıştır. İlerleyen gebelik haftası ile birlikte artan sıklıkta anemi tespit edilmiştir. Gebenin yaşı, gebe ve eşinin eğitim durumu ayrıca gelir düzeyi ile anemi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Anemisi olan gebelerde sistolik ve diastolik kan basıncı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Obstetrik öykü -önceki düşük, canlı doğum sayısı- ile anemi arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Gebelik öncesi sistemik hastalığı olan gebelerde anemi daha az sıklıkta tespit edilmiştir. Demir ilacı kullanımı sırasında yan etki gelişen gebelerde anemi daha sık görülmüştür. Demir ilacını düzenli kullanmadığını ifade eden gebelerde anemi daha sık

izlenmiştir. Anemi varlığı ile depresif belirtilerin görülmesi arasında ilişki bulunmamıştır.

Küresel olarak; Dünya Sağlık Örgütü 2011 raporuna göre gebelerin Afrika'da %44,6'sında, Kuzey Amerika'da %17,1'inde, Asya'da %39,3'ünde, Avrupa'da %24,5'inde anemi mevcuttur. Yapılan çeşitli çalışmalarda İzlanda'da %4, İsveç'te %33, Fransa'da %15,8, Belçika'da %3-5,3, Finlandiya'da %3, Danimarka'da %2,45-4,2 ve Hollanda'da %4 oranında anemi saptanmıştır[4]. Yapılan çalışmalarda Afganistan'da %38,19, Arnavutluk'ta %23,19, İzlanda'da %22,07, İsveç'te %21,76, Fransa'da %25,05, Belçika'da %23,48, Finlandiya'da %21,91, Danimarka'da %22,75 ve Hollanda'da %23,17 oranında gebelikte anemi tespit edilmiştir(3)[1][1][2],[1] Ülkemizin farklı bölgelerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelikte anemi prevalansının %13,15 ile %50,3 arasında olduğu değiştiği gözlenmiştir [12, 13-17]. Çalışmamızda elde edilen anemi sıklığı %12,3 olup, ülkemizde yapılan çalışmalardan Ankara - Akyurt bölgesinde Küçükceran ve ark.'nın elde ettiği verilere yakın değerdedir [15]. Beckert ve ark yaptığı çalışmada anemi sıklığı %9.9 olarak saptanmıştır[17]. Çalışmamızda elde edilen anemi sıklığı Avrupa'dan elde edilen verilere yakın değerdedir [4].Yapılan çeşitli çalışmalarda İzlanda'da %4, İsveç'te %33, Fransa'da %15,8, Belçika'da %3-5,3, Finlandiya'da %3, Danimarka'da %2,45-4,2 ve Hollanda'da %4 oranında anemi saptanmıştır[4]. Çalışmamızda anemi prevalansını düşük saptamamızın olası nedenlerinin, çalışmanın il merkezinde ve 3. Basamak sağlık kuruluşunda yapılması, katılımcıların eğitim seviyelerinin yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Gebelikte demir ihtiyacı 1. trimesterde menstrasyonun olmaması nedeni ile az iken, 2. ve 3. trimesterde artan fetal büyüme hızı nedeni ile artar [18, 19]. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada da ilerleyen trimesterler ile anemi arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuştur [12]. Ankara-Akyurt'ta yapılan çalışmada ise anemi sıklığı 1. trimesterde %6,2 ve 3. trimesterler için %9 ve %15 olarak bulunmuştur [15]. Ankara'da yapılan diğer bir çalışmada ise anemi sıklığı 1,2 ve 3. trimesterler için sırasıyla %9, %22 ve %18 tespit edilmiştir [20]. Uluslararası literatür incelendiğinde, Suryanarayana ve ark.'nın Hindistan'da yaptığı çalışmada 1. Trimesterde anemi sıklığı %14.3, 2. ve 3. trimesterde ise %39.8 ve %45,9 olarak bulunmuştur ve bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [21]. Çalışmamızda literatür bilgileri ile uyumlu olarak, anemi sıklığı 1. trimesterde %7,1, 2. trimesterde %11,9 ve 3. trimesterde %17,7 bulunmuştur ve anemi oranları ile ilerleyen gebelik trimesteri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Kabalcioğlu ve ark.'nın Şanlıurfa'da, Küçükceran ve ark.'nın Ankara-Akyurt'ta, Gel'in Ankara'da yaptığı çalışmalarda da gebelikte anemi ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır [14, 15, 20]. Uluslararası literatüre bakıldığında ise, Suryanarayana ve ark. ile Vindhya ve ark.'nın Hindistan'da, Mehrotha ve ark Andaman Adası'nda yaptığı çalışmalarda da anemi ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır [21-24]. Kartal'ın Eskişehir'de, Drassinower ve ark.'nın ABD'de ve Wainstoc ve ark.'nın İsrail'de yaptığı çalışmada anemi ile maternal yaş grupları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [11, 12, 25]. Çalışmamızda ise yaş ile anemi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bunun olası nedeni, çalışmamıza adolesan ve ileri yaşta gebeliklerin dahil edilmemesi ve örneklemin çoğunluğunun yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerden oluşması olabilir.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2017 yılında Ankara ilinde 553.192 kadın ilkökul mezunu, 427.537 kadın lise mezunu, 193.148 kadın üniversite ve yüksekökul mezunudur [26]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre ise kadınların %53'ü en az ilkökul mezunudur [27]. Ülkemizde Ankara'da ve Şanlıurfa'da, yurtdışında ise Sri Lanka ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda, eğitim düzeyi ile anemi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır [14, 15, 20, 22, 28]. Eskişehir'de Kartal'ın 532 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada, Drassinower ve ark.'nın ABD'de, Suryanarayana ve ark. ile Kant ve ark.'nın Hindistan'da yaptığı çalışmalarda ise eğitim durumu ile anemi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [12, 21, 24, 25]. Nicobar Adaları'nda yapılan bir çalışmada ise hem katılımcının hem de eşinin eğitim durumu gebelikte anemi ile anlamlı bulunmuş ve özellikle eş eğitim durumu gebelikte anemi şiddeti ve sıklığı üzerine daha etkili bulunmuştur [23]. Çalışmamızda gebelerin ve eşlerinin eğitim durumu ile anemi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun sebebi gebelerin ve eşlerinin eğitim düzeylerinin benzer olması olabilir.

Gelir düzeyi iyi olan kişilerin sağlık imkanlarına ulaşımı kolay, beslenmeleri daha yeterli olduğundan anemi daha az sıklıkta görülebilir. Eskişehir'de yapılan çalışmada katılımcıların gelir seviyesi iyi, orta ve kötü olarak sınıflandırılmış ve anemi ile arasındaki ilişki anlamlı olarak bulunmuştur [12]. Sri Lanka'da yapılan çalışmada ise aylık gelir düzeyi ile demir eksikliği ve katılımcıların yetersiz demir depoları arasında ilişki bulunmamıştır [28]. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ise sosyoekonomik düzeyi ile anemi şiddeti ve hematokrit düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [25]. Güney Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise kadınların %12,9'u üst-orta sosyoekonomik düzeye sahip olup anemi ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişki anlamlı olarak saptanmamıştır [22]. Çalışmamızda toplam gelir düzeyi ile anemi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Anemi ile gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamasının sebebi; gebelerin çoğunluğunun antenatal bakım hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmesi, önceki gebelik sayısının çok olmaması ve gebelikler arasında geçen sürenin 2 yıldan uzun olması olabilir.

Anemi; şiddetine bağlı olarak sistemik dolaşımda değişiklikler yapar. Sistemik vasküler direnç anemi ağırlığına bağlı olarak azalır, ortalama ve diastolik kan basınçları (DKB) orta derecede düşer ve sistolik kan basıncı (SKB) ise genel itibarıyla etkilenmez [29]. Kan bankası bilgi sisteminden elde edilen verilerin incelendiği bir çalışmada, hem kadın hem de erkeklerde, hemoglobin seviyeleri ile SKB ve DKB arasında korelasyon bulunmuştur. Artan hemoglobin seviyeleri ile sistolik ve diastolik kan basıncının arttığı görülmüştür [30]. Ancak maternal hemoglobin seviyelerinin arttığı durumlarda (Hb>14,6 g/dL) ölüm doğum riskinde artış olabileceğini gösteren ve 2. Trimester sonunda yüksek maternal hemoglobini (Hb>12 g/dL) olan gebelerde plazma hacminin genişleyememesi nedeniyle preeklampsi riskinin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur [31,32]. Bu sebeple gebelik döneminde hematolojik stabilitiyi sağlamak, çok yüksek ve çok düşük hemoglobin seviyelerinden kaçınmak anne ve bebeğin sağlığını korumak açısından önemlidir. Çalışmamızda beklendiği gibi anemisi olan katılımcılarda SKB/DKB'ları daha düşük olarak tespit edilmiştir ve kan basıncı ile anemi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Canlı doğum sayısı, düşük sayısı ve önceki gebelik sayısı ile gebelikte anemi görülme sıklığı arasındaki ilişki ile ilgili farklı görüşler mevcuttur. Batman'da kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebe olmayan kadınlarda gebelik sayısı,

canlı doğum ve düşük sayısı ile hemoglobin seviyeleri arasında negatif korelasyon görülse de istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır [33]. Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada, birinci trimesterde rutin kontrol amacı ile başvuran ve henüz vitamin desteği kullanmayan gebe kadınlarda önceki gebelik ve canlı doğum sayısı ile anemi arasında anlamlı fark bulunmamıştır [34]. Uluslararası literatüre baktığımızda ise Umman da yapılan bir çalışmada parite arttıkça anemi riskinde artış olduğu, Zürih'te yapılan bir çalışmada ise parite ile anormal hemoglobin arasında ilişki olmadığı saptanmıştır [35,36]. Hindistan'da Vindhya ve ark.'nın yaptığı çalışmada da obstetrik öykü ile anemi arasında ilişki saptanmamıştır [22]. Çalışmamızda önceki gebelik sayısı, canlı doğum ve düşük sayısı ile anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu durumun en olası nedeni çalışmanın il merkezinde yapılması, prenatal bakım imkanlarına erişimin kolay olması ya da önceki gebelik, canlı doğum ya da düşük sayılarının çok yüksek olmaması ile açıklanabilir. Mevcut gebelikler arasındaki sürenin de kadınların demir depolarının doluluk oranlarına ve sonraki gebelikteki anemiye etkisi göz ardı edilmemelidir.

Gebelik öncesinde mevcut olan kronik hastalıklar; obstetrik sonuçları önemli derecede etkileyebilir. Ankara'da yapılan bir çalışmada gebelerde sistemik hastalık varlığı ile demir eksikliği ve anemi arasında bir ilişki bulunmamıştır ancak sistemik hastalık varlığında hemoglobin ve ferritin değerlerinin daha düşük olduğu görülmüştür [20]. Denizli'de Tapalı tarafından yapılan çalışmada sistemik hastalığı olan gebelerde olmayanlara göre %7 daha fazla anemi gözlenmiştir ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır [37]. Etiyopya'da yapılan bir çalışmada ise kronik hastalığı olan gebelerde anemi sıklığı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur [38]. Çalışmamızda gebelik öncesi kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre anemi daha az sıklıkta görülmüştür ve gebelik öncesi kronik hastalık ile anemi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda kronik hastalığı olan gebelerde daha az anemi görülmüş olması, mevcut kronik hastalığı olan gebelerin antenatal dönemde daha sık hastane kontrollerine başvurmaması, daha fazla tetkik edilerek aneminin gebelik öncesi dönemde saptanması olabilir.

Demir tedavisine uyumsuzluk belirli bazı faktörlerden oluşur. Bunlar finansal destek, yetersiz sosyal destek, eğitim ve sağlık profesyonellerinin motive etmesindeki yetersizlik, yanlış anlaşılabilir kullanım talimatları, sık dozlar, gelişen yan etkiler bunlardan bazılarıdır [39]. Demir ilacı kullanımı sırasında gelişen gastrointestinal yan etkiler ilaç uyumunu bozmaktadır. Ancak gelişen yan etkilerin uyumu bozmayacağını savunan yayınlar da mevcuttur [40]. Çalışmamızda demir ilacı kullanımı sırasında yan etki görülen grupta görülmeyenlere göre anemi anlamlı oranda daha fazla saptanmıştır. Demir ilacı kullanımı sırasında yan etki gelişenlerde aneminin daha fazla görülmesi; yan etkilerin ilaç uyumunu bozmasından kaynaklanabilir.

Gebelikte anemi ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma sonuçları ise farklılık göstermektedir. Tayvan'da Chen ve ark.'nın çocuk ve adolesanlarda yaptığı çalışmada demir eksikliği anemisi ile depresif bozukluk görülme sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır [41]. Paris'te Vulser ve ark.'nın; erişkin sağlıklı hastalarda yaptığı çalışmada yaş ve cinsiyete göre düzeltme yapıldıktan sonra depresif katılımcılarda anemi görülme sıklığı daha fazla olduğu bulunmuştur [42]. Hindistan'da Lukose ve ark.'nın yaptığı çalışmada anemisi olan hastalarda depresif semptomlar daha az sıklıkta görülürken [43], ülkemizde Ankara'da Yılmaz ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise anemisi olan gruptaki depresyon sıklığı olmayanlara göre anlamlı derecede

yüksek bulunmuştur [1]. Çalışmamızda ise anemi ile depresyon sıklık ve şiddeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Depresyon etyolojik açıdan multifaktöriyel etkilenim gösteren bir ruhsal bozukluk olduğundan ve gebelikteki hormonal değişikliklere bağlı gelişen semptomların bazıları ile karışabileceğinden daha ayrıntılı incelenmelidir.

Her hastalığın tedavisinde ve profilaktik uygulamalarda sonuca etki eden en önemli faktör ilaç tedavisi uyumudur. Etiyopya'da yapılan bir çalışmada ilaç uyumu olduğu belirtilen katılımcılar tüm örneklemin %55,3 idi [44]. Aynı çalışmada ilaç uyumunun en sık nedeni sağlık profesyoneli tarafından tavsiye edilmesi, uyumsuzluğun en sık nedeni de yan etki korkusu ve 2. sıklıkta ise hastaların ilaçları unutması olduğu bildirilmiştir. Kenya'da yapılan bir başka çalışmada ise demir ilacı kullanımına uyumun sağlık tavsiyesi verilmesinden, annenin demir eksikliği ile ilgili bilgi düzeyinden, aylık gelir ve ilk gebelik olmasından etkilendiği görülmüştür [45]. Ankara'da yapılan ve gebelikte demir eksikliği ve demir eksikliğini inceleyen bir çalışmada ise katılımcıların %70'i ilaçlarını eksiksiz kullandığını ifade etmiştir [20]. Çalışmamızda gebelerin demir tedavi ve profilaksisine uyumunu sorgulamak için katılımcılara "İlaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?" sorusu yöneltildi. İlaç alımında unutulmuş dozlar olduğunu ifade eden katılımcıların %16,2'si, ilaçlarını düzenli kullandığını ifade eden katılımcıların %9,6'sında anemi tespit edilmiş olup fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı. İlaçlarını düzenli kullandığını ifade eden katılımcılar tüm örneklemin %58,1'ini oluşturmaktaydı. İlaç uyumunun kötü olmasının pek çok sebebi olabilir. Çalışmamızda ilaç uyumunun tek bir etmeni incelenmiş olup, detaylı araştırılması gerekmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Birincisi, Hhastalarımızın tamamının birinci basamak sağlık hizmetlerinden de yararlanması nedeni ile kan tetkiklerinin tamamının hastanemizde incelenmesi mümkün olmamıştır. İkinci olarak,

Çalışmamız üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kurumda gerçekleştirildiği için Ankara'daki tüm gebelere genellenemez. Üçüncüsü,

İlk prenatal viziti olan gebelerin yeni gebelik tanısı almış olması ve son trimesterdeki gebelerin daha çok NST ve ultrason ile takip edilmesi nedeni ile her trimesterde kan kontrolü ile randomizasyon sağlanamamıştır. Dördüncüsü,

Çalışmamızda ilaç uyumunun sadece bir nedeni sorgulanmış olup, diğer sebeplerinin detaylı bir şekilde çalışılması gerekmektedir. Son olarak, Çalışmamızda anemi varlığı değerlendirilirken, anemi görülmeden demir eksikliği varlığı incelenmemiştir.

SONUÇ

Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde; %12,3 sıklık ile gebelikte anemi beklenenden daha az sıklıkta görülmüştür. Gebelik haftası ile anemi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Bu yüzden gebeliğin son ayları ve doğum öncesinde laboratuvar testleri ile anemi tespit etmek obstetrik sonuçları iyileştirebilir.

Anemi ile önceki gebelikte anemi tedavisi almış olmak arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Gebelik planlayan tüm kadınların önceki canlı ve ölüm doğum, düşük sayısı, gebelikler arasında

geçen süreler detaylı bir şekilde sorgulanarak risk teşkil eden durumlar ciddiyetle değerlendirilmelidir.

Gebelikte meydana gelen depresif belirtiler her vizitte sorgulanmalı ve erken tanınip müdahale edilmelidir.

Çalışmamızda katılımcıların yarıya yakın oranda demir ilaçlarını düzenli kullanmadıkları saptanmıştır. Düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan kişilerde anemi görülme sıklığı, kullananlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Hastaların ilaç kullanımını konusunda bilgilendirilmesi, yan etkiler yönünden aydınlatılması ve takip edilmesi ilaç uyumunun artmasını sağlayabilir.

Kaynaklar

1. Yılmaz, E., et al., *Relationship between anemia and depressive mood in the last trimester of pregnancy*. The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine, 2017. 30(8): sp. 977-982 DOI: 10.1080/14767058.2016.1194389.
2. Beutler, E. and J. Waalen, *The definition of anemia: what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration?* Blood, 2006. 107(5): sp. 1747-50 DOI: 10.1182/blood-2005-07-3046.
3. WHO. *the global prevalence of anemia in 2011*. 2011; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177094/9789241564960>.
4. Organization, W.H. *The Global Prevalence of Anemia 2011*. 2011 10.04.2019; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177094/9789241564960_eng.pdf.
5. Güleç, Ü.K., et al., *Gebelikte Anemi*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2013. 22(3) DOI: 10.17827/akt.29353.
6. Vural, T., A. Özcan, and M. Sancı, *Güncel bilgiler ışığında gebelikte demir eksikliği anemisi: Demir desteği kime? Ne zaman? Ne kadar?* Van Tıp Dergisi, 2016. 23(4): sp. 369-376.
7. Portal, S.B.W. *Gebelerde demir destek programı bilgi notu*. 2007 14.04.2019].
8. Brian A. Primack, K.J.M., *Current Diagnosis and Treatment Family Medicine*. 4 ed. 2015. 332-344.
9. A.R., *Gebelikte Hematolojik Komplikasyonlar ve Maliniteye Yaklaşım*. Türk Hematoloji Derneği 6 İlk Basamak Kursu; Ankara, 2007.
10. Tan, J., et al., *Association between Maternal Weight Indicators and Iron Deficiency Anemia during Pregnancy: A Cohort Study*. Chinese medical journal, 2018. 131(21): sp. 2566 DOI: 10.4103/0366-6999.244109.
11. Wainstock, T., et al., *Maternal anemia and pediatric neurological morbidity in the offspring—Results from a population based cohort study*. Early human development, 2019. 128: p. 15-20 DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2018.11.002.
12. Kartal, T., *Eskişehir il merkezinde yaşayan gebelerde anemi prevalansının ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin belirlenmesi*. 2016, ESOGÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
13. Çitil, R., et al., *Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler*. Journal of Contemporary Medicine, 2014. 4(2): sp. 76-83.
14. Bucak, F.K., F. Özcanarlan, and M. Demir, *Şanlıurfa kadın hastalıkları ve doğum hastanesine başvuran gebelerde anemi sıklığı ve ilişkili faktörler*. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2017. 4(2): sp. 103 DOI: 10.5455/sad.13-1492422573.
15. Küçükceran, H., et al., *Ankara İli Akyurt Bölgesindeki Gebelerde Demir Eksikliği Anemisi Prevalansı ve Demir Eksikliğine Sebep Olan Faktörler*. Konuralp Medical Journal, 2018. 10(1) DOI: 10.18521/ktd.316896.
16. Balık, G., et al., *Doğu Karadeniz bölgesindeki miadında gebe kadınlarda anemi sıklığı ve bazı hematolojik parametrelerin analizi*. Medeniyet Medikal Journal, 2015. 30(1): sp. 8-12 DOI: 10.5222/MMJ.2015.008.
17. Beckert, R.H., et al., *Maternal anemia and pregnancy outcomes: a population-based study*. Journal of Perinatology, 2019: sp. 1.
18. Ratip, S., *Gebelerde Hematolojik Sorunlar; Nasıl tedavi edelim?*, in XXIX. Ulusal Hematoloji Kongresi II. Hematoloji İlk Basamak Kursu. 2002: Antalya. sp. 53-64.
19. Ali, R., *Gebelikte Hematolojik Komplikasyonlar ve Maliniteye Yaklaşım*, in Türk Hematoloji Derneği 6. İlk Basamak Kursu, R.Ali, Editor. 2007: Ankara.
20. Gel, Ö., *Gebelerde Demir Eksikliği Anemisi Sıklığı, İlaç Kullanım Aışıklılıkları Ve Anemi Konusundaki Bilgi Düzeyleri Değerlendirilmesi*, in Aile Hekimliği. 2018, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi: Ankara.
21. Suryanarayana, R., et al., *Prospective study on prevalence of anemia of pregnant women and its outcome: A community based study*. Journal of family medicine primary care, 2017. 6(4): sp. 739 DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_33_17.
22. Vindhya, J., et al., *Prevalence and risk factors of anemia among pregnant women attending a public-sector hospital in Bangalore, South India*. Journal of Family Medicine Primary Care, 2019. 8(1): sp. 37 DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_265_18.
23. Mehrotra, M., et al., *A study of the prevalence of anemia and associated sociodemographic factors in pregnant women in Port Blair, Andaman and Nicobar Islands*. Journal of family medicine primary care, 2018. 7(6): sp. 1288 DOI: 10.4103%2Fjfmpc.jfmpc_139_18.
24. Kant, S., et al., *Anemia at the time of delivery and its association with*

- pregnancy outcomes: A study from a secondary care hospital in Haryana, India.* Indian journal of public health, 2018. 62(4): sp. 315 DOI: 10.4103/ijph.IJPH_40_18.
25. Drassinower, D., et al., *The effect of maternal haematocrit on offspring IQ at 4 and 7 years of age: a secondary analysis.* BJOG: An International Journal of Obstetrics, 2016. 123(13): sp. 2087-2093 DOI: 10.1111/1471-0528.14263.
26. Türkiye İstatistik Kurumu. 2017 20.02.2019]; Available from: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=130&locale=tr>.
27. Enstitüsü, H.Ü.N.E. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.* 2013 08.02.2019]; Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
28. Rabindrakumar, M.S.K., et al., *The role of haematological indices in predicting early iron deficiency among pregnant women in an urban area of Sri Lanka.* BMJ Hematology, 2018. 18(1): sp. 37 DOI: 10.1186/s12878-018-0131-2.
29. Varat, M.A., R.J. Adolph, and N.O. Fowler, *Cardiovascular effects of anemia.* American heart journal, 1972. 83(3): sp. 415-426 DOI: 10.1016/0002-8703(72)90445-0.
30. Atsma, F., et al., *Hemoglobin level is positively associated with blood pressure in a large cohort of healthy individuals.* Hypertension, 2012. 60(4): sp. 936-941 DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.112.193565.
31. Stephansson, O., et al., *Maternal hemoglobin concentration during pregnancy and risk of stillbirth.* Jama, 2000. 284(20): sp. 2611-2617.
32. Steer, P.J., *Maternal hemoglobin concentration and birth weight.* The American journal of clinical nutrition, 2000. 71(5): sp. 1285S-1287S DOI: 10.1093/ajcn/71.5.1285s.
33. Tunç, S.Y., et al., *Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda gebelik ve demir eksikliği anemisi ilişkisi.* Journal of Clinical and Experimental Investigations, 2012. 3(1): sp. 49-52 DOI: 10.5799/ahinjs.01.2012.01.0110.
34. Karabulut, A., O. Şevket, and A. Acun, *Iron, folate and vitamin B12 levels in first trimester pregnancies in the Southwest region of Turkey.* Journal of the Turkish German Gynecological Association, 2011. 12(3): sp. 153 DOI: 10.5152/tjgga.2011.36.
35. Al-Farsi, Y.M., et al., *Effect of high parity on occurrence of anemia in pregnancy: a cohort study.* BMC Pregnancy and Childbirth, 2011. 11(1): sp. 7 DOI: 10.1186/1471-2393-11-7.
36. Bencaiova, G., T. Burkhardt, and C. Breymann, *Anemia—prevalence and risk factors in pregnancy.* European journal of internal medicine, 2012. 23(6): sp. 529-533 DOI: 10.1016/j.ejim.2012.04.008.
37. Tapalı, A. *Denizli il merkezinde gebelerde anemi prevalansı ve etkileyen faktörler.* 2012 22.03.2019]; Available from: <http://hdl.handle.net/11499/2240>.
38. Haidar, J.A. and R.S. Pobocik, *Iron deficiency anemia is not a rare problem among women of reproductive ages in Ethiopia: a community based cross sectional study.* BMC Hematology, 2009. 9(1): sp. 7 DOI: 10.1186/1471-2326-9-7.
39. Galloway, R. and J. McGuire, *Determinants of compliance with iron supplementation: supplies, side effects, or psychology?* Social science medicine, 1994. 39(3): sp. 381-390 DOI: 10.1016/0277-9536(94)90135-X.
40. Bilimale, A., et al., *Improving adherence to oral iron supplementation during pregnancy.* 2010(5): sp. 281.
41. Chen, M.-H., et al., *Association between psychiatric disorders and iron deficiency anemia among children and adolescents: a nationwide population-based study.* BMJ Psychiatry, 2013. 13(1): sp. 161 DOI: 10.1186/1471-244X-13-161.
42. Vulser, H., et al., *Association between depression and anemia in otherwise healthy adults.* Acta Psychiatrica Scandinavica, 2016. 134(2): sp. 150-160 DOI: 10.1111/acps.12595.
43. Lukose, A., et al., *Nutritional factors associated with antenatal depressive symptoms in the early stage of pregnancy among urban South Indian women.* Maternal child health journal, 2014. 18(1): sp. 161-170 DOI: 10.1007/s10995-013-1249-2.
44. Birhanu, T.M., M.K. Birarra, and F.A. Mekonnen, *Compliance to iron and folic acid supplementation in pregnancy, Northwest Ethiopia.* BMJ Research Notes, 2018. 11(1): sp. 345 DOI: 10.1186/s13104-018-3433-3.
45. Kamau, M.W., W. Mirie, and S. Kimani, *Compliance with Iron and folic acid supplementation (IFAS) and associated factors among pregnant women: results from a cross-sectional study in Kiambu County, Kenya.* BMJ Public Health, 2018. 18(1): sp. 580 DOI: 10.1186/s12889-018-5437-2.
46. Harvey, T., et al., *Assessment of iron deficiency and anemia in pregnant women: an observational French study.* Women's Health, 2016. 12(1): p. 95-102.
47. WH., O., *The Global Prevalance of Anemia 2011.* . 2011.

Oral Presentation / Research**Investigation of Healthy Lifestyle Behaviors of Last Grade Students at Trakya University**

Duygu Ortanca, Serdar Öztora, Hamdi Nezhil Dağdeviren

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği, 22000 Edirne, Turkey E-mail: duyugulsr@hotmail.com

Presentation on 25/03/2021 11:00 in "Oral presentations 4" by Duygu Ortanca

Keywords / Anahtar Kelimeler: Healthy lifestyle behaviors, smoking, alcohol

Aim:

In our study, it was aimed to determine the healthy lifestyle behaviors of last grade students at Trakya University and to determine the factors that affect these behaviors.

Method:

This descriptive and cross-sectional study included 1250 last grade students at Trakya University in the 2019-2020 academic year. The data were collected with the help of a questionnaire prepared by us.

Results:

Of the participants, 775 (%62) were female and 475 (%38) male. It was determined that female participants were underweight and normal weight according to BMI, and male participants were overweight and obese ($p < 0.001$). The proportion of women who do not smoke was found to be significantly higher compared to men ($p < 0.001$). The number of women who don't drink alcohol and use little alcohol (1-2 times a year + 2-3 times a month) is higher than men; the number of men who consumed alcohol once a week, 2-3 times a week and every day was found to be significantly higher than that of women ($p < 0.001$). The mean Health Lifestyle Behaviors Scale total score was (128.95 ± 20.54). When the means of Health Lifestyle Behaviors Scale subscales were examined, it was seen that the highest score was in interpersonal relations and the lowest score was in the physical activity subscale. The health responsibility ($p = 0.002$) and stress management ($p = 0.017$) subscale scores of non-smokers were found to be high. Physical activity ($p = 0.046$) of those who used alcohol every day, and spiritual development subscale scores of those who never used ($p = 0.008$) were found to be high. The average Health Lifestyle Behaviors Scale score was the lowest among the students of the Faculty of Medicine and the highest among the students of the Faculty of Sports Sciences ($p < 0.001$).

Conclusions:

As a result of our study, it was determined that the participants performed healthy lifestyle behaviors at a moderate level (128.95 ± 20.54). University years are the years when important changes are experienced for the individual. The lifestyle of the individuals who make up the society of the future will affect both themselves and the resources of the country. During this period, young people should be supported to gain healthy lifestyle behaviors.

Oral Presentation / Research**The effect of health literacy on awareness of the primary care services in patients applying to the tertiary health care**

Büşra Yaprak¹, Ayşe Çaylan², Hamdi Neziğ Dağdeviren¹

1. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ, 22030 Edirne, Turkey E-mail: bsrblgc@hotmail.com

2. Trakya University School of Medicine Department of Family Medicine

Presentation on 25/03/2021 11:00 in "Oral presentations 4" by Büşra Yaprak

Keywords / Anahtar Kelimeler: primary care, health literacy, using health care

Aim:

Health literacy includes the skills to read, understand, interpret and use the necessary information to maintain and improve people's own health to avoid or manage their diseases. Studies have found that various factors effect health literacy. In our study, it was aimed to investigate the effects of the health literacy levels of the patients who applied to Trakya University Health Center for Medical Research and Practice polyclinics about their knowledge concerning primary health care services.

Method:

A questionnaire with 99 questions included socio-demographic information Adult Health Literacy Scale, information on health system use and primary health care services and applied face-to-face, to 460 people participating in our study.

Results:

The participants consisted of 281 women (61.1%) and 179 men (38.9%). When the Adult Health Literacy Scale scores of the participants were evaluated, the average was found to be 13.43 ± 4.14 . It was determined that health literacy levels of women and youth were higher. 35% of the individuals who participated in our study thought they knew primary care services. The average of 24.93 ± 10.41 of 41 questions asked to the participants about the first step were answered correctly. When the relationship between the answers given and the health literacy was examined, it was found that when the number of known services increased, the health literacy increased.

Conclusions:

A part that provides the completion of primary health care services is health literacy. Primary health care services are an important tool to raise the health consciousness and health literacy level of the society which is the primary goal of health education. It is important that primary care physicians, who are the first entry point to the health system, evaluate and educate individuals in terms of health literacy by using their resources effectively.

Oral Presentation / Research**Bir Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalarda Aspirin kullanımının uygunluğu: Koruyor mu, zarar mı veriyor?**Aysima Bulca Acar¹, Mehmet Özen¹, Remziye Nur Eke²

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 07070 Antalya, Turkey E-mail: aysimabulca@gmail.com
2. University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital

Presentation on 25/03/2021 12:30 in "Oral presentations 5" by Aysima Bulca Acar

Keywords / Anahtar Kelimeler: Aspirin, aile hekimliği, koruyucu hekimlik**Aim:**

Aspirin; nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar arasında yer alır ve farmakolojik olarak analjezik, antiinflamatuar, antipiretik, antiagregan etkilere sahiptir. Çeşitli farmakolojik etkiler gösterebilmesi nedeni ile farklı amaçlarla toplumda sık kullanılan bir ilaçtır ve her yıl dünyada tüketilen miktarın 100 milyar tablete yakın olduğu tahmin edilmektedir. Bu çalışmada Aile Hekimliğinin koruyucu hekimlik yaklaşımı gereğince hastalarda Aspirin kullanımının uygun endikasyon ve dozda olup olmadığına yönelik değerlendirme yapılması amaçlanmıştır.

Method:

Çalışmaya 01 Mart-31 Temmuz 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran ve hayatı boyunca en az bir kez Aspirin kullanımı olduğunu belirten hastalar alındı. Hastaların Aspirin kullanma nedenleri ve kullanım dozları sorgulanarak değerlendirildi.

Results:

Çalışmaya katılan 82'si (%68,9) kadın, 37'si (%31,1) erkek 119 hastanın yaş ortalaması 54,3±1,3 yıl (19-81) idi. Hastaların 69'u (%58,0) hekim önerisiyle Aspirin kullandığını bildirirken 50 hasta (%42,0) hekim önerisi dışında bir kullanım nedeni belirtti. Hekim önerisiyle Aspirin kullananlar arasında en sık (%21,8) endikasyon kalp-damar hastalığı tanısı idi. Hekim önerisi dışında Aspirin kullanan hastaların 11'inin (%22,0) kullanım amacı endikasyon dışı iken, sadece 13 (%26,0) hastada Aspirin kullanımının amaca uygun olduğu görüldü. Hekim önerisi dışında Aspirin kullanan grupta hastaların 31'i (%62,0) ağrı kesici-ateş düşürücü etkiyle ilişkili semptomatik kullanım nedeni bildirirken bu amaca uygun doz olan 500 mg kullanım yalnızca yedi (%14) hasta tarafından bildirildi. Hastaların Aspirin kullanma nedenleri arasında "adet düzenleyici olarak", "ishal durumunda", "enerji verici olarak" gibi endikasyon dışı amaçlar vardı.

Conclusions:

Bu çalışmada hastaların hekim önerisi dışında uygun olmayan gerekçe ya da dozlarla Aspirin kullanımının oldukça yaygın olduğu görülmüştür. Bu durum, değerlendirmeye alınan hastaların "sağlık okuryazarlığı" ve "akılcı ilaç kullanımı" konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündürmektedir. Bütüncül yaklaşımın esas olduğu Aile Hekimliği uygulamasında, aile hekiminin dördüncül koruma işlevi ve savunuculuk rolü gereğince, hastaların kullandıkları ilaçlar ve kullanım gerekçelerinin ayrıntılı sorgulanması, ortaya çıkabilecek risklerin azaltılması için önemli bir katkı sağlayacaktır.

Oral Presentation / Research

COVID-19 Pandemisinin Çocuklarda Uyku Bozukluğu ve Beslenme Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesiİzzet Fidancı¹, Hilal Aksoy², Duygu Yengil Taci³, İlnur Fidancı⁴, Duygu Ayhan Başer², Mustafa Cankurtaran⁵

1. Hacettepe University, Faculty of Medicine, 06100 Ankara, Turkey E-mail: izzetfidanci@gmail.com

2. Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Ankara, Turkey

3. University of Health Sciences, Ankara Training and Research Hospital, Department of Family Medicine, Ankara, Turkey

4. University of Health Sciences, Ankara Training and Research Hospital, Department of Pediatrics, Department of Pediatric Emergency, Ankara, Turkey

5. Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Division of Geriatric Medicine, Ankara, Turkey

Presentation on 25/03/2021 12:30 in "Oral presentations 5" by İzzet Fidancı

Keywords / Anahtar Kelimeler: COVID-19, pandemi, uyku bozuklukları, çocuklar**Aim:**

Çocuklarda uyku bozukluğu ve beslenmenin, pandemi döneminde olası değişikliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Method:

Araştırmaya 18 yaş ve üstündeki kişilerden çalışmaya katılmayı kabul eden ve 6-16 yaş aralığında çocuğu olan 114 ebeveyn yazılı onamları alındıktan sonra anket uygulanarak dahil edilmiştir. Anketin birinci bölümünde sosyodemografik bilgileri ve beslenme özellikleri içeren toplam 9 soru, ikinci bölümünde ise "Çocuklar için Uyku Bozukluğu" Ölçeği (ÇUBÖ) bulunmaktadır. Veriler SPSS 20 istatistik programı ile analiz edildi.

Results:

Katılımcıların toplam sayısı 114 ebeveyn olup; çocuklardan 64 (%56) 'ü kız, 50 (%43,9) 'si ise erkekti. Katılımcılardan COVID-19 geçirmiş olan çocuk sayısı ise 38 (%33,3) idi. COVID-19 geçirme durumu ve genele göre bakılan değişkenlerden istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış olup, sadece pandemi dönemi uzarsa COVID-19 geçirenlerin beslenmede değişiklik yapmayacağını belirten katılımcıların oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,038). ÇUBÖ puanı kızlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p<0,05)

Conclusions:

Uyku ve beslenme bozuklukları her yaş ve cinsiyet için yaşam kalitesini etkilemekte ve pandemi gibi olağan dışı dönemlerde önemi daha da artmaktadır. Özellikle eşlik eden kaygı durumuyla beraber artan uyku sorunları gelişimsel sorunlara yol açabileceği gibi psikolojik rahatsızlıkları da derinleştirilebilir.

Full Text**GİRİŞ**

Çocuklarda yaşam kalitesini oldukça etkileyen uyku bozuklukları sıklıkla görülmektedir. Literatürde çocuklarda yaklaşık %30 ile %50 arasındaki oranda uyku bozukluğu olduğu söylense de bu çocuklardan tanı konabilenlerin yüzdesi %4'ü geçmemektedir (1,2). Uykunun kaliteli ve uygun olması çocukların büyüme ve

gelişmesi açısından değerlidir. Sebebi ne olursa olsun uyku bozuklukları beraberinde birçok sorunu da getirmektedir. Uyku bozukluklarının özellikle çocukluk döneminde erken tanı ve tedavisi bu nedenle fazlasıyla önemlidir (1,3-5).

Çocukluk yaş grubu için uyku bozukluklarının tanımlanmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu olan aile hekimlerinin rolü büyüktür (6). Uyku bozukluğu ile ilgili ilk değerlendirmeyi fizik muayene, laboratuvar tetkikleri ve ölçekler vasıtasıyla yapar; gerektiğinde de diğer tanı testleri (polisomnografi vb.) içi üst basamağa yönlendirme yapar. (7).

Çocuklar için yaşam kalitesini, büyüme ve gelişmeyi etkileyen bir diğer faktör de beslenmedir. Çocuklarda beslenmenin yetersiz olması nedeni ile birçok ülkede geri dönüşümü olmayan sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır çünkü çocukların sadece bedensel değil duygusal ve sosyal gelişimi de doğrudan beslenme ile ilişkilidir (8).

Davranış değişikliği olduğu dönemlerde uyku ve beslenme düzenlerinde değişiklikler gözlemlenmekte olup, COVID-19 Pandemi döneminde de birçok davranış değişikliği olduğundan çocukların gelişimi için önemli davranışlardan olan uykunun ve beslenmenin de etkilenmesi beklenmektedir. Çalışmamızın amacı, çocuklarda uyku bozukluğu ve beslenmenin pandemi döneminde olası değişikliklerinin değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız; anket çalışması olup gözlemsel ve analitik yöntemlerle yürütüldü. Eylül – Kasım 2020 tarihleri arasında polikliniklerimize herhangi bir nedenle başvurmuş, çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri kişilerden 6-16 yaş aralığında çocuğu olanlar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü ve yazılı onam alındı.

Anketin birinci bölümünde sosyodemografik bilgileri ve beslenme özellikleri içeren toplam 9 soru, ikinci bölümünde ise "Çocuklar için Uyku Bozukluğu" Ölçeği (ÇÜBO) bulunmaktadır. Kullandığımız ilgili ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapan Ağadayı ve arkadaşlarından (10) kullanımı için gerekli izin alınmıştır.

Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği:

Dr. Bruni ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen SDSC 6-16 yaş arası çocukların son 6 ay içerisinde ortaya çıkan uyku bozukluklarını araştıran Likert tipi bir ölçektir (9). Sorulara "hiçbir zaman" (1 puan) ile "her zaman" (5 puan) arasında cevap verilmektedir. Ölçekten toplam en az 26, en fazla 130 puan alınabilir. Yüksek puanların alınması uyku bozukluğu lehine yorumlanır. Ölçeğin orijinalinde fikir vermesi açısından T-skor tablosu mevcuttur. Buna göre puanı 70 'in üzerinde olanlarda uyku bozukluğu semptomlarının varlığı kabul edilmektedir (9,10).

İstatistiksel Yöntem

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen veriler ise ortanca (minimum – maksimum) şeklinde verildi. Anlamlılık düzeyi p<0,050 olarak alındı.

Etik

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü - Bilimsel Araştırma Platformundan ve sonrasında Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı.

BULGULAR

Katılımcıların toplam sayısı 114 ebeveyn olup; çocuklardan 64 (%56) 'ü kız, 50 (%43,9) 'si ise erkekti. COVID-19 geçirmiş çocuğu olan katılımcı sayısı 38 idi. Yaş ortalaması: 11,32+3,017 (min=6; max=16), ÇÜBO ortalaması: 40,80 +9,139 (min=27; maks=74) idi. Çalışma grubunun frekans dağılımları, COVID-19 geçirme durumuna ve genele göre değişkenlerle ilişkileri Tablo 1 'de gösterilmiştir.

COVID-19 geçirme durumu ve genele göre bakılan değişkenlerden istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamış olup, sadece pandemi dönemi uzarsa COVID-19 geçirenlerin beslenmede değişiklik yapmayacağını belirten katılımcıların oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Frekans dağılımları ve değişkenlerin ilişki durumları

	Total		COVID-19 (+)		COVID 19 (-)		p
	N	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kız	64	%56,1	21	%55,3	43	%56,6	0,894
Erkek	50	%43,9	17	%44,7	33	%43,1	
Beslenme değişikliği							
Evet	63	%55,3	22	%57,9	41	%53,9	0,689
Hayır	51	%44,7	16	%42,1	35	%46,1	
Beslenme sıklığında değişiklik							
Hayır	40	%35,1	14	%36,8	26	%34,2	0,178
Evet, arttı	41	%36,0	17	%44,7	24	%31,6	
Evet, azaldı	33	%28,9	7	%18,4	26	%34,2	
Kilo değişikliği							
Hayır	60	%52,6	19	%50,0	41	%53,9	
1-5 kilo aldı	47	%41,2	17	%44,7	30	%39,5	0,290
5-10 kilo aldı	3	%2,6	2	%5,3	1	%1,3	
1-5 kilo verdi	4	%3,5	0	%0	4	%5,3	
Koruma							

amaçlı yapılan uygulamalar							
Daha fazla meyve	27	23,7	9	23,7	18	23,7	
Vitamin takviyeleri	20,2	2	5,3	21	27,6	0,064	
Daha fazla uyudurma	22,8	11	28,9	15	19,7		
Önerilen besin desteği	14,9	8	21,1	9	11,8		
Hayır	21	18,4	8	21,1	13	17,1	
Pandemi uzarsa beslenme değişimi							
Evet	40	35,1	12	31,6	28	36,8	0,038
Hayır	34	29,8	17	44,7	17	22,4	
Kısmen	40	35,1	9	23,7	31	40,8	
ÇÜBO puan							
70>	111	97,4	37	97,4	74	97,4	1,000
70≤	3	2,6	1	2,6	2	2,6	

ÇÜBO puan dağılımları cinsiyet dışındaki bakılan faktörlere göre istatistiksel olarak anlamlı değişkenlik göstermemekte olup, kız çocuklarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 2). Yaş ile ÇÜBO puanı arasındaki ilişkiye baktığımızda anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

Tablo 2. ÇUBÖ Puan Dağılımları ve değişkenlerle ilişki durumları

	ÇÜBO puan		P
	Median (min; max)	Interquartileran ge	
Cinsiyet			
Kız	43 (27;74)	11	0,037
Erkek	39 (27;59)	12	
Beslenmede değişiklik			
Evet	41 (27;74)	12	0,869
Hayır	41 (27;72)	11	
Beslenme sıklığında değişiklik			
Hayır	42,5 (27;71)	12	0,766
Evet, arttı	41 (27;59)	12	
Evet, azaldı	40 (27;74)	13	
Kilo değişikliği			
Hayır	40 (27;72)	12	0,133
1-5 kilo aldı	43 (27;74)	11	
5-10 kilo aldı	36 (28;44)	0	
1-5 kilo verdi	38,5 (33;40)	6	
Koruma amaçlı yapılan uygulamalar			
Daha fazla meyve	41 (27;74)	12	0,674
Vitamin ilaçları	42 (27;71)	10	
Daha fazla yedirme	41 (27;59)	14	
Önerilen besin desteği	38 (28;51)	14	
Hayır	40 (27;72)	13	
Pandemi uzarsa beslenme değişimi			
Evet	40,5 (27;74)	13	0,952
Hayır	41 (27;71)	9	
Kısmen	42 (27;59)	13	
COVID-19 geçirme durumu			
Evet	40 (27;71)	10	0,615
Hayır	40,96 (27;74)	13	

Tablo 3. Yaş ile ÇÜBO puanı arasındaki ilişki durumu

	Yaş	ÇÜBO puan
Yaş		
t	1	0,004
p		0,964

TARTIŞMA

Çalışmamız COVID-19 pandemi dönemi için çocukların sağlığına ve yaşam kalitelerine yönelik iki ana bileşen olan uyku ve beslenme konularını içermektedir. Çalışmamızda çocuklarda uyku ve beslenme durumunun pandemi döneminde belirgin bir değişiklik göstermediği ancak kız çocuklarda uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü bulunmuştur.

COVID-19 pandemisi, gelişen ekonomik problemler ve enfeksiyondan korunma önlemleri çerçevesinde tüm bireylerin yaşam tarzlarında önemli değişikliklere neden olmuştur (). Çocuklar açısından değerlendirildiğinde ise normal hayat bütünlerindeki okul, park vb toplu aktivitelerin azalması, evde devamlı ebeveyn ya da yakın bir aile bireyi ile kalma durumu çocukların beslenme, fiziksel aktivite ve uyku düzenlerini etkilemiş olabilir. Evde kalan çocukların daha fazla besin tüketmesi ve daha az hareket etmesi fazla kilo veya obezite ile sonuçlanabilir. Enfeksiyona karşı en yatkın gruplardan birisi olan çocukların bu süreçte yaşam kalitelerinin en önemli belirleyicisi olan beslenme ve uyku durumlarının incelendiği çalışmamızda COVID-19 enfeksiyonu geçiren çocukların %57,9'unda beslenmede değişiklik olduğu, değişiklik olduğunu ifade edenlerin ise büyük çoğunluğunun beslenmede artış yaşadığı görülmüştür. COVID-19 enfeksiyonu geçirmeyen çocuklara bakıldığında ise beslenmede değişiklik olan çocuk oranları aynı (%53,9) olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmasa da bu grup çocukların beslenme sıklığında azalma olduğunu ifade edenlerin oranı daha çoktur. Kilo değişimi açısından ise gruplar arasında fark olmadığı görülmüştür. Çocuklar koruma amaçlı yapılan uygulamalar açısından değerlendirildiğinde ise istatistiksel farklılık olmamakla birlikte; COVID-19 enfeksiyonu geçirmeyen çocuklara daha fazla vitamin ilacı verildiği, enfeksiyon geçiren çocukları ise daha fazla miktarda beslendiği ve bu çocuklara daha fazla besin desteği önerildiği görülmüştür. Pandemi uzarsa COVID-19 enfeksiyonu geçiren çocukların beslenmesinde ailelerin beslenme değişimi yapmayı düşündükleri görülmüştür. Beslenme değişiklikleri çocuklarda belli dönemlerde olabilmekte olup (11), çalışmamızın sonuçları enfeksiyon geçirmeyen ailelerin enfeksiyona yakalanma korkusu ile çocukları için çeşitli koruyucu önlemlere daha fazla oranda başvurdukları yada başvuracaklarını göstermektedir.

Araştırmamızda 6-16 yaş arası çocuklarda ölçekten alınan toplam puan ortalaması 40,80+9,13 olarak tespit edilmiştir. Aynı ölçekle yapılan çalışmalardan Ağadayı ve arkadaşlarının çalışmasında bu puan 40,6±10,1, orijinal ölçek çalışmasında 35,1±7,7, Huang ve ark.'nın çalışmasında ise 39,3±7,8 olarak saptanmıştır (8, 10-12). Çalışmamız pandemi dönemi gibi özel bir dönemde yapılmıştır; diğer çalışmalarda verilen ortalamalardan biraz daha yüksek olarak saptanma nedeni bu özel dönemin çocukların genel yaşam tarzlarında olan değişikliklerin etkisi nedeni olabileceği düşünülmüştür. Ağadayı ve arkadaşlarının ÇÜBO için Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında %4 oranında çocukta 70 puan üzerine uyku bozukluğu görülmüş olup (10), bizim çalışmamızda da %2,6 oranında çocukta 70 puan üzeri hesaplanmıştır. Bunun yanı sıra bu çalışmada COVID-19 enfeksiyonu geçirme durumunun ölçek puanlarındaki etkisi değerlendirilmiştir; ancak etkisinin olmadığı görülmüştür. Çalışmada çocuklar, ÇÜBO puanlarına etki edebilecek faktörler açısından değerlendirildiğinde ise kız çocukların ÇÜBO puanlarının erkek çocuklara göre istatistiksel anlamlı oranda yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde birçok çalışmada uyku bozukluklarının erkek çocuklarda daha sık

gözlenmiş olduğu belirtilmiştir (13) ancak çalışmamız sonucu ÇÜBO puanları kız çocuklarda daha yüksek olarak saptanmıştır, bu durum literatürde hormonal değişimler nedeniyle olabileceği şeklinde açıklanmıştır (14,15); stres faktörünün cinsiyete göre farklı sonuçlar yaratabilmesi de bu döneme özgü bir sonuç olabilir. Beslenme durumu ve yapılan değişimlerle ÇÜBO puanları arasında istatistiksel farklılığa rastlanmamıştır.

SONUÇ

COVID-19 Pandemi döneminde yaşanan zorluklar verilen kayıpları en aza indirmek için öncelikle yaşam kalitesinde çok önemli yere sahip olan uyku ve beslenmeye her yaş ve cinsiyet için dikkat edilmesi gerekmektedir. Çalışmamızda öne çıkan kız çocuklarda uyku bozukluklarının daha sıklıkla görülmesi, kız çocuk sahibi ebeveynlerin bu konularda daha özenli olması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Carter KA, Hathaway NE, Lettieri CF. Common sleep disorders in children. *Am Fam Physician*. 2014;89:368-77.
2. Salkind J, Sutcliffe A. Management of childhood sleep disorders. *Prescriber* 2015;26:33-6.
3. Bhargava S. Diagnosis and management of common sleep problems in children. *Pediatr Rev* 2011;32:91-8.
4. Gupta R, Goel D, Kandpal SD, Mittal N, Dhyani M, Mittal M. Prevalence of sleep disorders among primary school children. *Indian J Pediatr* 2016;83:1232-6.
5. Ophoff D, Slaats MA, Boudewyns A, Glazemakers I, Van Hoorenbeeck KV, Verhulst SL. Sleep disorders during childhood: a practical review. *Eur J Pediatr* 2018;177:641-8.
6. Waters KA, Suresh S, Nixon GM. Sleep disorders in children. *Med J Aust* 2013;199:31-5.
7. Spruyt K, Gozal D. Pediatric sleep questionnaires as diagnostic or epidemiological tools: a review of currently available instruments. *Sleep Med Rev* 2011;15:19-32.
8. U.Güneyli. "4-6 Yaş Grubu Çocuklarında Beslenme Alışkanlıkları ve Bunu Etkileyen Etmenler Konusunda Bir Araştırma", *Beslenme ve Diyet Dergisi*, Yeniçağ Matbaası, Ankara, 1988, Cilt.17, s.37
9. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, Giannotti F. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J Sleep Res* 1996;5:251-61.
10. Ağadayı E, Çelik N, Ayhan Başer D. Çocuklar İçin Uyku Bozukluğu Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Journal of Turkish Sleep Medicine* 2020;2:65-72.
11. Cetin SH, Yalinbas EE, Dibeklioglu E. Evaluation of Behavioral Modification for Children with Poor Appetite. *Osmangazi Journal of Medicine*, 2020;42(1):54-60
12. Huang MM, Qian Z, Wang J, Vaughn MG, Lee YL, Dong GH. Validation of the sleep disturbance scale for children and prevalence of parent reported sleep disorder symptoms in Chinese children. *Sleep Med* 2014;15:923-8.
13. Liu X, Zhao Z, Jia C, Buysse DJ. Sleep patterns and problems among Chinese adolescents. *Pediatrics* 2008; 121: 1165-73.
14. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, et al. The sleep disturbance scale for children (SDSC) construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J Sleep Res* 1996;5(4):251-61.
15. Gaudreault P, Michaud F, Green-Demers I, Forest G. 0858 Teenage girls report higher impact of sleepiness during school and personal activities than teenage boys. *Sleep* 2018;41(1):318.

Oral Presentation / Research

Dispeptik Yakınmalar ile Kliniğimize Başvuran ve Gastroskopi Yapılan Hastalarda *Helicobacter Pylori* Sıklığı

Yusuf Emre Aytin

Edirne Sultan 1. Murat State Hospital, 22103 Edirne, Turkey E-mail: aytinyusuf@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 12:30 in "Oral presentations 5" by Yusuf Emre Aytin

Keywords / Anahtar Kelimeler: *Helicobacter pylori*, Dispepsi, Gastroskopi

Aim:

Bu çalışmada kliniğimize dispeptik yakınmalar ile başvuran ve gastroskopi yapılan hastalarda *Helicobacter pylori* sıklığının araştırılmasını amaçladık.

Method:

Çalışmaya dahil edilen hastalar, Ocak 2019 ile Kasım 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'ne dispeptik yakınmalar ile başvuran ve tarafımızca gastroskopi yapılan kişiler içerisinde seçilmiştir. Gastroskopi sonucunda malignite tanısı alan hastalar çalışma gruplarına dahil edilmemiştir. Gastroskopi ile antrum biyopsisi alınan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Antrum biyopsileri hemotoksilen-eozin ve modifiye giemsa yöntemleri ile boyanarak ışık mikroskopisinde incelenmiş olup, sonuçlar yoğunluğa göre; (+) hafif, (++) orta ve (+++) şiddetli pozitiflik olarak raporlanmıştır. Hastaların *Helicobacter pylori* sıklıkları, cinsiyet ve yaş gruplarına ayrılarak değerlendirilmiştir.

Results:

Çalışmaya yaşları 18 ile 81 arası değişen 139 hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 53 olarak hesaplandı. Median yaş 54 idi. Bu hastaların 79'u (%57) kadın, 60'ı (%43) erkekti. Dispeptik yakınmaları olan hasta grubunda 63 (%45) hastanın *Helicobacter pylori* sonucu pozitif, 76 (%55) hastanın *Helicobacter pylori* testi negatif idi. *Helicobacter pylori* testi pozitif olan gruptaki hastaların 35'i (%56) kadın, 28'i (%44) erkek idi. *Helicobacter pylori* testi pozitif olan hasta grubu kendi içerisinde yoğunluğa göre değerlendirildiğinde, 28 hastanın hafif pozitif, 22 hastanın orta pozitif ve 13 hastanın şiddetli pozitif olduğu görüldü. 18-30 yaş, 31-45 yaş, 46-60 yaş, 61-81 yaş gruplarında *Helicobacter pylori* sıklığı sırası ile %44, %50, %46 ve %41 idi.

Conclusions:

Cinsiyet ve yaş grupları incelendiğinde *Helicobacter pylori* sıklığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamızda *Helicobacter pylori* sıklığı %45 olarak tespit edilmiş olup, Trakya Bölgesi'ndeki sıklığı daha doğru tespit etmek için bölgede çok merkezli ve geniş gruplar içeren çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Full Text

Giriş:

Helicobacter pylori (*H.pylori*) gram negatif bakteriler sınıfında olup, spiral şekilli ve mikroaerofilik yapıdadır. Boyutları yaklaşık 3.5 mikron x 0.5 mikrondur. (1) Gram boyama ile çubuk ve spiral

formlarda görülürler. Dünya nüfusunun %50 'sinden fazlasının bu mikroorganizma ile enfekte olduğu bildirilmiş olup, insanda en fazla enfeksiyon oluşturan mikroorganizmalar arasında ilk sırada yer almaktadır. (2) Gelişmekte olan ülkelerde genel ortalamaya göre daha yüksek oranlar ile görülmekte olup bu oran ülkelere göre %60-85

arasında değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise artmış bireysel hijyen ve eradikasyona yönelik çalışmalar ile *H.pylori* prevalansı %10-30'lara kadar düşmektedir. (3) Malign hastalıklar içerisinde mide adeno karsinom ve MALT lenfomanın risk faktörleri içinde olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur. Ayrıca gastrit, gastrik ve peptik ülser gibi benign hastalıklar içinde risk faktörleri grubunda yer almaktadır. (2,3)

H.pylori tanısı konmak için yapılan testler invaziv ve non-invaziv testler olmak üzere iki gruba ayrılır. Gastroskopi ile antrum ve korpustan alınan biyopsi örneklerinden üreaz aktivitesi, histopatolojik inceleme, kültür ve polimeraz zincir reaksiyonu yöntemleri ile bakterinin tespiti invaziv testler ile yapılır. Non-invaziv testler ise seroloji bakılması, ¹³C ve ¹⁴C üre nefes testleri (ÜNT), "Helicobacter pylori Stool antigen test" (HpSA)'dan oluşmaktadır. (3,4)

Bu çalışmada kliniğimize dispeptik yakınmalar ile başvuran ve gastroskopi yapılan ve mide antrum bölgesinde biyopsi alınan hastalarda *Helicobacter pylori* sıklığının araştırılmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya dahil edilen hastalar, Ocak 2019 ile Kasım 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'ne dispeptik yakınmalar ile başvuran ve tarafımızca gastroskopi yapılan kişiler içerisinde seçilmiştir. Gastroskopi sonucunda malignite tanısı alan hastalar çalışma gruplarına dahil edilmemiştir. Gastroskopi ile antrum biyopsisi alınan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Antrum biyopsileri hemotoksilen-eozin ve modifiye giemsa yöntemleri ile boyanarak ışık mikroskopisinde incelenmiş olup, sonuçlar yoğunluğa göre; (+) hafif, (++) orta ve (+++) şiddetli pozitiflik olarak raporlanmıştır. Hastaların *Helicobacter pylori* sıklıkları, cinsiyet ve yaş gruplarına ayrılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya yaşları 18 ile 81 arası değişen 139 hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 53 olarak hesaplandı. Median yaş 54 idi. Bu hastaların 79'u (%57) kadın, 60'ı (%43) erkekti. Dispeptik yakınmaları olan hasta grubunda 63 (%45) hastanın *Helicobacter pylori* sonucu pozitif, 76 (%55) hastanın *Helicobacter pylori* testi negatif idi. *Helicobacter pylori* testi pozitif olan gruptaki hastaların 35'i (%56) kadın, 28'i (%44) erkek idi. *Helicobacter pylori* testi pozitif olan hasta grubu kendi içerisinde yoğunluğa göre değerlendirildiğinde, 28 hastanın hafif pozitif, 22 hastanın orta pozitif ve 13 hastanın şiddetli pozitif olduğu görüldü. 18-30 yaş, 31-45 yaş, 46-60 yaş, 61-81 yaş gruplarında *Helicobacter pylori* sıklığı sırası ile %44, %50, %46 ve %41 idi.

Tablo 1: *H.Pylori* pozitif olan hasta grupları

<i>H.Pylori</i> pozitif olan gruplar	Hasta Sayısı (N)
Hafif pozitif (+)	28 (%20)
Orta pozitif (++)	22 (%16)
Şiddetli pozitif (+++)	13 (%9)

Tablo 2: *H.pylori* pozitifliği olan hastalarda yaş gruplarına göre sıklık oranları

Yaş grupları	<i>H.Pylori</i> Sıklığı (%)
18-30 yaş	%44
31-45 yaş	%50
46-60 yaş	%46
61-81 yaş	%41

Tartışma ve Sonuç:

Mide epitel hücreleri üzerinde ve mukus tabakası altında bulunan nötral alanda yerleşim gösteren *H.pylori* bakterisi, üzerinde bulunduğu epitel hücrelerini aktive ederek sitokin salınımını artırır. Bu duruma yanıt olarak immün ve enflamatuvar hücreler fazlasıyla aktive olur. Böylece *H.pylori* kronik gastrit oluşum mekanizmasının başlatır. Aynı mekanizma ile peptik ve gastirik ülser gibi benign hastalıklara sebep olabileceği gibi gastrik kanserler ve MALT lenfoma içinde bir risk faktörüdür. (3,5) Sebep olduğu bu patolojiler ve toplumda görülme oranındaki yükseklik göz önüne alındığında bakterinin tespiti ve eradikasyonu ciddi bir önem taşımaktadır.

Semptomları olmayan yalnızca kontrol amaçlı gastroskopi yapılan bireyler için endoskopik olarak patolojik bulgu yok ise sıklıkla biyopsi alınmamaktadır. Güneri H. ve ark.'larının yaptığı çalışmada normal gastroskopi bulgularına sahip ve asemptomatik olan hastalardan alınan mide antrum biyopsi örneklerinde %58 oranında *H.pylori* pozitifliği tespit edilmiştir. (5) *H.pylori* varlığının gastrik kanser riskini 2-3 kat arttırdığı kanıtlanmış bir bilgi olup bu bilgiler ışığında *H.pylori* tanısı ve eradikasyonu ayrı bir önem kazanmaktadır. (6) Tarafımızca yapılan çalışmada gastroskopi yapılan hastaların tümünde dispeptik yakınmalar mevcut olup, endoskopik biyopsi patolojik bulgu varlığından bağımsız olarak alınmıştır. Bu koşullar altında *H.pylori* pozitiflik oranı çalışmamızda %45 olarak belirlenmiştir.

H.pylori tanısında non-invaziv ve invaziv olmak üzere birçok test uygulanabilir. Testlerin uygulanabilirliği, sensitivite ve spesifite farklılık göstermektedir. (7) Bizim önerimiz hasta semptomundan ve endoskopideki bulgulardan bağımsız olarak gastroskopi sırasında mutlak antrum biyopsisi alınması ve *h.pylori* açısından değerlendirilmesidir.

Cinsiyet ve yaş grupları incelendiğinde *Helicobacter pylori* sıklığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışmamızda *Helicobacter pylori* sıklığı %45 olarak tespit edilmiş olup, Trakya Bölgesi'ndeki sıklığı daha doğru tespit etmek için bölgede çok merkezli ve geniş gruplar içeren çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Kaynakça:

- Ogan R, Walker M. Epidemiology and diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *BMJ* 2001; 323: 920-2.
- Malfertheiner P, Selgrad M, Bornschein J. *Helicobacter pylori*: clinical management. *Curr Opin Gastroenterol* 2012;28:608-14.
- Utku ÖG, Ergül B, Kaçmaz B, et al. Evaluation of the sensitivity and specificity of invasive methods used in the diagnosis of *Helicobacter pylori* infection. *The Turkish Journal of Academic Gastroenterology* 2020;19:1-4. DOI: 10.17941/agd.705695
- Miftahussurur M, Yamaoka Y. Diagnostic Methods of *Helicobacter pylori* Infection for Epidemiological Studies: Critical Importance of Indirect Test Validation. *Biomed Res Int*. 2016; 2016: 1-14. [PMID: 26904678]; [DOI: 10.1155/2016/4819423]
- Güneri HE, Düzköylü Y, Özoran E, Koç O, Sarı YS, Bektaş H, et al. *Helicobacter Pylori* Positivity and the Need for Obtaining Pathologic Samples from Patients with Gastroscopic Findings. *İstanbul Med J* 2013; 14: 181-3. [CrossRef]
- Maleki Kakelar H, Barzegari A, Dehghani J, Hanifian S, Saedi N, Barar J, et al. Pathogenicity of *Helicobacter pylori* in cancer development and impacts of vaccination. *Gastric Cancer* 2019; 22: 23-36. doi:10.1007/s10120-018-0867-1

- Kalali B, Formichella L and Gerhard M et al. Diagnosis of *Helicobacter pylori*: Changes towards the Future. *Diseases* 2015, 3, 122-135; doi:10.3390/diseases3030122

Oral Presentation / Research

Diyabet Hastalarının Diyabet Tipini Bilme Durumunun Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Büşra Aybike Kumcu¹, Ali Özdemir², Berrin Telatar³, Müzeyyen Eryılmaz²

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Ataşehir İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, 34758 ATAŞEHİR, Turkey E-mail: aybike.akca14@gmail.com

2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet SUAM, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

3. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet SUAM, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Presentation on 25/03/2021 12:30 in "Oral presentations 5" by Büşra Aybike Kumcu

Keywords / Anahtar Kelimeler: Diabetes mellitus, farkındalık, demografik faktörler

Aim:

Çalışmamızda diyabet polikliniğine başvuran hastaların diyabet tipini bilip bilmediklerinin saptanması, diyabet tipi farkındalığının hastaların demografik özelliklerine göre değişiminin değerlendirilmesi amaçlandı.

Method:

Çalışmamız SBÜ İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi diyabet polikliniğine başvuran 622 diyabet hastası (>18 yaş) ile 3 aylık süreçte yürütülen kesitsel bir çalışmadır. Hastalara yaş, cinsiyet, eğitim durumu, diyabet süresi, diyabet tipi bilgisi sorularını içeren anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Results:

Çalışmaya katılan 622 hastanın %60'ı ($n=373$) kadın, %40'ı ($n=249$) erkek olup, hastaların yaş ortalaması $59,1 \pm 9,2$ yıldır. Hastalara diyabet tipi sorulduğunda %32,5'i ($n=202$) diyabet tipini biliyorken, %67,5'i ($n=420$) diyabet tipini bilmediğini ifade etmiştir. Hastaların eğitim seviyesi ile diyabet tipi bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmiştir ($p=0,000$). Okuma yazması olmayan hastaların %3,3'ü ($n=2$), üniversite mezunlarının ise %68,8'i ($n=44$) diyabet tipini bilmektedir. Hastaların yaş grupları (25-44, 45-64, 65 yaş ve üstü) ve diyabet tipi bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p=0,009$); 25-44 yaş grubundaki hastaların diyabet tipini bilme oranının (%55,6) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diyabet süresi ve diyabet tipi bilgisi arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmiştir ($p=0,001$). Cinsiyet ve diyabet tipi bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0,07$).

Conclusions:

Çalışmamızda, hastaların büyük bir kısmının diyabet tipini bilmediği, eğitim seviyesi arttıkça bu bilginin anlamlı derecede arttığı tespit edildi. Genç yaş grubundaki hastaların diyabet tipini bilme oranlarının daha yüksek saptanması, genç popülasyonun internet aracılığıyla bilgiye erişiminin daha fazla olduğunu, anlatılanları daha fazla akılda tutabildiklerini ve hastalık farkındalığının daha fazla olduğunu düşündürdü. Bu sonuçlar eğitim düzeyinin sağlık alanındaki olumlu etkisini düşündürmekle birlikte hastaların diyabetle ilgili bilgi ihtiyacının olduğunu göstermiştir. Kronik hastalıkların takibinde Aile

Hekimleri, hastaların bilgilendirilmesi ve hastalıkları hakkında farkındalık oluşturulmasında çok önemli bir konumdur. Hastalara ayrılan poliklinik sürelerinin arttırılması, hastalara diyabet eğitiminin verilmesi, bu eğitimlerin süreklilik arz etmesi ve görsel materyallerin kullanılması bu konuda olumlu sonuçlar sağlayacaktır.

Oral Presentation / Research**Kolorektal Kanser Tarama Programı Kapsamında Gaitada Gizli Kan Testi Pozitif Olan Hastalarda Kolonoskopi Sonuçlarının Değerlendirilmesi**

Yusuf Emre Aydin

Edirne Sultan 1. Murat State Hospital, 22103 Edirne, Turkey E-mail: aytinyusuf@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 12:30 in "Oral presentations 5" by Yusuf Emre Aydin

Keywords / Anahtar Kelimeler: Kolorektal, Tarama, Gaitada Gizli Kan, Kolonoskopi**Aim:**

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 Eylül ayı itibari ile kanser tarama programına, 50-70 yaş arası sağlıklı bireylere 2 yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi şeklinde uygulama eklenmiştir. Bu çalışmada tarafımıza başvurulan ve GGK testi pozitif olan hastaların kolonoskopi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Method:

Çalışmaya Ocak 2019 ile Aralık 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'ne başvuran ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan GGK testleri pozitif olan 87 hasta dahil edildi. Bu hastaların kolonoskopi bulguları, biyopsi sonuçları ve demografik özellikleri hasta bilgi sistemi ve hasta dosyaları üzerinden retrospektif olarak değerlendirildi.

Results:

Çalışmaya yaşları 50 ile 70 arası değişen 87 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 57 idi. Hastaların 40'ı (%46) kadın, 47'si (%54) erkekti. Hastaların 26'sında (%30) patolojik bulguya rastlanmadı. 23 (%26) hastada benign anorektal hastalıklar saptanmış olup, 16 (%18) hastada hemoroidal hastalık, 7 (%8) hastada anal fissür tespit edildi. Hastaların 2'sinde sigmoid kolon tümörü, 2'sinde de rektum tümörü tespit edildi. Polip saptanan 29 (%33) hastaya polipektomi yapıldı. Bu hastaların patoloji sonuçları, 7'si yüksek dereceli displazi içeren olmak üzere prekanseröz adenomatöz polip ile uyumlu tespit edildi. 3 hastada rektit, 2 hastada kolit tespit edildi.

Conclusions:

Kolorektal kanser tarama programı kapsamında yapılan GGK testi pozitif olan hastaların, kolonoskopi yapılmak üzere ileri bir merkeze yönlendirilmeleri oldukça önemlidir. Yapılan çalışmada hiçbir semptomu olmayan ve yalnızca GGK testi pozitif olan 4 hastamız kolorektal kanser tanısı almış olup, 29 hastamızda da premalign polipler tespit edilmiş ve henüz malign hastalık oluşmadan önlenip hastalar takibe alınmıştır.

Tarama programlarının yaygınlaşması ile kolorektal kanserlerin erken tanısı ve premalign lezyonların polipektomi ile minimal invaziv olarak çıkarılmasının, hem sağlık sistemi üzerinde ciddi bir maliyet yükünün kalkmasını hem de hastalık ile ilgili morbidite ve mortalitenin azalmasını sağlayacağı kanaatindeyiz.

Full Text**Giriş:**

Kolorektal(KRK) kanserler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde

de önemli bir sağlık sorunudur. Kanserler arasında tüm dünya genelinde insidans olarak üçüncü sırada bulunurken, mortalite açısından ikinci sıradadır. İnsidans ve mortalite oranları dünya çapında önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde KRK'ler insidans ve mortalite açısından ikinci sırada yer alırken, gelişmekte olan ülkelere hem insidans hem de mortalite açısından dördüncü sırada yer almaktadır. (1) Kolorektal kanserler, 2020 yılında ülkemizde en sık görülen beş kanser türü içinde üçüncü sırada yer almaktadır. Kadın ve erkek popülasyonda en sık görülen üçüncü kanser türüdür. (2) . KRK gelişme sıklığı erkeklerde, kadınlardan daha yüksektir. KRK görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta olup, 50 yaş sonrası artış dikkat çekmektedir. (3)

Yüksek insidans ve mortalite oranları hastalığa yönelik erken tanı ve tedavi programlarının geliştirilmesini gerekli kılmıştır. Geliştirilen tarama testleri ve risk gruplarına yönelik yapılan tarama programları sayesinde hastalığın erken evre teşhisi ve premalign lezyonların tespit edilerek ortadan kaldırılması hedeflenmiştir. (4) Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 Eylül ayı itibari ile kanser tarama programına, 50-70 yaş arası sağlıklı bireylere 2 yılda bir gaitada gizli kan (GGK) testi ve 10 yılda bir kolonoskopi şeklinde uygulama eklenmiştir. (5)

KRK tarama programında kullanılacak testler güvenilir ve kullanışlı olmalarının yanı sıra yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olmalıdır. Testler tarama amaçlı kullanılacağından geniş popülasyon üzerinde uygulanması hedeflenir ve bu sebeple maliyet etkin olmalıdır. Testlerin invaziv olmamaları uygulanabilirliğini kolaylaştıracak bir özelliktir. Ancak KRK taramasında kullanımı kabul görmüş invaziv ve noninvaziv testler mevcut olup, ülkelere göre tarama programları içerisinde yer almaktadırlar. Gaitada gizli kan testi (GGK), dışkı immünokimyasal testi (FIT), fekal bazlı DNA testi ve kan bazlı DNA testi (SEPT9 testi) KRK taramasında kullanılan noninvaziv testlerdir. Rektosigmoidoskopi ve kolonoskopi ise endoskopik işlemler olup KRK taramasında kullanılan invaziv tarama testleridir. Rektosigmoidoskopi ve kolonoskopi uygulamaları sırasında biyopsi alınarak histopatolojik tanı koymanın yanı sıra yapılabilecek polipektomiler ile premalign lezyonların uzaklaştırılması ve böylece KRK açısından önleyici tıbbi müdahale yapılma imkanı mevcuttur. Bu özelliği ile invaziv tetkikler KRK taramasında diğerlerinden daha üstündür. Bu sebeple endoskopik işlemler Amerika Birleşik Devletleri ve Almanya gibi bazı ülkelere KRK tarama programında birinci basamakta tarama testleri içinde kullanılmaktadır.(6,7)

FIT ve DNA bazlı testler GGK testine göre daha hassas yöntemlerdir ancak maliyetleri GGK testinden fazla olmaları sebebiyle ülkemizde de olduğu gibi birçok ülkede birinci basamak tarama programında GGK testi tercih edilmektedir. Gaitada gizli kan testi 1960'lı yıllardan beri kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda GGK testinin %12.9-%79.4 sensitiviteye , %86.7-%97.7 oranları arasında spesifiteye sahip olduğu gösterilmiştir. Normal şartlarda dışkıda kan bulunmaz. (7,8) Dışkıda gözle görülmeyen kan varlığına gizli kanama denir. Gastrointestinal ülser varlığı, divertiküller, hemoroidler gibi KRK'ler dışında dışkıda kan olmasına sebep olacak çok sayıda benign patoloji vardır. Özellikle GGK testi öncesinde tüketilen gıdalarda testin pozitif çıkmasına sebep olabilir. GGK testi pozitifliği kanama odağına ait yorum yapma imkanı vermez. GGK testinin bu dezavantajları olmasına karşın kullanım kolaylığı ve düşük maliyeti gözönüne alındığında kullanımı tercih edilmektedir. (9) Bu çalışmada tarafımıza başvuran ve GGK testi pozitif olan hastaların kolonoskopi sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Ocak 2019 ile Aralık 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'ne başvuran ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan GGK testleri pozitif olan 87 hasta dahil edildi. GGK testi pozitif olan hasta başvurularından daha önce kolorektal kanser tanılı olanlar, benign sebepler ile kalın barsak operasyon öyküsü olanlar, aşikar hematokrezyası olanlar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma grubuna alınan hastaların kolonoskopi bulguları, biyopsi sonuçları ve demografik özellikleri hasta bilgi sistemi ve hasta dosyaları üzerinden retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular:

Çalışmaya yaşları 50 ile 70 arası değişen 87 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 57 idi. Hastaların 40'ı (%46) kadın, 47'si (%54) erkekti. Hastaların 26'sında (%30) patolojik bulguya rastlanmadı. 23 (%26) hastada benign anorektal hastalıklar saptanmış olup, 16 (%18) hastada hemoroidal hastalık, 7 (%8) hastada anal fissür tespit edildi. Hastaların 2'sinde sigmoid kolon tümörü, 2'sinde de rektum tümörü tespit edildi. Polip saptanan 29 (%33) hastaya polipektomi yapıldı. Bu hastaların patoloji sonuçları, 7'si yüksek dereceli displazi içeren olmak üzere prekanseröz adenomatöz polip ile uyumlu tespit edildi. Polipektomi yapılan hastalardan 15'inin patolojisi tubuler adenom, 3'ü hiperplastik polip, 2'si serrated adenom olarak sonuçlandı. 3 hastada rektit, 2 hastada kolit tespit edildi.

Tablo 1: Kolonoskopi Bulguları ve hasta sayıları

Kolonoskopik Bulgular*	Hasta Sayısı (N)
Ayırıt edilen patoloji yok	26 (%30)
Hemoroidal hastalık	16 (%18)
Perianal fissür	7 (%8)
Rektit	3 (%3.4)
Kolit	2 (%2.3)
Polip	29 (%33)
Sigmoid tümör	2 (%2.3)
Rektum Tümörü	2 (%2.3)

(* patolojik sonuçlar ile birlikte değerlendirildi)

Tablo 2: Polipektomi yapılan ve/veya biyopsi alınan hastaların patoloji sonuçları

Patoloji Sonuçları	Hasta Sayısı (N)
Tubuler Adenom	15(%17.2)
Hiperplastik polip	3 (%3.4)
HGDP* içeren Tubulovillöz adenom	7 (%8)
Serrated adenom	2 (%2.3)
Sigmoid-Adenokarsinom	2 (%2.3)
Rektum-Adenokarsinom	2 (%2.3)

(*High grade displazi)

Tartışma ve Sonuç:

Kolorektal kanser tarama amaçlı GGK testi, 2014 yılından itibaren 50-70 yaş bireyler için kanser tarama programına dahil edilmiştir. GGK testinde günümüzde en sık kullanılan yöntem *Guaiac Methodu*'dur. İndikadörlerin kullanıldığı kimyasal bir methoddur. Method peroksidaz veya psödoperoksidaz aktivitesi belirleme üzerine dayanır. Kandaki hemoglobinin hem grubunun psödoperoksidaz aktivitesinin belirlenmesi ile gaitada gizli kan varlığı tespit edilir. Dışkıda kan dışında peroksidaz aktivitesine sahip başka moleküller varlığında da test sonucu pozitif gelebilir.

Bu durum düşük spesifiteye sebep olmaktadır. Test öncesi yalancı pozitifliklere ve yalancı negatifliklere sebep olacak gıdaların tüketilmemesi önerilmektedir. Önerilere uygun diyet sonrası GGK testinde pozitiflik mutlak kolonik patolojileri işaret etmez. Üst gastrointestinal sistem kanamalarında da test pozitif gelir. Bu sebeple test sonucu pozitif gelen 50-70 yaş grubu hastalara olası kolorektal kanseri ekarte etmek amacıyla mutlak kolonoskopi önerilir.(7,8,9)

Kolorektal kanserlerin erken tespitinin, kolon ve rektumda premalign lezyonların belirlenip kolonoskopi sırasında polipektomi ve endomukozal eksizyonlar ile çıkarılması, kolorektal kanserlerin insidansını ve mortalite oranlarını azaltacağı yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir. Toplumda kolorektal kanser için risk grubunda olan (50-70 yaş, aile öyküsü gibi) asemptomatik bireylerin taranması ile KRK'ler ile mücadelede en önemli silahlardan biridir. (7,10)

Kolorektal kanser tarama programı kapsamında yapılan GGK testi pozitif olan hastaların, kolonoskopi yapılmak üzere ileri bir merkeze yönlendirilmeleri oldukça önemlidir. Yapılan çalışmada hiçbir semptomu olmayan ve yalnızca GGK testi pozitif olan 4 hastamızda kolorektal kanser tanısı almış olup, 29 hastamızda da premalign polipler tespit edilmiş ve henüz malign hastalık oluşmadan önlenip hastalar takibe alınmıştır.

Tarama programlarının yaygınlaşması ile kolorektal kanserlerin erken tanısı ve premalign lezyonların polipektomi ile minimal invaziv olarak çıkarılmasının, hem sağlık sistemi üzerinde ciddi bir maliyet yükünün kalkmasını hem de hastalık ile ilgili morbidite ve mortalitenin azalmasını sağlayacağı kanaatindeyiz.

Kaynakça:

- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2021 Feb 4. doi: 10.3322/caac.21660. Epub ahead of print. PMID: 33538338.
- GLOBOCAN 2020 Database. <https://gco.iarc.fr/>
- Maida M, Macaluso FS, Ianaro G, Mangiola F, Sinagra E, Hold G, Maida C, Cammarota G, Gasbarrini A, Scarpulla G. Screening of colorectal cancer: present and future. Expert Rev Anticancer Ther. 2017 Dec;17(12):1131-1146. doi: 10.1080/14737140.2017.1392243. Epub 2017 Oct 26. PMID: 29022408.
- Paimela H, Malila N, Palva T, Hakulinen T, Vertio H, Jarvinen H. Early detection of colorectal cancer with faecal occult blood test screening. Br J Surg 2010;97:1567-71
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü resmi internet sayfası; <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>
- Issa IA, Noureddine M. Colorectal cancer screening: An updated review of the available options. World J Gastroenterol 2017; 23(28): 5086-5096 7- Utku ÖG, Ergül B, Oğuz D. Gaitada gizli kan testi pozitifliği nedeni ile kolonoskopi yapılan hastaların kolonoskopik ve patolojik sonuçlarının değerlendirilmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi2018;9:17-20.
- Zhang, J., Cheng, Z., Ma, Y., He, C., Lu, Y., Zhao, Y., Cheng, N. (2017). Effectiveness of Screening Modalities in Colorectal Cancer: A Network Meta-Analysis. Clinical Colorectal Cancer, 16(4), 252–263.
- Winawer S, Fletcher R, Rex D, et al. Colorectal cancer screening and surveillance: clinical guidelines and rationale — update based on new evidence. Gastroenterology 2003;124:54460.
- Yang H, Ge Z, Dai J, Li X, Gao Y. Effectiveness of the immunofecal occult blood test for colorectal cancer screening in a large population. Dig Dis Sci. 2011 Jan;56(1):203-7. doi: 10.1007/s10620-010-1264-8. Epub 2010 May 11. PMID: 20458621.

Oral Presentation / Research**Pandeminin Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkisi**

Neslihan Cansel

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD Malatya, 44280 Battalgazi, Turkey E-mail: neslihancansel@yahoo.com.tr

Presentation on 25/03/2021 12:30 in "Oral presentations 5" by Neslihan Cansel

Keywords / Anahtar Kelimeler: pandemi, psikiyatri, sağlık hizmetleri

Aim:

COVID-19, Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilmesiyle birlikte, dünya çapında sağlık hizmetlerinde olağan üstü zorlukları ve kısıtlamaları da beraberinde getirdi. Başlangıçta pandemiyle ilgili çok sayıda belirsizlik vardı ve hükümetler bu zorlanmaları en aza indirmek için çeşitli yöntemler geliştirmek zorunda kaldı. Ülke genelinde hastanelerin büyük çoğunluğu pandemi için özel olarak belirlendi, doktorların ve sağlık çalışanlarının görev yerleri ve çalışma saatleri değiştirildi, elektif işlemler ertelenerek, acil durumlar için yer ve malzeme kontrolü sağlanmaya çalışıldı. Bu işlemler hastanede randevu sayılarının azalmasına yol açtı. Diğer yandan, birçok insanın bulaşmayı azaltmak için hastanelerden kaçınması da özellikle kronik hastalıklar için tedavinin gecikmesine neden oldu. Bu çalışmada pandemin, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine yapılan başvurular üzerine etkisi araştırılmıştır.

Method:

11 Mart 2019- 1 şubat 2020 ile 11 Mart 2020-1 Şubat 2021 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalara ait veriler, hastane bilgi işlem sistemi kullanılarak retrospektif olarak karşılaştırıldı.

Results:

Polikliniğimizde 11 mart 2019-01 Şubat 2020 tarihleri arasında başvuran hasta sayısı, 18724 iken bu sayı 11 mart 2020 ile 1 şubat 2021 tarihleri arasında 9313'e düşmüştür (azalma oranı %50.3). Her bir kişiye ait tekrarlayan girişler analiz dışı bırakıldığında bu sayının 8785 kişiden 5446 kişiye indiği görülmüştür (%38).

Toplam başvurulardaki azalmanın sırasıyla; Depresif bozukluk (%64.6), Alkol madde bağımlılığı (%61.6), Şizofreni spektrum bozuklukları (%59.6), Anksiyete bozuklukları (%52.4), Bipolar bozukluk (%48.8) hastalarında olduğu tespit edilmiştir.

Conclusions:

Pandemi sürecinde özellikle kronik olma özelliğine sahip olan psikiyatrik vakaların, başvuru, takip ve tedavilerinde ciddi bir açıklık olduğu anlaşılmaktadır. Bu sonuç aile hekimlerine düşen sorumluluğun arttığını düşündürmektedir. Bu nedenle aile hekimleri ve psikiyatristler arasında iletişimin kolaylaştırılması pandemi döneminde gelemeyen bu hastaların takibinde büyük fayda sağlayabilir.

Oral Presentation / Research

Hypertension Prevalence and Control Rates in Patients with Type II Diabetes in a Primary Care Setting

Erdoğan Yavuz¹, Şenol Yelekin²

1. Samsun Training and Research Hospital, 55100 Samsun, Turkey E-mail: erdincyavuz@gmail.com
2. Samsun Research and Training Hospital

Presentation on 25/03/2021 13:45 in "Oral presentations 6" by Erdoğan Yavuz

Keywords / Anahtar Kelimeler: hypertension, primary care, type 2 Diabetes

Aim:

The aim of this study was to determine the prevalence of hypertension in patients with Type 2 Diabetes and their control rates in a Family Healthcare Center in Samsun.

Method:

Atakum Family Healthcare Center has six family physicians with 20,830 registered patients. A sample size was calculated using TURDEP 2 trial data among patients 20 years of age and older. A total of 323 patients with type 2 Diabetes were included in the study. Blood pressure of the patients was measured according to Hypertension National Consensus Report 2019.

Results:

46.4% (n=150) of the patients were men and 53.6% (n=173) were women. The mean age of the patients was 61.9±9.8 (Min: 25, max: 85) years, mean diabetic age was 9.8±7.4 (Min: 1, max: 43) years. 209 patients (64.7%) reported established hypertension. Mean systolic blood pressure was 141.8±21.2 (Min: 90, max: 223) mm Hg and mean diastolic blood pressure was 80.3±11.9 (Min: 45, max: 150) mm Hg. 55 (17%) patients were newly diagnosed with hypertension. In total 264 (81%) patients were hypertensive. Anti-hypertensive drugs were previously prescribed for all patients who reported a diagnosis of hypertension. ARBs were the most frequent anti-hypertensive drug used as mono-therapy or in-combination. ARB+Diuretic combination was the most common therapy choice used in 51 (24.4%) patients. Only 160 patients (49.5%) of the study population were normotensive.

Conclusions:

Hypertension was reported as the most common comorbidity in type 2 Diabetes patients. The high number of patients newly diagnosed and low hypertension control rates in patients with an established diagnosis of hypertension shown in this study revealed the importance of close follow-up of these patients in primary care.

Full Text

Aim:

The aim of this study was to determine the prevalence of hypertension in patients with Type 2 Diabetes and their control rates in a Family Healthcare Center in Samsun.

Method:

Atakum Family Healthcare Center has six family physicians with

20,830 registered patients. A sample size was calculated using TURDEP 2 trial data among patients 20 years of age and older. A total of 323 patients with type 2 Diabetes were included in the study. Blood pressure of the patients was measured according to Hypertension National Consensus Report 2019.

Results:

46.4% (n=150) of the patients were men and 53.6% (n=173) were women. The mean age of the patients was 61.9±9.8 (Min: 25, max: 85) years, mean diabetic age was 9.8±7.4 (Min: 1, max: 43) years. 209 patients (64.7%) reported established hypertension. Mean systolic blood pressure was 141.8±21.2 (Min: 90, max: 223) mm Hg and mean diastolic blood pressure was 80.3±11.9 (Min: 45, max: 150) mm Hg. 55 (17%) patients were newly diagnosed with hypertension. In total 264 (81%) patients were hypertensive. Anti-hypertensive drugs were previously prescribed for all patients who reported a diagnosis of hypertension. ARBs were the most frequent anti-hypertensive drug used as mono-therapy or in-combination. ARB+Diuretic combination was the most common therapy choice used in 51 (24.4%) patients. Only 160 patients (49.5%) of the study population were normotensive. The control rate in patients under hypertensive therapy was 48.1%.

Discussion:

Hypertension is believed to be a powerful cardiovascular risk factor and was reported in up to two-thirds of patients who suffer from diabetes. (1) An established epidemiological relationship between better blood pressure control and improvement in long-term clinical outcomes, several major milestone studies and analyzes have been conducted to examine the possible benefit of tighter blood pressure control in patients with Type 2 diabetes mellitus. (2,3) The Turkish Epidemiology Survey of Diabetes, Hypertension, Obesity and Endocrine Disease (TURDEP-II) Trial reported a prevalence of 31.4% in all study group, but no data in the diabetic group was reported. (4) In a study conducted at a tertiary healthcare facility, hypertension was detected in 68% of type 2 diabetic patients registered to diabetes outpatient clinic. We failed to find a research paper from primary care regarding hypertension prevalence and control rates in diabetic population. This study performed at a primary care setting demonstrated that hypertension prevalence may be higher than previously reported. The high ages of the participants may have played a role. Interestingly, in 17% patients a new diagnosis of hypertension was made suggesting the importance of screening diabetic patients for hypertension. Turkish Hypertension Prevalence Study (PATENT 2) reported a 30.3% hypertension prevalence in Turkish adults. Only 47.5% of these hypertensive patients used anti-hypertensive drugs. The control rate in patients receiving anti-hypertensive was only 53.9%. (6) Similarly we found that only 48.1% of our diabetic patients who were under hypertensive therapy were normotensive.

Conclusions:

Hypertension was reported as the most common comorbidity in type 2 Diabetes patients. The high number of patients newly diagnosed and low hypertension control rates in patients with an established diagnosis of hypertension shown in this study revealed the importance of close follow-up of these patients in primary care.

References:

1. Rizvi AA. Addressing Hypertension In The Patient With Type 2 Diabetes Mellitus: Pathogenesis, Goals, And Therapeutic Approach. *Eur Med J Diabetes*. 2017;5(1):84-92.
2. American Diabetes Association. Cardiovascular Disease and Risk Management. *Diabetes Care*. 2017;40(Suppl 1):S75-87.
3. Holman RR, et al. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;359(15):1565-76.
4. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. TURDEP-II Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 2013 Feb;28(2):169-80.
5. İmanova, N , Çetinkalp, Ş . (2017). Diyabet Polikliniğine Kayıtlı Tip 2 Diyabetli Olguların Yüzde Yüzünü Değerlendirdik; Kurtancımız İnsulin . *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* , 1 (2) , 87-91.
6. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S,et al; Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *J Hypertens*. 2016 Jun;34(6):1208-17.

Oral Presentation / Research

Full Text

Lise Dönemi Adolesanlarda İnternet Bağımlılığının Aile İçi Uyuma ve Okul Başarısına Etkilerinin DeğerlendirilmesiGörkem Çalık¹, Çağdaş Emin Maç²

1. İstanbul Bağcılar Barbaros Aile Sağlığı Merkezi
 2. Sinop Uzungürgen Aile Sağlığı Merkezi, 57001 Sinop, Turkey E-mail: cagdaseminmac@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 13:45 in "Oral presentations 6" by Çağdaş Emin Maç

Keywords / Anahtar Kelimeler: İnternet; aile uyumu; okul başarısı; adolesan

Aim:

14-19 yaş arası lise dönemi adolesan gençlerin internet bağımlısı olup olmadıklarının tespit edilmesi, internet bağımlılığının aile uyumuna ve okul başarısına etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Method:

Çalışmamız 30/06/2020-01/08/2020 tarihleri arasında İstanbul Bağcılar Barbaros Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Lise dönemindeki adolesanlara 29 sorudan oluşan sosyodemografik durumlarıyla ilgili sorular soruldu. Ardından 20 sorudan oluşan Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği (YİBÖ) ve Kavikondala ve arkadaşları tarafından oluşturulan 5 soruluk Aile Uyum Ölçeği (AUÖ) uygulandı. Okul yıl sonu karne notu ortalamaları sözel olarak öğrenilerek okul başarıları ölçüldü.

Results:

Çalışmamıza 14-19 yaş aralığındaki 183 lise öğrencisi katılmıştı ve çoğunluğu kızlardan (%54,6) oluşuyordu. YİBÖ'ye göre katılımcıların %85,8'i normal internet kullanıcısı, %13,1'i muhtemel bağımlı ve %1,1'i internet bağımlısıydı.

AUÖ ve YİBÖ puanlarında cinsiyetler arasında anlamlı farklılık yokken; okul başarısında kızların puanları daha yüksekti (p=0,029).

Okul türüyle AUÖ ve okul başarı puanları arasında anlamlı fark yokken; YİBÖ puanları fen lisesi öğrencilerinde daha yüksekti (p=0,037).

Baba eğitim düzeyi lise ve üstü olan öğrencilerin okul başarı puanları; lise ve altı olanlarınsa YİBÖ puanları anlamlı olarak yüksekti (p=0,002; p=0,043). Anne eğitim düzeyi, ailelerin ekonomik düzeyi, annenin çalışıp çalışmaması, evde sürekli internet bağlantısı olup olmaması ile AUÖ, YİBÖ ve Okul başarı puanları arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Akıllı telefonu olan öğrencilerin YİBÖ puanları anlamlı olarak yüksek iken (p=0,032); AUÖ ve okul başarı puanlarında anlamlı fark yoktu.

Günlük akıllı telefonda internet ve bilgisayar kullanım süreleri 3 saatten fazla olanlarda YİBÖ puanları anlamlı olarak yüksekti (p=0,001). Günlük akıllı telefonda internet kullanımı 1 saatten az olanlarda AUÖ toplam puanları daha yüksekti (p=0,012). İnternet kullanım geçmişi 5 yıldan fazla olan öğrencilerin YİBÖ puanları anlamlı olarak yüksek saptanmışken (p<0.001); AUÖ ve okul başarı puanlarında anlamlı fark yoktu.

Conclusions:

İnternet bağımlılığı toplam puanları ile aile uyumu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki saptadık ancak okul başarı puanları ile internet bağımlılığı puanları arasında bir korelasyon saptamadık.

GİRİŞ

Tanım olarak internet; dünyadaki milyonlarca bilgisayar ağının birbirleriyle ortak bir protokol çerçevesinde iletişim kurabilmesini ve bilgi kaynaklarını paylaşmalarını sağlayan bilgisayar ağlarıdır. (1)

Günümüzde internet hayatın değişmez bir parçası haline gelmiştir. Günlük hayatımızı kolaylaştırmanın yanında birçok iş sektörünün de temelini oluşturan internet bazı problemleri de beraberinde getirebilmektedir. İnternet kullanımıyla ilgili en önemli sorunlardan biri 'internet bağımlılığı'dır. İnternet bağımlılığı Young tarafından "internet kullanmayı kontrol edememe ve bu kontrolsüzlükten kaynaklanan hayatının birçok alanında özellikle de kişiler arası ilişkiler ve iş hayatında ciddi derecede sorunlar yaşamasına sebep olan bir hastalık" olarak tanımlanmıştır. (2)

Çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemi olan adolesan dönemi internet kullanımı için çok önemlidir. Bu dönemde hem biyolojik hem de psikolojik olarak hızlı değişimler yaşanır. Kişinin bu dönemi içinde bulunduğu toplum, aile ve sosyal arkadaşları arasında problemsiz veya en az hasarla atlatılması erişkin hayatı için son derece önemlidir.

Biz bu çalışmamızda 14-19 yaş arası lise dönemi adolesan gençlerin internet bağımlısı olup olmadıklarının tespit edilmesini, internet bağımlılığının aile uyumuna ve okul başarısına etkilerini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız 30/06/2020-01/08/2020 tarihleri arasında İstanbul Bağcılar Barbaros Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Nüfusa bağlı o yaş gurubundaki birey sayısı 345 olup, %95 power 0,05 alfa anlamlılık seviyesinde toplam örneklem büyüklüğü 183 olarak belirlenmiştir. Lise dönemindeki 14-19 yaşlar arasındaki adolesanlara 29 sorudan oluşan sosyodemografik durumlarıyla ilgili sorular soruldu. Ardından 20 sorudan oluşan Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği (YİBÖ) ve Kavikondala ve arkadaşları tarafından oluşturulan 5 soruluk Aile Uyum Ölçeği (AUÖ) uygulandı. Okul yıl sonu karne notu ortalamaları sözel olarak öğrenilerek okul başarıları ölçüldü.

İstatistiksel analiz için SPSS 24.0 sürümü kullanılmıştır. Ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerine yönelik spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Demografik değişkenlerle ölçeklerin karşılaştırılmasında mann-whitney testi ile kruskall-wallis testi uygulanarak anlamlılıklar değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan 14-19 yaş aralığındaki 183 lise öğrencisinin yaş ortalaması 16,3'tü ve çoğunluğu kızlardan (n=100; %54,6) oluşuyordu.

Katılımcıların AUÖ (Aile Uyum Ölçeği), YİBÖ (Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği) ve okul başarı puanları karşılaştırılmıştır.

AUÖ ve YİBÖ puanları kız ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemişken; okul başarısında kızların puanları anlamlı olarak yüksekti (p=0,029).

Katılımcıların %44,3'ünün (n=81) Anadolu Lisesinde, %8,7'sinin (n=16) Anadolu İmam Hatip Lisesinde, %4,9'unun (n=9) Fen Lisesinde, %39,9'unun (n=73) Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi, %2,2'sinin (n=4) diğer liselerde eğitim gördüğü saptanmıştır. AUÖ ve okul başarısı ile okul türü arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. YİBÖ toplam puanları fen lisesinde okuyan öğrencilerde daha yüksekti (KV=10,192 ;p=0,037).

Ebeveynlerin eğitim düzeyi incelendiğinde annelerin (n=132; %72,1) ve babaların (n=118; %64,5) çoğu lise altı mezunuydu. Anne eğitim düzeyi ile YİBÖ, AUÖ puanları ve okul not ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Baba eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda okul başarısı anlamlı derecede yüksek (Z=11,986, p=0,002) iken; lise ve altı olanlarda YİBÖ puanları anlamlı olarak yüksekti (KV=6,288, p=0,043).

Evinde sürekli kullanabileceği interneti olan katılımcı oranı %89,1'di (n=163). Katılımcıların %55,4'ü (n=163) cep telefonu, %32,0'si (n=94) evde dizüstü veya masaüstü bilgisayar, %6,1'i (n=18) okul, %4,4'ü (n=13) ise internet kafe, %2,0'inin (n=6) diğer yollar ile internete ulaşabildiğini belirtmiştir. Evde sürekli internet bağlantısı olup olmaması AUÖ, YİBÖ ve Okul not ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmamıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin %91,3'ü (n=167) akıllı telefona sahip olduğunu belirtmişlerdir. Akıllı telefon varlığı AUÖ ve okul başarı puanlarında anlamlı bir farklılık oluşturmazken; YİBÖ puanları akıllı telefonu olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,032).

Günlük akıllı telefonda internet kullanım süresine baktığımızda katılımcıların çoğunun (n=90; %49,2) kullanım süresi 1-3 saat arasındaydı. Günlük toplam bilgisayar kullanımında ise 1 saatten az kullananlar çoğunlukta idi (n=118; %64,5). Günlük akıllı telefonda internet kullanımında da bilgisayar kullanımında da kullanım süresi 3 saatten fazla olanlarda YİBÖ toplam puanları anlamlı olarak yüksekti. Günlük akıllı telefonda internet kullanımı 1 saatten az olanlarda AUÖ toplam puanları daha yüksekti. Ayrıntılar Tablo-1'de verilmiştir.

Tablo-1

			Ort.	N	KV	p	
Günlük Akıllı Telefonda İnternet Kullanım Süresi	Aile Uyum Ölçeği	1 saatten az	22,31	19	8.785	0,012	
	Toplam	1-3 saat	20,95	90			
		3 saatten fazla	19,74	74			
Süresi	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği	1 saatten az	17,26	19	47.199	<0,001	
		1-3 saat	25,50	90			
		3 saatten fazla	39,21	74			
	Okul Başarısı	1 saatten az	74,31	19	1.706	0,426	
		1-3 saat	71,11	90			
		3 saatten fazla	69,52	74			
Günlük Toplam Bilgisayar Kullanım Süresi	Aile Uyum Ölçeği	1 saatten az	20,66	118	340	0,844	
		Toplam	1-3 saat	20,82	35		
			3 saatten fazla	20,13	30		
	Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği	1 saatten az	28,00	118	14.806	0,001	
		1-3 saat	27,74	35			
		3 saatten fazla	41,63	30			
Okul Başarısı	1 saatten az	70,77	118	0.426	0,808		
	1-3 saat	71,48	35				
	3 saatten fazla	70,10	30				

Katılımcıların %5,5'inin (n=10) 1 yıldan az zamandır, %13,7'sinin (n=25) 1-2 yıldır, %31,7'sinin (n=58) 3-4 yıldır, %49,2'sinin (n=90) 5 yıldan fazla zamandır internet kullandıkları belirlenmiştir. İnternet kullanım geçmişi 5 yıldan fazla olan öğrencilerin YİBÖ toplam puanları anlamlı olarak yüksek saptanmışken (KV=23,392, p<0,001); AUÖ toplam puanı ve okul başarısıyla internet kullanım geçmişi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen toplam puanlar ve beyan edilen okul not ortalamaları arasındaki ilişkiler spearman korelasyon analizi ile karşılaştırılmış ve YİBÖ toplam puanları ile AUÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki saptanmışken (r=-0,217 p=0,003) okul not ortalamaları ile aile uyum (r=0,084 p=0,261) ve internet bağımlılığı ölçek puanları (r=-0,039 p=0,596) arasında bir ilişki tespit edilememiştir (Tablo-2).

Tablo-2

		1	2	3
1-Aile Uyum Ölçeği	r	1		
	p			
2-Young internet Bağımlılığı Ölçeği	r	-,217**	1	
	p	0,003		
3-Okul Başarısı	r	0,084	-0,039	1
	p	0,261	0,596	

TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların internet bağımlılık durumları incelendiğinde, %85,8'inin (n=157) normal internet kullanıcıları olduğu, %13,1'inin (n=24) muhtemel bağımlı ve %1,1'inin (n=2) 80 ve üzeri puan alan internet bağımlısı olduğunu belirledik. Problemleri internet kullanıcılarının yüzdesini muhtemel bağımlı ve bağımlı olarak değerlendirdiğimiz katılımcıların toplamını %14,2 (n=26) olarak saptadık.

2014 yılında ülkemizde 518 lise öğrencisi ile yapılan bir araştırmada gençlerin %20,1'inin risk grubunda olduğu, %3,3'ünün ise bağımlılık kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (3). Bu oran çalışmamıza göre daha yüksektir. Araştırmaların yapıldığı bölgelerin teknolojik altyapı farklılıkları, insanların teknolojiye ulaşım imkanları arasındaki farklılıklar ve çalışmaların metodolojik farklılıkları çalışmaların sonuçlarını da etkilemektedir.

Çalışmamızda internet bağımlılığı için cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bernardi ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde internet bağımlılığı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (4). Erkeklerin kızlara göre daha az toplumsal baskı görmesi, internet kafeleri daha rahat kullanabilmeleri, teknolojiye daha meraklı ve özellikle de internette veya bilgisayarda oyun oynamaya daha yatkın olmaları dolayısıyla internet bağımlılığı oranlarının yüksek olması öngörülmektedir. Ancak günümüzde akıllı telefonların/bilgisayarların yaygınlaşması; internetin daha kolay ulaşılabilir hale gelmesi ile birlikte internet kullanımında cinsiyet eşitliği sağlanmış olabilir.

2019 yılında yapılan bir çalışmada riskli internet kullanıcılarının % 57,1'inin günlük 3 saatten fazla internet kullandığı bulunmuştur (5). Çalışmamızda günlük akıllı telefon ve bilgisayar kullanım süreleri ayrı ayrı sorulmuş ve iki sorudan da günlük 3 saatten fazla akıllı telefon veya bilgisayar kullananların YİBÖ puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine 5 yıldan uzun süredir internet kullandığını belirtenlerin YİBÖ puanları da anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar bizlere günlük internet kullanım süresi uzunluğu ve internetle tanışma yaşı ne kadar erken ise problemleri internet kullanımının riskinin de o derece arttığını göstermektedir.

İnternet bağımlılığı ile aile uyumu ilişkisine göz attığımızda YİBÖ toplam puanları ile AUÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki saptadık. Literatürde bizim kullandığımız aile uyumu ölçeğini kullanarak internet bağımlılığı ile olan ilişkisini araştıran yayınlara rastlamadık. Aile uyumunu ölçen farklı ölçekler ile yapılan çalışmalarda ise internet bağımlılığı ile aile uyumu arasında bizim bulgumuzla örtüşen negatif ilişkiler bulunmuştur (6,7).

Çalışmamızda ayrıca akıllı telefonda internet kullanım süresi günlük 1 saatten az olanların AUÖ puanlarının diğer guruplardan daha yüksek olduğunu ve 3 saatten fazla internet

kullanımı olanlar ile aralarında anlamlı bir ilişki olduğunu saptadık (p=0,045). Mesch, & Talmud çalışmalarında adolesanlık döneminde internet ortamında geçirilen vaktin artması ile ailesine ayırdığı zamanının azaldığı ve bu sebeple de ailede çatışmalar olduğu gözlenmiştir (8).

Problemleri internet kullanıcıları ile normal internet kullanıcılarının okul başarılarında anlamlı bir fark saptayamadık. İzmir'de 2020 yılında yapılan bir çalışmada internet bağımlıları grubunda yer alan öğrenci grubunda akademik başarı yüksek olduğunu görmüştür. Bu durumu internet bağımlısı olanların sayısının az olması ile açıklamıştır (9). Bizim bulgularımıza göre de okul başarıları daha yüksek öğrencilerin okuduğu fen lisesinde YİBÖ puanlarının daha yüksek olması konunun çoklu sebeplerden etkilendiğini göstermektedir.

Çalışmamızda ayrıca okul başarı puanları kızlarda daha yüksek bulunmuştur (p=0,029). Literatürde de benzer sonuçlu çalışmalar görülmektedir (10).

SONUÇ

Katılımcıların %13,1'i müdahale edilmesi gereken muhtemel bağımlı, %1,1 ise tedavi alması gereken bağımlı olarak tespit ettik.

İnternet bağımlılığıyla cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Yine internet bağımlılığının okul başarısına anlamlı bir etkisi tespit edilmedi. İnternet bağımlılığı ile aile uyumu arasında ise istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki saptandı ve sonuçlar ilgili araştırmalar ile uyumlu oldu.

ÖNERİLER

İnternet bağımlılığı çalışmaları için; internetin kullanım nedenlerini ve sonuçlarını daha iyi irdeleyen, kişilerin hayatlarına olan etkilerini daha iyi ortaya koyan ölçekler geliştirmek gereklidir. Daha geniş ve daha kapsamlı araştırmalar sonucu oluşturulacak olan gerek ulusal gerek uluslararası tanı ölçekleri internet bağımlılığı tanısı ve değerlendirmesi için bizlere daha fazla yol gösterecektir.

KAYNAKLAR

1. ÖGEL K. İnternet bağımlılığı: İnternet'in Psikolojisini Anlamak Ve Bağımlılıkla Başa Çıkmak. 2012.
2. Young KS. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychology Behav.* 2007;10(5):671-9
3. Şahin N. Ergenlik problemleri ve baş etme yöntemleri ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki. *Sosyal Bilimler Enstitüsü*; 2014
4. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. *Compr Psychiatry.* 2009;50(6):510-6
5. Yılmaz Z. 18-25 yaş arası üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının depresyon ve yalnızlıkla ilişkilendirilmesi. Yayımlanmamış doktora tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Mal. 2019
6. Wang C-W, Chan CLW, Mak K-K, Ho S-Y, Wong PWC, Ho RTH. Prevalence and Correlates of Video and Internet Gaming Addiction among Hong Kong Adolescents: A Pilot Study. Harrington KF, editor. *Sci World J [Internet]*. 2014;2014:874648. Available from: <https://doi.org/10.1155/2014/874648>
7. Schneider LA, King DL, Delfabbro PH. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. *J Behav Addict.* 2017 Sep;6(3):321-330
8. Mesch GS, Talmud I. Online friendship formation, communication channels, and social closeness. *Int J Internet Sci.* 2006;1(1):29-44
9. MERTOĞLU M. ORTAOKUL VE LİSE ÖĞRENCİLERİNİN İNTERNET BAĞIMLILIĞI DÜZEYLERİ İLE AKADEMİK BAŞARILARI VE BAZI DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİLERİNİN İNCELENMESİ - İZMİR BAYRAKLI ÖRNEĞİ. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg [Internet]*. 2020 Jun 2 [cited 2020 Jul 16];20(2):932-44. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/doi/10.17240/aibuefd.2020..-566843>
10. ABAY AR, KELEŞOĞLU F. Okul Sosyal Hizmeti Perspektifinden Lise Öğrencilerinin Akademik Başarı Düzeylerinin Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Yalova Üniversitesi Sos Bilim Derg [Internet]*. 2016 Oct 1 [cited 2020 Jul 19];6(11):9-9.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Depresyon Semptomatoloji Durumlarının Değerlendirilmesi

Esra Yaşkıran¹, Kamile Marakoğlu²

1. SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, 42080 KONYA, Turkey E-mail:
e.gokkaya.41@gmail.com
2. Selcuk University Faculty of Medicine

Presentation on 25/03/2021 13:45 in "Oral presentations 6" by Esra Yaşkıran

Keywords / Anahtar Kelimeler: Depresyon; Sigara; Öğrenci;
Tıp Fakültesi

Aim:

Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanım sıklıkları ve depresyon semptomatoloji durumlarının değerlendirilmesi ve nikotin bağımlılığı ile depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Method:

Bir üniversitede öğrenim gören tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan 1064 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilen kesitsel tipte bir çalışmadır. Öğrencilere sosyodemografik özelliklerini de içeren 47 soruluk anket yapıldı. Sigara içenlerin ve bırakanların bırakmada aşamalı değişim süreci yönünden tasnifi için Prochaska ve arkadaşlarının önerdiği soru takımının Türkçe uyarlaması kullanıldı. Sigara kullanan öğrencilerin bağımlılık düzeylerini değerlendirmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), depresyon semptomatolojilerini değerlendirmek için 21 soruluk Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanıldı.

Results:

Öğrencilerin %56,8'i (n=604) kadın, %43,2'si (n=460) erkekti ve yaş ortalamaları 22,15±2,1 idi. Öğrencilerin %13,1'i (n=140) her gün sigara içmekte, %8,3'ü (n=88) ara sıra sigara içmekteydi. Öğrencilerin %72,2'si (n=768) hiç sigara içmemişken, %6,4'ü (n=68) sigarayı bırakmıştı. Sigara içen toplam %21,4 (n=228) öğrencinin sigara içme süresi ortalama 4,3±3,1 yıl olarak hesaplandı. Ortalama sigaraya başlama yaşı 17,2±3,1 idi. Erkek öğrencilerde sigara içme sıklığı kız öğrencilere göre daha fazlaydı (p<0,001). En yüksek sıklık %24,4 (n=41) ile beşinci sınıf öğrencilerinde tespit edildi. Babası veya kardeşi sigara içen öğrencilerde sigara içme sıklığı anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla p=0,002 ve p<0,001). Öğrencilerin sigara bırakma istekleri Transteorik Modele göre değerlendirildiğinde %34,2'sinin (n=78) 'hazırlık aşamasında' olduğu görüldü. Bekar öğrencilerde evlilere göre depresyon sıklığı yüksek bulundu (p=0,048). Altıncı sınıf öğrencilerinde depresyon semptomatolojisi sıklığı anlamlı düzeyde düşük bulundu (p<0,001). Günlük sigara tüketim miktarı arttıkça depresyon semptomatoloji sıklığı artmaktaydı (p<0,001). Sigara içen öğrencilerde içmeyenlere göre depresyon semptomatolojisi sıklığı anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu (p<0,001). Öğrencilerin sigara içmesi depresyon semptomu gösterme riskini 2 kat arttırmaktaydı.

Conclusions:

Çalışmamızda sigara içen öğrencilerde depresif semptom gösterme sıklığının, sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca günlük içilen sigara miktarı arttıkça

Oral Presentation / Research

Seroconversion Rates of Inactive COVID-19 Vaccine CoronaVac in Healthcare Workers

Erdinç Yavuz¹, Özgür Günel², Eşe Başbulut², Ahmet Şen²

1. Samsun Training and Research Hospital, 55100 Samsun, Turkey E-mail: erdincyavuz@gmail.com

2. Samsun Research and Training Hospital

Presentation on 25/03/2021 13:45 in "Oral presentations 6" by Erdinç Yavuz

Keywords / Anahtar Kelimeler: COVID-19, seroconversion, healthcare worker

Aim:

The effectiveness of Sinovac's Coronavac vaccine to induce humoral immunity was evaluated with a study conducted at Samsun Training and Research Hospital.

Method:

The participants were divided into two groups as those who had COVID-19 confirmed with a positive RT-PCR test and those who did not have a history of COVID 19 or previous antibody positivity. Serum Ig G antibody titers against SARS-Cov-2 virus spike protein's "Receptor Binding Domain (RBD)" were investigated in blood samples taken 14 and 28 days after the first dose of vaccine.

Results:

The first group consisted of 90 HCWs (42 male; and 48 women) who did not have a history of COVID-19 and SARS-CoV-2 antibody positivity before. Mean age in this group was calculated as 41.3±8.34 years (Min: 26, Max: 62 years). 14 days after the first dose of vaccine, 32 (35.5%) of the participants were found to have a positive antibody titer. This number increased to 59 (65.5%) and antibody titers increased in 84 (93.3%) participants at day 28. Mean antibody titers were 94.5 AU/ml at day 14 and 145.5 AU/ml at day 28. There were 12 men and 17 women in the second group of 29 HCWs, who were shown to be tested positive for COVID-19 in the last four months. Mean age was calculated as 41.4±8.14 years (Min: 26 max: 66 years). 14 days after the first dose of vaccine, 25 (86.2%) of the participants were found to have a positive antibody titer. 28 days after the first dose of vaccine this number increased to 27 (93.1%). An increase in antibody titers was shown in 18 HCWs (62%). Mean antibody titers were 1382.7 AU/ml on day 14 and 1441.3 AU/ml on day 28.

Conclusions:

These results have shown that even with a single dose, CoronaVac induced humoral immunity in majority of the participants.

Full Text

Background

Vaccines are considered the most promising intervention to end the pandemic by promoting "herd immunity" and protect lives. (1) Turkey has started a mass vaccination program in mid-January with Sinovac's inactive virus vaccine CoronaVac. The first recipients of the vaccine were health care workers (HCWs) as recommended by World Health Organization (WHO). Apart

from two phase 1/2 studies published there is no data regarding immunogenicity or seroconversion rates of this vaccine. 2,3) We aimed to analyze seroconversion rates in COVID-19-naïve and COVID-19 experienced HCWs after two doses of CoronaVac with a 28-day interval vaccination scheme in a real-life setting.

Methods

The participants who volunteered were recruited after an internal announcement. Two groups were created: Group A consisted of 90 subjects with no prior COVID-19 experience. Group B consisted of 38 HCWs who had RT-PCR confirmed COVID-19 in the last three months. Demographic characteristics, body mass index, underlying conditions, regular use of Vitamin D were noted. The time between PCR positivity and the first dose of the vaccine and, the severity of the disease were also recorded for the COVID-19 experienced group. Abbott's SARS-CoV-2 IgG II quantitative testing was performed on the "Abbott Alinity i" platform following the manufacturer's package insert. Venous blood samples of participants in both groups were collected for SARS-CoV-2 IgG S Protein analysis at 14 and 28 days after the first and 14 days after the second CoronaVac/Sinovac dose. Antibody levels of 50 AU/mL and above in this test are considered positive.

Results

Seroconversion rates in the COVID-19-naïve group at each analysis were 33%, 64.3%, and 100%, respectively. In this group, median IgG SP titers were measured as 29.1 AU/ml, 71.3 AU/ml, and 1257.7 AU/ml, respectively. Both increases between tests were statistically significant. Seroconversion rates in the COVID-19-experienced group at each analysis were 86.4%, 91.8%, and 100%, respectively. In this group, median IgG SP titers were measured as 1075.2 AU/ml, 1177.8 AU/ml, and 1409.6 AU/ml, respectively. The increase in antibody titer after the second vaccine was statistically significant. We found no correlations between demographic characteristics, body mass index, underlying conditions, regular use of Vitamin D, the time between PCR positivity and the first dose of the vaccine and, the severity of the disease with Ig G SP titers.

Discussion:

Our results in HCWs with no prior history of COVID-19 clearly demonstrated the high seroconversion rate of CoronaVac after 14 days following the second dose. All participants were seroconverted. This seroconversion rate of 100% was higher than two previous phase 1/2 studies of CoronaVac that reported seroconversion rates of 92% and 98%, respectively. (2,3) It was shown that seropositivity of S protein-specific IgG titers was 100% 3 weeks after the symptom onset in COVID-19 infected patients. (4) So it can be suggested from our results that after two doses of CoronaVac and two weeks after the second dose (booster dose) seroconversion rates were similar with the natural infection after three weeks. IgG SP titers of HCWs in Group A and Group B did not differ after 14 days following the second dose of CoronaVac suggesting that COVID-19 naïve patients may have similar antibody levels compared with patients recovered from COVID-19 in an average of the last 60 days. This may be explained by the reported waning of the antibodies acquired from natural immunity. (5) We believe that our results also shed some light on the debate over the 28-day interval used in the mass vaccination program in Turkey despite the 14-day interval used in phase 3 studies. The higher seroconversion rate and higher

antibody titers after 28 days from priming dose may have contributed to the substantial increase in both seroconversion rate and antibody titers after the second booster dose. The results of the phase 3 study in Chili where two different vaccination schemes with the intervals of 14 and 28 days are being compared will address this issue.

Conclusions

Our results demonstrated a high seroconversion rate of Sinovac's CoronaVac with a 28-day interval two-dose scheme. IgG SP titers in COVID naive group were similar to those of patients who recovered from COVID-19 and were vaccinated. Vaccination with two doses of CoronaVac increased seroconversion rates and IgG SP titers in previously infected HCWs.

References:

1. Anderson RM, Vegvari C, Truscott J, Collyer BS. Challenges in creating herd immunity to SARS-CoV-2 infection by mass vaccination. *Lancet*. 2020 Nov 21;396(10263):1614-1616.
2. Xia S, Zhang Y, Wang Y, Wang H, Yang Y, Gao GF, et al. Safety and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine, BBIBP-CorV: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 trial. *Lancet Infect Dis*. 2021 Jan;21(1):39-51.
3. Wu Z, Hu Y, Xu M, Chen Z, Yang W, Jiang Z, et al. Safety, tolerability, and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine (CoronaVac) in healthy adults aged 60 years and older: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 clinical trial. *Lancet Infect Dis*. 2021 Feb 3:S1473-3099(20)30987-7.
4. Sun B, Feng Y, Mo X, Zheng P, Wang Q, Li P, et al. Kinetics of SARS-CoV-2 specific IgM and IgG responses in COVID-19 patients. *Emerg Microbes Infect*. 2020 Dec;9(1):940-948.
5. Self WH, Tenforde MW, Stubblefield WB, Feldstein LR, Steingrub JS, Shapiro NI, et al. Decline in SARS-CoV-2 Antibodies After Mild Infection Among Frontline Health Care Personnel in a Multistate Hospital Network - 12 States, April-August 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Nov 27;69(47):1762-1766.

Oral Presentation / Research

50 Yaş ve Üzeri İskemik İnme Hastalarında Etiyoloji

Ezgi Kula

EDİRNE SULTAN 1. MURAT DEVLET HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ,
22100 edirne, Turkey E-mail: ezgi_demirkol@hotmail.com

Presentation on 25/03/2021 14:50 in "Oral presentations 7" by Ezgi Kula

Keywords / Anahtar Kelimeler: İskemik inme, hipertansiyon, ateroskleroz**Aim:**

İskemik inme, beyine giden kan akımının aniden azalması veya durmasıyla beyin fonksiyonlarının kaybına ve bunun sonucunda da geçici ya da kalıcı nörolojik hasara neden olabilir. Serebrovasküler olaylar dünyada önemli bir ölüm ve sakatlık nedeni olup önlenabilir hastalıklardır. Bu çalışmada 50 yaş ve üzerindeki hastalarda iskemik inme etiolojisini belirlemeyi amaçladık.

Method:

Çalışmaya Kasım 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi nöroloji servisinde yatırılarak takip edilen 50 yaş ve üzerindeki toplam 143 hasta dahil edildi. Tüm hastaların etiyojiye yönelik radyolojik, kardiyolojik ve laboratuvar tetkikleri retrospektif olarak tarandı. Tanımlayıcı veriler yüzde (sayı), ortalama, minimum ve maksimum değerler olarak verildi.

Results:

Yapılan retrospektif tarama sonucunda 62 (%43.4) kadın, 81 (%56.6) erkek olmak üzere toplam 143 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 69.5 (min.50, max. 92) idi. Hastaların 85'inde (%59.4) hipertansiyon (HT), 38'inde (%26.5) diyabetes mellitus (DM), 30'unda (%20.9) hiperlipidemi (HL) saptanmış olup 30 (%20.9) hastada da sigara kullanımı mevcuttu. Hastaların 15'inde (%10.4) karotis arter stenozu, 32'sinde (%22.3) kardiyembolik nedenler saptandı. Onbir (%7.7) hastada etiyojik neden bulunamadı. Covid-19 hastalığı olan 3 hastada iskemik inme görüldü. Yirmi (%14) hastada tekrarlayan iskemik inme saptandı.

Conclusions:

İskemik inme etiolojisinde en sık görülen trombotik nedenler arasında karotis arter stenozu ve küçük damar hastalığı, embolik nedenler arasında da kardiyembolik nedenler yer alır. Aterosklerotik risk faktörleri içerisinde ise en sık HT, HL, DM ve sigara kullanımı yer almaktadır. Bu çalışmada özellikle HT başta olmak üzere hastalarımızın önemli bir kısmında aterosklerotik risk faktörleri saptanmıştır. İskemik inme dünyada ve ülkemizde önemli mortalite ve morbidite nedeni olup bu hastalığın risk faktörlerini bilmek, bu risk faktörlerini ise gerek hastaların yaşam tarzlarının değiştirilmesi, gerekse medikal tedavilerle kontrol altına almak inmenin önlenmesinde hayati öneme sahiptir.

Full Text

İskemik inme beyine giden kan akımının azalması veya durmasına bağlı, ani olarak gelişen, 24 saatten uzun süren fokal ya da jeneralize nörolojik hasar olarak tanımlanır.⁽¹⁾ İnme, dünyada ikinci en sık ölüm nedeni iken sakatlık ve iş gücü kaybının en sık nedenidir.

İskemik inme etiolojisi TOAST(Trial of ORG 10172 in Acute Stroke) sınıflaması ile 5 gruba ayrılmıştır.⁽²⁾ Bu sınıflandırmaya göre etiolojinin subtiplerini, büyük damar aterosklerozu, küçük damar hastalığı, kardiyembolizm, nadir görülen etiyojiler (diseksiyon, fibromusküler displazi, ilaca bağlı vs) ve etiolojisi saptanamayanlar oluşturmaktadır.

İskemik inme insidansında artışa neden olan risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörü olarak iki gruba ayrılmıştır.(tablo 1)⁽³⁾

Tablo 1: İnmede risk faktörleri**1.Değiştirilemeyen risk faktörleri**

- Yaş
- Cinsiyet
- ırk
- Aile öyküsü/genetik(CADASIL, ACE gen polimorfizmi,trombofilii)

2.Değiştirilebilen risk faktörleri**a.Kesinleşmiş faktörler**

- Hipertansiyon. (HT)
- Sigara
- Diyabetes mellitus (DM)
- Kardiyovasküler hastalıklar
- Asemptomatik karotis stenozu
- Atrial fibrilasyon (AF)
- Dislipidemi
- Obezite
- Diyet ve beslenme alışkanlığı
- Fiziksel inaktivite
- Postmenopozal hormonal tedavi

b.Kesinleşmemiş faktörler

- Metabolik sendrom
- Alkol kullanımı
- Hiperhomosisteinemi
- Hiperkoagülabilité
- Oral kontraseptif kullanımı
- Enfeksiyon
- Migren
- Uykuda solunum bozukluğu

İskemik inmede risk faktörlerinin kontrolü inmenin önlenmesi açısından büyük önem arz etmektedir. Bu çalışmada 50 yaş

üzerindeki iskemik inme hastalarında etyolojiyi saptamak ve risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Materyal ve Metot

Çalışmaya Kasım 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi nöroloji servisinde yatırılarak takip edilen 50 yaş ve üzerindeki toplam 143 hasta dahil edildi.

Tüm hastaların etyolojiye yönelik radyolojik, kardiyolojik ve laboratuvar tetkikleri retrospektif olarak tarandı. Tanımlayıcı veriler yüzde (sayı), ortalama, minimum ve maksimum değerler olarak verildi.

Bulgular

Yapılan retrospektif tarama sonucunda 62 (%43.4) kadın, 81 (%56.6) erkek olmak üzere toplam 143 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 69.5 (min.50, max. 92) idi. Hastaların 85'inde (%59.4) hipertansiyon (HT), 38'inde (%26.5) diyabetes mellitus (DM), 30'unda (%20.9) hiperlipidemi (HL) saptanmış olup 30 (%20.9) hastada da sigara kullanımı mevcuttu. Hastaların 15'inde (%10.4) karotis arter stenozu, 32'sinde (%22.3) kardiyembolik nedenler saptandı. Onbir (%7.7) hastada etyolojik neden bulunamadı. Covid-19 hastalığı olan 3 hastada iskemik inme görüldü. Yirmi (%14) hastada tekrarlayan iskemik inme saptandı.

Tartışma

İskemik inmede intravenöz trombolitik/mekanik trombektomi gibi akut tedaviler ile birlikte mortalite ve morbitide oranı düşse de, inme halen ülkemizde majör bir sağlık problemidir. İnme yönetimde hala en etkili yöntem ise birincil korunmadır.⁽⁴⁾ Yapılan çok merkezli çalışmalar, koruyucu yöntemler ve risk faktörlerinin kontrolü ile inme insidansında belirgin azalma sağlanacağını ortaya koymuştur.⁽⁵⁾

İskemik inmenin etyolojik nedenlerinin araştırıldığı çalışmaların sonuçları farklılık göstermekte olup, bazı çalışmalar kardiyembolik nedenleri yüksek oranda saptarken bazı çalışmalar en sık nedeni etyoloji saptanamayan grup olarak belirlemiştir.⁽⁶⁾ Bizim çalışmamızda en sık etyolojik nedeni kardiyembolik grup oluşturmuştur.

İnmede değiştirilemeyen risk faktörlerine sahip hastalar en yüksek riske sahip olmakla beraber değiştirilebilir risk faktörlerinden korunma ve bu faktörlerin tedavisinden fayda görmektedirler. Yaş ilerledikçe inme insidansı belirgin olarak artar hatta 55 yaş üzerinde her 10 yılda bir inme riski 2 katına çıkar⁽⁷⁾ Kadınlarda 55-65 yaş arasında inme insidansı erkeklerden daha düşüktür, 85 yaş üzerinde bu oran benzerdir. Aile öyküsü iskemik inme patogeneğinde önemli role sahiptir. Birinci derece akrabalarda inme öyküsünün varlığı inme riskini arttırır. Monozigot ikizlerde inme riski dizigot ikizlere göre daha yüksektir.⁽⁸⁾

Yapılan birçok çalışma hipertansiyonun tüm inme tiplerinde en önemli risk faktörü olduğunu göstermektedir.⁽⁹⁾ Bizim çalışmamızda en yüksek risk faktörü olarak HT saptanmıştır. Kan basıncı ne kadar yüksekse, inme riski de o kadar artmaktadır.⁽¹⁰⁾ Kan basıncının kontrol altına alınması, inme riskinden korunmanın yanında konjesif kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği gibi diğer hedef organların zarar görmesini de önlemektedir.⁽¹¹⁾ Tüm antihipertansif tedavilerin inme insidansını %35-44 oranında azalttığı saptanmıştır. Tedavi rehberlerinde

kan basıncının <140/90 mmHg olmasını vurgulanmakla birlikte DM gibi diğer risk faktörü de olan hastalarda daha aşağı çekilmesi gerektiği de belirtilmektedir.⁽¹²⁾

Sigara iskemik inme için önemli bir risk faktörü olup, riski 2 kat artırmaktadır. HT,DM gibi risk faktörleri ile birlikte sigara, riski katlanarak artırmaktadır. Sigarayı bırakanlarda inme riski 5-10 yıl sonra kullanmayanlarla aynı seviyeye inmektedir.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar iskemik inmede DM'nin bağımsız bir etkisinin olduğunu ve rölatif riski 1.8 ile 6 kat arasında artırdığını ortaya koymaktadır.⁽¹⁴⁾ Ayrıca diyabetik hastalarda iskemik inme de mortalite 1.8 kat daha fazla olmaktadır.

Semptomatik ve asemptomatik kardiyak hastalıkların serebrovasküler hastalıklarla güçlü bir ilişkisi vardır. Miyokard infarktüsü AF gelişmesi açısından risk oluşturmakta ve kardiyojenik emboli kaynağı olabilmektedir. Atrial fibrilasyonu (AF) olan hastalarda diğer risk faktörleri düzeltildikten sonra bile inme riski 3-4 kat artmaktadır.⁽¹⁵⁾ Yaş ilerledikçe AF prevekansı belirgin olarak artmaktadır. Yaş ve ilişkili vasküler hastalıklar birlikte değerlendirildiğinde AF hastalarında, inme riski 20 kat artmaktadır.

Epidemiyolojik çalışmaların birçoğu, yüksek kolesterol seviyesinin iskemik inme ile ilişkili olduğunu bulmuştur. HDL kolesterol düşüklüğünün, koroner kalp hastalığı ve inmeyle ilişkili olduğu, yüksek HDL kolesterolün iskemik inme riskini azalttığı gösterilmiştir. Her 10 mg/dl HDL artışı ile inme riski %11-15 oranında azalmaktadır.⁽¹⁶⁾ Trigliserit seviyesindeki yükseklik metabolik sendromun bir parçasıdır, özellikle düşük HDL değerleri ile birlikte inme riskini artırmaktadır.

Kilo ve obezite vücut kitle indeksine (BMI) göre tanımlanmaktadır. BMI>30 olanlar obez olarak sınıflandırılmaktadır. Son dönemlerde özellikle abdominal obezite kavramı önem kazanmakta olup, geniş çapta yapılmış araştırmalar özellikle abdominal yağ birikimi ile birlikte olan santral obezitenin ateroskleroz ve inme ile daha yakın ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.

Post menopozal hormon kullanımı ve oral kontraseptif kullanımı hiperkoagülopatiyi artırarak inme riskini yükseltmektedir. Özellikle 35 yaş üzeri sigara kullanımı olan, HT, DM ve aile hikayesi olan kadın hastalar yüksek riske sahiptir.

Tekrarlayan inmenin mortalite ve morbiditesi daha yüksek seyretmektedir. Yapılan çalışmalarda tekrarlayan inmenin, ilk inme ile sıklıkla aynı etyolojik nedenden kaynaklandığını ve yetersiz risk faktörü kontrolüne bağlı olduğu saptanmıştır.⁽¹⁷⁾

SONUÇ

İskemik inme tüm dünyada yüksek mortalite ve morbiteye sahip majör bir sağlık problemidir. Sağlık harcamalarında da önemli bir yere sahip iskemik inme önlenilebilir bir hastalıktır. Bireylerin uygun takipleri, risk faktörleri açısından taranması ve saptanan risk faktörlerinin kontrolü ile inme ve inmeye bağlı özürülük oranları belirgin olarak azaltılabilir. Bu bağlamda aile hekimlerinin inmeyi önlemede koruyucu hekimlik rolü çok önemlidir.

Kaynaklar

1. WHO MONICA Project Principal Investigators, The World Health Organisation MONICA Project (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular

- Diseases): A major collaboration. *J Clin Epidemiol* 1988;41:105-14.
2. Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke* 1993;24:35-41.
 3. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, et al. Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke* 2006; 37: 1583-1633.
 4. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics—2004 Update. Dallas, Tex: American Heart Association; 2003.
 5. U Utku, Y. Çelik. İnmede etyolojik sınıflandırma ve risk faktörleri. *Serebrovasküler hastalıklar Ed: Sevin Balkan. Güneş Tıp Kitapevleri* 2009; p:51-62.
 6. Sacco RL, Toni D, Mohr JP. Classification of ischemic stroke. In: Barnett HJ, Mohr JP, Stein BM, Yatsu FM, editors. *Stroke*. 3th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1998. p. 340-54.
 7. Brown RD, Whisnant JP, Sicks JD, et al. Stroke incidence, prevalence, and survival: secular trends in Rochester, Minnesota, through 1989. *Stroke*. 1996; 27: 373-380.
 8. Brass LM, Isaacsohn JL, Merikangas KR, Robinette CD. A study of twins and stroke. *Stroke*. 1992; 23: 221-223.
 9. Demirci S, Yalçın BZ, Bakaç G, Dayan C, Aysal F, Baybaş S. İnmelerde tekrarlayıcılığı etkileyen risk faktörleri. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nöroloji Bilimleri Dergisi* 2010;23:38-43.
 10. Bornstein N.M, Aronovich BD, Karepov VG et al. The Tel Aviv stroke registry. *Stroke* 1996;27:1770-3.
 11. Primer: The Essentials of High Blood Pressure. Baltimore, Md: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999:239.
 12. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002; 287: 1003-1010.
 13. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Chaturvedi S, Creager MA. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42:517-84.
 14. US Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1996.
 15. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. *Stroke*. 1991; 22: 983-988.
 16. Amarencu P, Labreuche J. Lipid management in the prevention of stroke: review and updated meta-analysis of statins for stroke prevention. *Lancet Neurol* 2009;8:453- 63.
 17. Ringelstein EB, Nabavi D. Long-term prevention of ischemic stroke and stroke recurrence. *Thrombosis Research* 2000; 98:83-96.

Oral Presentation / Research**Baş Ağrısı Şikayetiyle Başvuran Hastalarda Bilgisayarlı Tomografi İle Saptanan Organik Patoloji Sıklığı**

Osman Kula, Aykut Alkan

Trakya University School of Medicine Department of Radiology, 22030 Edirne, Turkey E-mail: drosmankula@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 14:50 in "Oral presentations 7" by Osman Kula

Keywords / Anahtar Kelimeler: Primer baş ağrısı, Bilgisayarlı Tomografi, sekonder baş ağrısı**Aim:**

Baş ağrısı toplumda yaygın olarak görülen yakınma olup aile hekimliği birimlerine sık başvuru nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Baş ağrılarının büyük çoğunluğunu primer baş ağrıları olup genellikle alta yatan bir etyolojik neden saptanmamakla birlikte özellikle 55-60 yaşından sonra organik patoloji saptanma sıklığı artmaktadır. Bu çalışmada baş ağrısı nedeniyle beyin Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekimi yapılan hastalardaki organik patolojilerin oranını araştırmayı hedefledik.

Method:

Çalışmada Ocak 2018- Aralık 2020 tarihleri arasında baş ağrısı nedeni ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalında beyin BT ile tetkik edilen 18 yaş ve üzerinde olan hastalar retrospektif olarak tarandı. Çalışmaya bilinen beyin patolojisi olmayan toplam 198 hasta dahil edildi.

Results:

Yapılan retrospektif tarama sonucunda çalışmaya dahil edilen 198 hastanın 108'i (%55) kadın; 90'ı (%45) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 53 olarak bulundu. Hastalardan 117'sinin (%59) beyin BT tetkikinde patoloji saptanmadı. Otuzaltı hastada (%18) insidental olarak yaş ile uyumlu atrofik değişiklikler; 23'ünde (%11,6) kronik iskemik gliotik değişiklikler saptandı. Baş ağrısında organik etyoloji açısından anlamlı olabilecek bulgusu olan 29 (%14.6) hasta saptanmıştır. Bu 29 hastanın 13'ünde (%52) akut sinüzit, 9'unda yer kaplayıcı lezyon (%36); 6'sında (%24) kronik sinüzit, 1'inde (%4) mastoidit bulguları saptanmıştır. Yer kaplayıcı lezyon saptanan hastaların yaş ortalaması 57,8 akut-kronik sinüzit ile mastoidit gibi inflamatuvar patoloji izlenen hastaların yaş ortalaması 63,5 idi.

Conclusions:

Baş ağrısı en sık görülen nörolojik semptomdur. Baş ağrılarının yüzde 90'ından fazlasını alta yatan organik neden gösterilemeyen primer tip ağrılar (migren, gerilim tipi ağrı, küme baş ağrısı vb.) oluşturmaktadır. Baş ağrılarının geri kalan kısmını ise sekonder baş ağrıları oluşturmaktadır. Baş ağrısı ile başvuran olguların büyük çoğunluğunda ağrıyı açıklayacak organik bir patoloji saptanmamakla birlikte 55-60 yaşından sonra organik patoloji görülme ihtimali artmaktadır. 55 yaş üzeri hastalarda görüntüleme yöntemlerine başvurulmasının erken tanı ve tedavi yönetimi açısından yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Full Text**Amaç:**

Baş ağrısı toplumda yaygın olarak görülen bir yakınma olup

birinci basamakta aile hekimliği birimlerine sık başvuru nedenlerinden birini oluşturmaktadır. Baş ağrılarının büyük çoğunluğunu primer baş ağrıları oluşturup genellikle alta yatan bir etyolojik neden saptanmamakla birlikte özellikle 55-60 yaşından sonra organik patoloji saptanma sıklığı artmaktadır(1). Alta yatan organik nedenin saptanması tedavi yönetimi açısından önem kazanmaktadır. Bu çalışmamızda 18 yaş ve üzerinde olup baş ağrısı olan, beyin bilgisayarlı tomografi (BT) çekimi yapılan hastalardaki BT'deki organik patolojilerin nedenlerini ve oranlarını araştırmayı hedefledik.

Gereç-Yöntem:

Çalışmada Ocak 2018- Aralık 2020 tarihleri arasında baş ağrısı nedeni ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalında beyin BT ile tetkik edilen 18 yaş ve üzerinde olan hastalar retrospektif olarak tarandı. Çalışmada tetkik edilen 218 hastadan 22'sinde önceden bilinen geçirilmiş enfarkt öyküsü olması nedeniyle bu hastalar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya bilinen beyin patolojisi olmayan toplam 198 hasta dahil edildi.

Tüm hastaların kontrastsız beyin BT'leri 4 yıllık profesyonel tecrübesi olan radyoloji hekimi tarafından değerlendirildi.

Bulgular:

Yapılan retrospektif tarama sonucunda çalışmaya dahil edilen 198 hastanın 108'i (%55) kadın; 90'ı (%45) erkek idi. Hastaların yaş minimum 20; maksimum 91 olarak saptanmış olup yaş ortalaması 53 olarak bulundu. Hastalardan 117'sinin (%59) tetkiki tamamıyla normal olarak değerlendirildi. Hastalarda insidental olarak 36'sında(%18) yaş ile uyumlu atrofik değişiklikler; 23'ünde (%11.6) kronik iskemik gliotik değişiklikler saptanmış olup bu değişiklikler baş ağrısı etyolojisi lehine değerlendirilmedi. Baş ağrısında organik etyoloji açısından anlamlı olabilecek bulgusu olan 29 (%14.6) hasta saptanmıştır. Bu 29 hastanın 13'ünde (%52) akut sinüzit; 9'unda yer kaplayıcı lezyon (%36); 6'sında (%24) kronik sinüzit, 1'inde (%4) mastoidit bulguları saptanmıştır. Yer kaplayıcı saptanan hastaların yaş ortalaması 57.8; akut-kronik sinüzit ile mastoidit gibi inflamatuvar patoloji izlenen hastaların yaş ortalaması 63.5 olarak saptandı. 9 yer kaplayıcı lezyonun 3'ü(%33) nonspesifik özellikle kitlesel lezyon; 1'i (%11) menenjiom; 1'i (%11) karvernom; 4'ü (%44) araknoid kist idi.

Tartışma- Sonuç:

Baş ağrısı en sık görülen nörolojik semptomdur. Dünya nüfusunun yarısı yaşamının herhangi bir bu durumdan etkilenebilmektedir (2). Baş ağrısı prevalansı 40 yaş civarında pik yapar ve sonrasında görülme sıklığı azalmaktadır.

Baş ağrılarının yüzde 90'dan fazlasını alta yatan organik neden gösterilemeyen primer tip ağrılar (migren, gerilim tipi ağrı, küme baş ağrısı) oluşturmaktadır. Baş ağrılarının geri kalan kısmını ise sekonder baş ağrıları oluşturmaktadır. Bunlar baş boyun travması, baş boyun vasküler problemleri, vasküler olmayan intrakranial patolojiler, komşu organlardaki bozukluklarla ilgili olan baş ve yüz ağrıları (boyun, kulak, diş ve sinüsler vb.) olarak tanımlanabilir (2). Nörologlara dünya çapındaki baş ağrılarının %18'ini sekonder ağrılar oluşturmaktadır (3). Bizim çalışmamız da literatür ile benzer olarak sekonder ağrı sıklığı %14,6 saptandı.

Yaşlı bireylerde (65 yaş üstü) en sık sekonder baş ağrısı nedenleri dev hücreli arterit, santral sinir sistemi tümörleri,

iskemik ve hemorajik inmeler, subdural hematomlar ve ilaç kullanımına sekonder yan etkiler olarak karşımıza çıkmaktadır (3). Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak 65 yaş üstü hastalarda yer kaplayıcı lezyonların daha sık görüldüğü saptandı. Ancak çalışmamızda Acil Radyoloji Birimi'ne başvuran hastalar çalışmaya alınmadığından, daha çok acil birimde karşımıza çıkabilen iskemik ve hemorajik inmeler etyolojik neden olarak saptanmadı. Bunun dışında çalışmamızda akut ve kronik sinüzit ile mastoidit gibi inflamatuvar patolojileri olan hastaların da baş ağrısı şikayeti ile polikliniklere başvurabileceği görüldü.

Baş ağrısı ile başvuran olguların büyük çoğunluğunda ağrıyı açıklayacak organik bir etyoloji saptanmamakla birlikte özellikle 55-60 yaşından sonra organik patoloji görülme ihtimali artmaktadır. Bizim olgularımızda da literatür ile uyumlu olarak 55 yaşından sonra organik patolojilerin daha sık görüldü.

Yeni başlangıçlı baş ağrıları veya baş ağrısı paterninde ani bir değişiklik organik patoloji açısından şüphe taşımaktadır (1). Özellikle 55 yaş üzeri hastalarda görüntüleme yöntemlerine başvurulmasının erken tanı ve tedavi yönetimi açısından yararlı olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Primer baş ağrısı, Bilgisayarlı Tomografi, sekonder baş ağrısı

Kaynaklar:

1. Tanganelli P. Secondary headaches in the elderly. *Neurol Sci.* 2010 Jun;31 Suppl 1:S73-6. doi: 10.1007/s10072-010-0277-6. PMID: 20464588.
2. Hainer BL, Matheson EM. Approach to acute headache in adults. *Am Fam Physician.* 2013 May 15;87(10):682-7. PMID: 23939446.
3. Do TP, Remmers A, Schytz HW, Schankin C, Nelson SE, Obermann M, Hansen JM, Sinclair AJ, Gantenbein AR, Schoonman GG. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. *Neurology.* 2019 Jan 15;92(3):134-144. doi: 10.1212/WNL.0000000000006697. Epub 2018 Dec 26. PMID: 30587518; PMCID: PMC6340385.
4. Sharma TL. Common Primary and Secondary Causes of Headache in the Elderly. *Headache.* 2018 Mar;58(3):479-484. doi: 10.1111/head.13252. Epub 2018 Jan 11. PMID: 29322494.

Oral Presentation / Research

Birinci Basamağa Başvuran Ebeveynlerde, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)'ye Yönelik Bilgi ve Farkındalık Durumlarının Araştırılması

Vahit Güneç, Memet Taşkin Egici

University of Health Sciences Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, 34862 İstanbul, Turkey E-mail: dr.vahitgnc@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 14:50 in "Oral presentations 7" by Vahit Güneç

Keywords / Anahtar Kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Bilgi Düzeyi, Farkındalık, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti

Aim:

Otizm Spektrum Bozukluğu(OSB), genel belirtileri yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan, yaşam boyu devam eden; etkileşim ve iletişim alanında belirgin gecikme, sapma ve kısıtlayıcı ilgi alanları ile kendini gösteren karmaşık gelişimsel bir bozukluktur. OSB prevalansı artış göstermektedir. Bu çalışmada, ebeveynlerde otizm hakkında bilgi düzeyi ve farkındalık durumunu inceleyerek otizmliler çocukların erken tanınması ve tedaviye erken başlamasına katkı sunmayı amaçladık.

Method:

Çalışma, Ekim-Aralık 2020 tarihlerinde Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ebeveynlerde yapılmış olup tanımlayıcı, kesitsel bir araştırmadır. Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kayıtlı ebeveynlerden anketi eksiksiz dolduran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 359 katılımcının verileri değerlendirmeye alındı. Sosyodemografik bilgileri içeren Katılımcı Bilgi Formu ile literatürden yararlanılarak hazırlanan ve iç tutarlılık analizi yapılmış (Cronbach's Alpha;0.769) Ebeveynlerin Otizm Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi Formu uygulandı. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS 21 kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Results:

Katılımcıların %74,4'ü (n=267) kadın, %25,6'sı (n=92) erkek olup % 98,9'u (n=355) OSB'yi duyduğunu ve % 67,7'si (n=243) OSB'nin anlamını bildiğini belirtmiştir. Otizm hakkında bilgi aldığını söyleyen 63 katılımcı, bilgi kaynağı olarak % 58,1'i internet, sosyal medya, televizyon ve radyoyu, % 27,4'ü (n=17) okul ve kurs, % 9,7'si ise (n=6) sağlık çalışanları olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızdaki katılımcıların OSB ile ilgili soruları doğru yanıtlama oranı % 55,6 olup bilgi düzeyi düşük bulunmuştur. OSB'li kişi tanıyor olmak, eğitim düzeyi ve gelir durumu arttıkça OSB bilgi puan ortalamaları artmaktaydı. Çalışmadaki katılımcıların % 87,5'i bu çalışmanın otizm hakkındaki bilgi düzeyi ve farkındalığını arttırdığını belirtmiştir.

Conclusions:

OSB'li çocuğu ya da yakını olanlarda bilgi düzeyi daha yüksek olmasına rağmen tüm ebeveynlerin OSB hakkında bilgi eksiklikleri olduğu saptanmıştır. Meslek grubuna göre bilgi düzeyi doktor-hemşire grubunda en yüksek olup, bunu öğretmenler izlemektedir. Eğitim ve gelir düzeyi yükseldikçe OSB bilgi düzeyi artmaktadır. Otizmle ilgili bilgi kaynağı olarak sağlık çalışanlarının daha fazla rol üstlenmesi ve ebeveynlerde sağlık okuryazarlığının artırılması erken tanı ve tedavide önemlidir.

Giriş:

Otizm spektrum bozukluğu "genel olarak belirtileri yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan, yaşam boyu devam eden; etkileşim ve iletişim alanında belirgin gecikme, sapma ve kısıtlayıcı ilgi alanları ile kendini gösteren karmaşık gelişimsel bir bozukluk olarak" tanımlanır (1).

OSB son yıllarda artan yaygınlık oranlarıyla önemli bir halk sorunu olarak dikkati çekmektedir. OSB'nin belirlenmiş prevalansının, Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar İzlem Ağı (ADMM-NET) 2000-2014 tüm sitelerden veri birleştirme yapılarak bakıldığında 1000 çocukta kombine yaygınlık 6,7'den 16,8'e yükselerek ciddi bir artış gösterdiği saptanmıştır (2). Erzurum ilinde yapılan bir çalışmada OSB sıklığı % 0,6 olarak saptanmıştır (3).

OSB tanısının erken konması ve tedavisinin en kısa sürede başlanması hastalığı seyrini olumlu etkilemektedir. OSB'nin tanısında belirtilerin fark edilip OSB'den şüphelenilmesi önemlidir. Yaşamın erken döneminde OSB'ye ait belirtiler görülmesine rağmen tanının konmasına kadar geçen süreler uzun olmaktadır (4,5,6).

Çalışmamızda; farklı sosyodemografik özellikleri olan ebeveynlerin OSB hakkında bilgi düzeyi ve farkındalıklarının incelenmesi amaçlanmıştır. Ebeveynlerin bilgi kaynaklarının durumu, hangi konularda bilgi eksikliği olduğu ve nelerden etkilendiği incelenerek otizmliler çocuklarının erken dönemde tanınması ve tedavilerine başlanabilmesine imkân sağlanması ve başta aile hekimleri olmak üzere sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalık eksikliğinin giderilmesine katkı sunması hedeflenmektedir.

Materyal-Metod:

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı, prospektif çalışma türünde bir çalışma olup 14.10.2020-14.12.2020 tarihleri arasında yapılmıştır. İstanbul Kartal 9 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne 3 aile hekimliği birimine kayıtlı, veri formlarını eksiksiz dolduran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 359 kişinin verileri değerlendirmeye alındı.

Çalışma için Sağlık Bakanlığı İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.06.2020 tarih 2020/125-2269 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya Kartal 9 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş ve üstü ebeveynler dahil edildi. Veri formları araştırmacı tarafından tek tek uygulandı ve yüz yüze olarak dolduruldu. Toplanan anketler değerlendirilip çalışmaya dahil edilme kriterlerine sahip olmayanlar çalışmadan çıkarıldı. Katılımcıların veri formlarındaki sorulara verdikleri yanıtlar analiz edilerek, veriler olgu rapor formuna kaydedildi.

Katılımcılara iki bölümden oluşan anket uygulandı. İlk bölümde yaş, medeni durum, çocuk sayısı, evde gelir ve meslek durumu gibi sosyodemografik bilgileri içeren Katılımcı Bilgi Formu, ikinci bölümde ise ebeveynlerin otizm hakkındaki bilgi düzeyi ve farkındalıklarının değerlendirilmesi amacıyla literatürden yararlanılarak tarafımızca hazırlanan ve iç tutarlılık analizi yapılan (Cronbach Alfa Katsayısı 0.769) açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan Ebeveynlerin Otizm Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi veri formu uygulandı.

İstatistiksel Analiz

Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı. Çalışmada yer alan yaş gibi sürekli değişkenin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uymadıkları belirlendi bu nedenle tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca (ÇAG-Çeyreklikler Arası Genişlik) değerleri kullanıldı. Ek olarak tanımlayıcı istatistik gösteriminde Ortalama±Standart Sapma ve minimum maksimum değerleri kullanıldı. Bireylerin cinsiyet, eğitim durumu, meslek grubu, gelir düzeyi gruplarına göre Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) bilgi düzeyi ve farkındalıklarının değerlendirilmesi anket sorularına verilen yanıtların dağılımını göstermek amacıyla çapraz tablolar oluşturuldu, ki kare test istatistiği, sayı (n) ve yüzde (%) değerleri verildi. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Eğitim durumu, gelir durumu gibi kategorik değişkenlere göre bireylerin OSB puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvurulmuştur. İkili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verilmiştir. İki gruplu değişkenlerin OSB puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular:

Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri Tablo 1'dedir. Katılımcıların OSB bilgi ve farkındalık durumu ile ilgili özellikler Tablo 2'dedir.

Tablo 1. Bireylere ait demografik bilgiler

		n (%)
Cinsiyetiniz	Kadın	267 (74.4)
	Erkek	92 (25.6)
Medeni Durumunuz	Evli	343 (95.5)
	Diğer*	16 (4.5)
Eğitim Durumunuz	İlkokul mezunu	77 (21.4)
	Ortaokul mezunu	72 (20.1)
	Lise mezunu	113 (31.5)
	Üniversite mezunu	82 (22.8)
	Yüksek lisans/Doktora	15 (4.2)
Mesleğiniz	Ev hanımı	167 (46.5)
	Öğretmen	25 (7.0)
	Hizmet ve Satış Elemanı	49 (13.6)
	İşçi	31 (8.6)
	Doktor-Hemşire	7 (1.9)
	Mühendis	6 (1.7)
	Muhasebeci	14 (3.9)
	Büro Hizmeti	14 (3.9)
	Serbest Meslek	8 (2.2)
	Diğer	38 (10.6)
Ailenizin toplam gelir düzeyi	2324 TL'den az	26 (7.2)
	2324 TL	77 (21.4)
	2325 TL-4648 TL arası	136 (37.9)
	4649 TL ve üzeri	120 (33.4)

*Diğer(Bekar, boşanmış, dul)

Tablo 2. OSB bilgi ve farkındalık durumu

		n (%)
Otizmi duyduunuz mu?	Evet	355 (98.9)
	Hayır	4 (1.1)
Otizm hakkındaki bilginiz var mıdır?	Evet	63 (17.5)
	Hayır	296 (82.5)
Otizm hakkındaki bilgi kaynağınız nedir?	İnternet, Sosyal medya, TV, radyo	36 (58.1)
	Okul, kurs	17 (27.4)
	Sağlık çalışanlarından	6 (9.7)
	Diğer	3 (4.8)
Otizimli bir tanıdığınız var mı?	Yok	265 (73.9)
	Var	94 (26.1)

Çalışmaya katılan bireylere OSB bilgi düzeyi ile ilgili ifadeler soruldu. Katılımcılara yöneltilen ifadelere doğru yanıt verenler 1 puan, yanlış yanıt verenlere 0 puan verilerek OSB puanı elde edilmiştir. OSB toplam puanı en az 0 puan, en fazla 15 puan olabilir (Tablo 3).

Tablo 3. OSB bilgi düzeyi ifadelerine verilen doğru yanlış cevapların dağılımı

	Doğru Cevap Sayısı n (%)	Yanlış Cevap Sayısı n (%)
Otizm gelişim bozukluğudur.	193 (53.8)	166 (46.2)
Otizm nedenlerinden biri genetik faktörlerdir.	171 (47.6)	188 (52.4)
Otizmli çocukların, çevreleriyle iletişimleri bozuktur.	179 (49.9)	180 (50.1)
Otizm erken yaşlarda başlar.	253 (70.5)	106 (29.5)
En sık başvuru zamanı 2 yaş ve üzeridir.	212 (59.1)	147 (40.9)
En yaygın problem konuşmada gecikme ile başvurur.	230 (64.1)	129 (35.9)
Otizmli çocuklarda sallanma, kendi etrafında dönme, tekrarlayıcı hareketlere sık rastlanır.	252 (70.2)	107 (29.8)
Sosyal iletişimleri yetersizliği nedeniyle, okul çağında sosyal açıdan uyum sorunu yaşayabilirler.	284 (79.1)	75 (20.9)
Ergenlik dönemlerinde bedensel ve hormonal olarak yaşlarına benzerdir.	163 (45.4)	196 (54.6)
Zekâ geriliğinin eşlik ettiği bireylerde öfke, dürtü kontrol, öz bakım yetersizlikleri görülür.	192 (53.5)	167 (46.5)
Erişkin dönemlerinde zekâ geriliği eşlik etmiyor ise semptomların şiddetinde azalma izlenir.	129 (35.9)	230 (64.1)
Otizmin ilaç tedavisi yoktur.	136 (37.9)	223 (62.1)
Otizmin tedavisi ömür boyu devam eder	211 (58.8)	148 (41.2)
Çocuğun erken tanınması ve erken yoğunlaştırılmış davranışsal eğitime başlaması, hastalığın seyrini olumlu etkiler.	273 (76.0)	86 (24.0)
Otizm Zekâ Geriliği ile birlikte görülmektedir.*	117 (32.6)	242 (67.4)

Doğru cevap verenler koyu renk ile belirtilmiştir.

***Bu ifade de yanlış seçeneğini işaretleyen ebeveynler doğru yanıt vermişlerdir.**

Katılımcılara yöneltilen ifadelerle göre katılımcıların OSB puanı ortalaması 8.34±3.48, ortanca (ÇAG) ise 9.0 (5.0) elde edilmiştir.

Meslekler ile OSB bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Doktor-hemşire grubunda OSB bilgi puan ortalaması en yüksektir. Eğitim durumu ile OSB bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Eğitim durumu yüksek lisans/doktora olan katılımcılarda OSB

bilgi puan ortalaması en yüksektir. Gelir seviyesine göre bireylerin OSB puanı arasında istatistiksel olarak bir farklılık tespit edilmiştir. Gelir durumu yüksek olan katılımcılarda OSB bilgi puan ortalaması en yüksektir.

Tablo 5. Belirtilen değişken gruplarında bireylerin OSB puanlarının karşılaştırılması

		OSB PUANI		Test İstatistiği*	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Z ;	p
				χ^2	Figure 2:
Meslek	Ev Hanımı	7.99±3.55	9.0 (4.0)	χ^2	<0.001
	Öğretmen	10.76±2.09	10.0 (2.0)		
	Hizmet ve Satış Elemanı	7.57±3.86	8.0 (5.0)		
	İşçi	6.58±3.38	7.0 (4.0)		
	Doktor-Hemşire	13.43±2.07	14.0 (4.0)		
	Mühendis	9.83±1.60	10.0 (3.2)		
	Muhasebeci	9.21±2.91	10.0 (3.2)		
	Büro Hizmeti Veren	9.64±2.02	9.5 (3.0)		
	Serbest Meslek	8.50±2.98	8.0 (3.5)		
	Diğer	8.71±2.77	10.0 (3.2)		
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	6.97±3.74	8.0 (5.0)	χ^2	<0.001
	Ortaokul mezunu	7.22±3.83	8.0 (6.0)		
	Lise mezunu	8.54±2.97	9.0 (3.5)		
	Üniversite mezunu	9.84±2.71	10.0 (3.2)		
	Yüksek lisans/Doktora	11.07±2.81	11.0 (4.0)		
Gelir Durumu	2324 TL'den az	6.77±3.75	7.5 (5.7)	χ^2	<0.001
	2324 TL	7.04±3.74	7.0 (5.5)		
	2325-4648 TL	8.22±3.24	9.0 (4.0)		
	4649 TL ve üzeri	9.66±3.04	10.0 (4.0)		
Cinsiyet	Kadın	8.54±3.51	9.0 (5.0)	z=2.278	0.023
	Erkek	7.77±3.34	8.0 (4.0)		

z:Mann Whitney U Test İstatistiği, =Kruskal Wallis Test İstatistiği

Otizmli tanıdığı olan bireylerin OSB puanı ortancası, otizmli tanıdığı olmayanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 6).

Tablo 6. Otizmli tanıdık olup olmaması durumuna göre OSB puanlarının karşılaştırılması

		OSB PUANI		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	z	P
Otizmli bir tanıdığını z var mı?	Yok	7.83±3.57	8.5 (5.0)	z=4.531	<0.001
	Var	9.77±2.77	10.0 (4.0)		

Tartışma:

OSB, iletişim ve sosyal alanlarında bozulma yineleyici, sınırlayıcı ilgi ve davranışların olması ve işlevselliğin gecikmesi veya olağandışı bir işlevselliğin olması ile karakterize nörolojik bir hastalıktır. Çalışmamızda ebeveynlerin OSB hakkındaki bilgi düzeyleri ve sosyodemografik durumları ile bilgi düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu OSB'yi duyduğunu ve ne anlama geldiğini bildiğini ifade etmekle beraber OSB bilgi düzeyi ortalaması % 55,6 bulunmuştur.

Çalışmamızdaki katılımcılara otizmi daha önce duymadıklarını sorduğumuzda katılımcıların % 98,9'u otizmi daha önce duyduğunu belirtmiştir. OSB'nin ne demek olduğunu bilenlerin oranı % 67,7, otizm farkındalık ayını bilenlerin oranı % 38,4 idi. Katılımcılarımızdan % 17,5'i otizm ile ilgili bir bilgi aldığını bildirdi. Katılımcıların otizm ile ilgili bilgi kaynağı olarak ön planda karşımıza internet, radyo, sosyal medya ve TV çıkmaktadır. Campbell ve arkadaşlarının düşük eğitim düzeyli ve düşük gelir düzeyine sahip ebeveynler arasındaki yaptığı çalışmada katılımcıların % 75,6'ı otizm ve otistik kelimesini duydıklarını belirtmiştir. Bu çalışmadaki katılımcıların üçte biri medya kuruluşları aracılığıyla otizm hakkında bilgi edindiklerini bildirmiş olup televizyon ve radyo programları ise en sık kullanılan kaynaklar olarak saptanmıştır (7). Anwar ve arkadaşlarının 2018 yılında Pakistan'da yaptıkları bir çalışmada katılımcıların % 75,2'si daha önce otizmi duydıklarını bildirmiştir. Bu çalışmada otizm hakkında en önemli bilgi kaynağı olarak medya olduğu saptanmıştır (8). Hem bizim hem de Anwar yaptığı çalışmada medyanın ilk sırada olması son yıllarda medyanın artan popülerliğinden kaynaklanıyor olabilir. Otizm hakkında bilgi en çok medyadan alınması rağmen otizm hakkındaki bilgiyi sağlık çalışanlarından alan ebeveynlerin belirti ve semptomların farkındalığı daha yüksek olmaktadır. (8). Özellikle çocuk takiplerinin en sık yapıldığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlandığı aile sağlığı merkezinde çalışanlara OSB farkındalığının artırılmasında önemli görevler düşmekte olduğunu düşünmekteyiz.

Katılımcıların OSB hakkındaki bilgi puanı ortalaması $8,34 \pm 3,48$ olarak saptanmıştır. Çalışmamızda saptadığımız bu ortalama puan doğru yanıt puanının % 55,6'sını temsil etmektedir. Anwar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ebeveynlerin otizm hakkında bilgi puanı ortalaması 5,59 (puan aralığı 0-13) olarak saptanmış olup doğru yanıt puanının % 43'ünü temsil ettiği saptanmıştır (8). Bizim çalışmamızdaki doğru cevap oranı Anwar ve arkadaşlarının çalışmalarına göre daha yüksek oranda saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların OSB bilgi puanları eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça OSB bilgi puanları artış göstermiştir. En yüksek OSB bilgi puan ortalaması eğitim durumu yüksek lisans/doktora olan katılımcılarda saptanmıştır. Karavuş ve arkadaşlarının İstanbul'da 0-6 yaş arası çocukları olan ebeveynlerin dahil edildiği bir çalışmada otizm bilgi düzeyi ve farkındalığını değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada otizm farkındalığı lise ve üstü eğitim seviyesi olan katılımcılarda daha yüksek olduğu saptanmıştır (9).

Çalışmamızda katılımcıların OSB bilgi puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Kadın katılımcıların OSB bilgi puanları erkek

katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Haimour ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da yaptıkları bir çalışmada cinsiyetler ile otizm bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (10). Bu durum anne ebeveynlerin çocukla daha fazla zaman geçirmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların OSB bilgi puanları mesleklerine göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Doktor-hemşire ve öğretmen en yüksek puan ortalamaları elde edilmiştir. Doktor-hemşire meslek grubundaki katılımcıların puan ortalaması toplam OSB bilgi puanının % 89,5'ini temsil etmektedir.

Igwe ve arkadaşları, Nijerya'da farklı meslek grupları ile ilgili üniversite son sınıf öğrencilerinin dahil edildiği bir çalışmada otizm hakkındaki bilgi düzeylerini araştırmışlardır (11). KCAHW anketine göre değerlendirilen öğrenci gruplarında; tıp fakültesi öğrencilerinde puan ortalaması $12,24 \pm 3,24$ (toplam puanın %64,4'ü), hemşirelik fakültesi öğrencilerinin bilgi puan ortalaması $10,76 \pm 3,50$ (toplam puanın % 56,6'sı) ve psikoloji öğrencilerinin bilgi puan ortalaması ise $9,01 \pm 3,76$ (toplam puanın % 47,4'ü) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin otizm hakkındaki bilgileri kabul edilebilir düzeyde saptanmasına rağmen hemşirelik ve psikoloji öğrencilerinin otizm hakkındaki bilgileri düşük olarak saptanmıştır (11).

Sürmen ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptıkları çalışmada katılımcıların gelir düzeyi ile otizm hakkında bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (12). Oysa bizim çalışmamızda katılımcıların OSB bilgi puanları gelir durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Katılımcıların gelir düzeyi arttıkça OSB bilgi puanları artış göstermiştir.

Çalışmamızda otizmi tanıdık olup olmamasına göre katılımcıların OSB puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Otizmi tanıdığı olanlarda OSB bilgi puanı $9,77 \pm 2,77$ olup toplam puanın % 65,13'ünü temsil etmiştir. Otizmi tanıdığı olmayanların OSB bilgi puanı ortalaması $7,83 \pm 3,57$ olup toplam puanın % 52,2 temsil etmiştir. Sampson ve Sandra'nın Gana'da yaptığı bir çalışmada otizmi biriyle daha önceden karşılaşan hemşirelerin OSB hakkında bilgi düzeylerinin otizmi bir bireyle daha önce karşılaşmayan hemşirelere göre daha iyi saptanmıştır ($p < 0,01$) (13).

Katılımcılara sorulan "Bu anketin otizm hakkında bilgi düzeyi ve farkındalığımı arttırdığına inanıyorum" ifadesine katılımcıların % 87,5'i katıldığını belirtmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça bu ifadeye katılan katılımcıların oranı da artmaktadır.

Sonuç:

OSB'nin erken saptanmasında ebeveynler tarafından çocuklarının davranışlarının takibi önemlidir. Aile hekimlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde rol alan sağlık personelinin, çocuklarını kendilerine kontrole getiren ebeveynlere OSB hakkında eğitimler vermesi, ailelerin OSB hakkında bilgi düzeylerine katkı sağlayacağı ve böylece OSB'nin erken tanınmasını ve tedavinin erken dönemde başlanmasını sağlayacaktır. Ülkemizde ebeveynlerin OSB bilgi düzeyi hakkında yapılmış yeterli çalışma olmaması nedeniyle çalışmanın bu alanda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda çıkar çatışması yoktur.

Çalışmanın kısıtlılıkları: Ebeveynlerde Otizm spektrum bozukluğu bilgi düzeyi ve farkındalığı değerlendirmek için ölçek formuna ulaşılammıştır. Çalışmada ölçek yerine kullandığımız ve literatürden faydalanarak hazırladığımız anket ile elde edilen veriler çeşitli parametreler açısından kendi içinde ve önceki çalışmalarla karşılaştırılmıştır. Çalışmamız İstanbul'da bir bölgede yapılmış olup, sonuçlar Türkiye'nin değişik bölgelerinde farklılık gösterebilir.

Bu araştırma Uzmanlık Bitirme Tezi kapsamında yapılmıştır.

Kaynaklar:

1. Sağlıkım, Halk Sağlığına Yönelik Bilgiler. <https://www.sagligim.gov.tr/ruh-sa%204%9F%20C4%B1%20C4%9F%20C4%B1/12-otizm-spektrum-bozuklu%20C4%9F-osb.html> adresinden 04.08.2020 tarihinde erişilmiştir.
2. CDC, Autism Spectrum Disorder, Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> adresinden 04.08.2020 tarihinde erişilmiştir.
3. DURSUN OB et al., "Difficulties Experienced by Parents of Children with Autism Spectrum Disorder", 23rd World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 23-27 July, 2018, Prague, Czech Republic, Verbal Presentation
4. Steiner AM, Goldsmith TR, Snow A V., Chawarska K. Practitioner's Guide to Assessment of Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers. *J Autism Dev Disord* 42(6):1183-96, 2012.
5. Volkmar FR. Editorial: the importance of early intervention. *J Autism Dev Disord*. 2014;44(12):2979-80.
6. Rotholz DA, Kinsman AM, Lacy KK, Charles J. Improving Early Identification and Intervention for Children at Risk for Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics*. 2017;139(2)
7. Campbell JM, Greenberg D, Gallagher PA, Stoneman Z, Simmons C. Knowledge of autism for parents of low income with low literacy: description and relationship to child development knowledge. *Adv Neurodev Disorder*. 2019;3:8-16. doi: 10.1007/s41252-018-0079-z
8. Anwar MS, Tahir M, Nusrat K, Khan MR. Knowledge, Awareness, and Perceptions Regarding Autism Among Parents in Karachi, Pakistan. *Cureus*. 2018;10(9):e3299. Published 2018 Sep 13. doi:10.7759/cureus.3299
9. Karavuş M, Altaş ZM, Hıdıroğlu S, Arı N, Bağriacık F, Gençay Can A, Güner ÇZ. 6 Yaş Altı (Okul Öncesi) Çocukların Ebeveynlerinde Otizm Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. 3. Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiriler Kitabı s.1279-1280, Antalya, Kasım 26-30, 2019.
10. Haimour AI, Obaidat YF. School Teachers' Knowledge about Autism in Saudi Arabia. *World Journal of Education*, Oct. 2013 Oct;3(5):45-56
11. Igwe MN, Bakare MO, Agomoh AO, Onyeama GM, Okonkwo KO. Factors influencing knowledge about childhood autism among final year undergraduate Medical, Nursing and Psychology students of University of Nigeria, Enugu State, Nigeria. *Ital J Pediatr*. 2010;36:44. Published 2010 Jun 13. doi:10.1186/1824-7288-36-44
12. Surmen A, Hıdıroğlu S, Usta HH, et al. A study exploring knowledge, attitudes and behaviours towards autism among adults applying to a Family Health Center in Istanbul. *North Clin Istanbul*. 2015;2(1):13-18. Published 2015 Apr 24. doi:10.14744/nci.2015.83723
13. Sampson WG, Sandra AE. Comparative Study on Knowledge About Autism Spectrum Disorder Among Paediatric and Psychiatric Nurses in Public Hospitals in Kumasi, Ghana. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2018;14:99-108. Published 2018 Mar 30. doi:10.2174/1745017901814010099

Oral Presentation / Research**Kronik Hastalığı Olan Erişkinlerin Covid-19 Korkuları**

Sema Alacahan, Celal Kuş, Raziye Şule Gümüştakım

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, 46040 Kahramanmaraş, Turkey E-mail: ckus46@hotmail.com

Presentation on 25/03/2021 14:50 in "Oral presentations 7" by Celal Kuş

Keywords / Anahtar Kelimeler: Covid-19, Damgalanma, Korku, Koronavirüs, Kronik hastalık,

Aim:

Covid-19 pandemisi insanlar üzerinde stres, korku gibi psikolojik etkilere neden olabilir. Bu çalışmada kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin salgın sürecinde ortaya çıkan Covid-19 korkularının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Method:

Veriler literatür taraması sonucunda oluşturulmuş anketlerin Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvuran 18 yaş üzeri gönüllü bireylere yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanması ile elde edilmiştir. İstatistiksel analiz SPSS 21.0 for Windows (SPSS, Inc.; Chicago, USA) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Results:

Ortalama Covid-19 korkusu ölçeği toplam puanı sağlıklı grupta $16,1 \pm 5,9$ (ortanca=15,0) iken; hasta grubunda anlamlı şekilde daha yüksek olup $19,5 \pm 7,1$ (ortanca=19,0) idi ($p < 0,001$). Tedavisi çok aksayanlarda korku ölçeği puanı diğer gruplardan anlamlı şekilde daha yüksekti ($p = 0,017$). Korku ölçeği puanları salgın sürecinde kronik hastalıklarından dolayı ölüm riski altında olduğunu düşünme düzeyi arttıkça istatistiksel olarak anlamlı şekilde artıyordu ($p = 0,009$). Bir veya birden çok kronik hastalığa sahip olma arasında ölçek puanları açısından anlamlı bir fark yoktu ($p > 0,05$). Ortalama korku ölçeği toplam puanı erkeklerde $15,9 \pm 6,6$ (ortanca=15,0) iken, kadınlarda $19,8 \pm 6,5$ (ortanca=20,0) idi ve kadınlarda anlamlı şekilde daha yüksekti ($p < 0,001$). Korku ölçeği puanı herhangi birine Covid-19 bulaşmasından endişe duyanlarda, kimse için endişe duymayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksekti ($p = 0,006$). Korku ölçeği puanı kendini damgalanmış hissedenlerde anlamlı şekilde daha fazlaydı ($p < 0,001$). Medya karşısında geçirilen zaman arttıkça korku ölçeği puanı da anlamlı şekilde artıyordu ($p < 0,001$). "Psikolojik desteğe hiç ihtiyaç duymadım" diyenlerde ortalama korku ölçeği puanı $15,9 \pm 6,1$ (ortanca=15,0) iken, kısmen ihtiyaç duyanlarda $19,6 \pm 5,7$ (ortanca=19,0), ihtiyaç duyanlarda $24,5 \pm 5,9$ (ortanca=25,0) ve çok ihtiyaç duyanlarda $24,7 \pm 10,1$ (ortanca=27,0) idi. Gruplar arasındaki fark anlamlıydı ($p < 0,001$).

Conclusions:

Kronik hastalığı olan kişilerin Covid-19 korkusuna, sadece Covid-19 için riskli grupta olmaları değil, kronik hastalıklarının yönetiminde yaşadıkları zorluklar ve kendilerini damgalanmış hissetmeleri de katkı sağlamaktadır. Salgın sürecinde kronik hastalığı olan bireylere uygun takip ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinin ve Covid-19 korkusu için risk gruplarının ruhsal destek anlamında öncelikli olması gerektiğinin olumlu sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

Oral Presentation / Research

scriptler, veritabanı ve kullanıcı arayüzleri "minitipakademisi.com" online araştırma platformu üzerinde araştırmacıların kullanımına sunulmuştur.

SCORE Risk Değerlendirme Modelinde HDL'nin Etkisinin Formüle Edilmesi ve Çevrimiçi Toplu Hesaplama (Batch Calculation) Modülü Geliştirilmesi

Yücel Uysal, Fatih Öztaş, Usum Utku Alkin, Ertan Mert

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, 33340 MERSİN, Turkey E-mail: dryuceluyosal@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 14:50 in "Oral presentations 7" by Yücel Uysal

Keywords / Anahtar Kelimeler: SCORE, HDL etkisi, toplu hesaplama, batch calculation

Aim:

Günümüzde kardiyovasküler hastalıkları ve koroner kalp hastalıklarını önlemeye yönelik mevcut öneriler ve girişimler 'özellikle bazı risk faktörlerine odaklanmak' yerine "bireyin toplam risk yükünü azaltmaya çalışmak" şeklinde bir pratiğe doğru kaymıştır. Bu yaklaşım bireyselleştirilmiş sağlık bakımı felsefesine uygundur. Aynı ayrı risk faktörlerine odaklanmak yerine bireyin toplam riskini belirlemek ve izlemek bireye özgü sürdürülebilir sağlık bakım sunumunu kolaylaştırır ve ölçülebilir hale getirir. Bu yaklaşımdan yola çıkılarak ESC (European Society of Cardiology) tarafından kurgulanmış ve geliştirilmiş SCORE projesinin (The European Cardiovascular Disease Risk Assessment Model) öngörülen hedefi Avrupada klinik pratikte kullanılabilecek bir risk hesaplama sistemi geliştirmek idi. ESC'nin bu projesi üç faz olarak planlandı ve uygulandı. Çalışmamızda SCORE risk değerlendirme modelinde HDL'nin etkisinin formüle edilmesi, bilimsel ve akademik çalışmalarda toplu hesaplamalar (batch calculation) için online bir hesaplama modülü geliştirilmesi amaçlandı.

Method:

SCORE modelinde hesaplama şu parametreler kullanılarak yapılmaktadır; tütün kullanımı, sistolik kan basıncı, cinsiyet, yaş, total kolesterol, HDL kolesterol. ESC'nin internet sitesindeki hesaplama aracı ve 120 vakanın gerçek verileri kullanılarak risk puanları ve HDL'nin risk puanları üzerindeki etkisi hesaplanmıştır.

Results:

Hesaplamalar sonucu HDL'nin düşük riskli, orta riskli, yüksek riskli ve çok yüksek riskli vakalardaki ortalama etki katsayısı/oranı bulunmuştur. Bulunan bu katsayısında dahil edilmesi ile geliştirilen SCORE hesaplama algoritmaları önce kağıt üstünde formüle edilmiştir. Daha sonra bu formüller PHP scriptleri ve MySQL veritabanı yönetim sistemi kullanılarak Linux tabanlı bir çevrimiçi sunucuya aktarılmıştır. Veritabanı ve değişkenlerle uyumlu kullanıcı arayüzleri yapılandırılmıştır.

Conclusions:

Bu şekilde oluşturulan online modül üzerinde vakaların SCORE parametrelerinin kolonlar şeklinde metin formatında girilebilmesi mümkün olmaktadır. Yapılan test çalışmalarında bin vakanın verilerinin analiz edilerek SCORE puanlarının hesaplanması ve tablo şeklinde çıktı alınması yaklaşık 30 saniye sürmektedir. Modülden elde edilen toplu hesaplama (batch calculation) çıktı sonuçları ESC'nin internet sitesindeki hesaplama aracının ürettiği sonuçlarla kıyaslanmış ve verilerin %98-100 arasında değişen doğrulukta olduğu tespit edilmiştir. Modüle ilişkin

Oral Presentation / Research**Tekrarlayan Covid-19 Vakalarında
Semptomların Karşılaştırılması**

Buğuşanma Koban

Hilmi Şahin Family Healthcare Center, 34944 İstanbul, Turkey E-mail:
bugukoban@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 14:50 in "Oral presentations 7" by Buğuşanma Koban

Keywords / Anahtar Kelimeler: covid-19, reinfeksiyon, semptom şiddeti, semptom süresi

Aim:

Güncel Covid-19 rehberlerinin yönergeleri doğrultusunda, 3 ay ara ile pozitif olmuş kişilerde ikinci pozitiflik reinfeksiyon kabul edilmektedir. Aynı kişinin iki enfeksiyonu şiddet ve süre bakımından farklılık gösterebilmektedir. Çalışmamızın amacı reinfeksiyon vakalarında her iki hastalık sürecini karşılaştırmaktır.

Method:

Çalışmaya İstanbul Tuzla'da Nisan-Ekim 2020 arasında takip edilen ve en az 3 ay ara ile pozitif olmuş vakalar dahil edilmiştir. Retrospektif olarak bu kişilerin tıbbi kayıtları incelenmiş, sosyodemografik bilgileri fiyasyon takip programından kaydedilmiştir. Hastaların her iki enfeksiyondaki temas durumları, semptom çeşitleri ve semptomların şiddeti karşılaştırılarak analiz edilmiştir.

Results:

Çalışmaya katılan 36 hastanın 24'ü erkek (%66.7) ve 12'si (%33.3) kadındır. Yaş ortalaması 37 olup, katılımcıların %33'ü sağlık çalışanıdır. İlk enfeksiyonda vakaların %58,3'ünde semptom oluşması üzerine test yapılmıştır ve en sık semptom ateş (%63,6) ile tat kaybıdır (%45,5). Hastaların %33,3'ünde ilk enfeksiyonda hastane yatışı olmuştur. İkinci enfeksiyonda ise vakaların %50'sine riskli temas üzerine test yapılmış olup bunların da %50'si ev içi temastır. İkinci enfeksiyonda hastaların %41,7'si hastalığı asemptomatik geçirmiştir. İki enfeksiyon arası geçen süre ortalaması 149 gündür. İkinci enfeksiyonda ilkine göre semptomların şiddeti daha az ve süresi daha kısa olmuştur (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,014$) fakat bu fark yaşa ve cinsiyete göre anlamlı olarak değişmemektedir.

Conclusions:

Literatürde reinfeksiyonlarda, önceki immün yanıtın tetiklenmesi ile hastalık şiddetinin arttığına yönelik yayınlar bulunmakla birlikte, çalışmamızda reinfeksiyonlar anlamlı derecede daha hafif ve kısa semptomlarla seyretmiştir. Konunun daha geniş örneklem sayıları ile araştırılmasına ve immünolojik çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç vardır.

Oral Presentation / Research**The effect of informing about the disease on the level of anxiety in Covid-19 cases**

Buğu Usanma Koban

Hilmi Şahin Family Healthcare Center, 34944 Istanbul, Turkey E-mail: bugukoban@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 14:50 in "Oral presentations 7" by Buğu Usanma Koban

Keywords / Anahtar Kelimeler: Covid-19, anxiety, stress, information, follow up

Aim:

The Covid-19 pandemic caused serious concern in the public due to the uncertainties about the infection and its treatment. Also the high morbidity and mortality rates reflected in the press have been a factor that increases anxiety, especially for people in quarantine and who do not have psychosocial support. The aim of this study is to determine the effects of informing Covid-19 patients about the disease and following them up during the quarantine process, on their anxiety level.

Method:

Patients between the ages of 18-65 who were followed on home isolation in Tuzla, Istanbul; between June 1 - September 1, 2020 were included. At the time of reporting the test results; their sociodemographic information was recorded. State Anxiety Scale (STAI-I), Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) and Coronavirus Anxiety Scale (CAS) were applied. Home visits were arranged and patients were informed about the course of the infection, the isolation and treatment processes. Patients were followed up by phone calls every other day. The same questionnaires were applied to the patients on the 11th day of isolation, and the scores were compared with the first results.

Results:

Of the 98 participants 50 were female (51%), 48 were male (49%). Considering the average score at first conversation and at the end of 10 days; STAI-I scores decreased significantly ($p < 0.0001$). This decrease was higher in women and primary school graduates ($p < 0.0001$ and $p = 0.010$ respectively). The change between PHQ-4 and CAS scores was not statistically significant ($p = 0.319$ and $p = 0.053$, respectively).

Conclusions:

Providing reliable medical support along with accurate and adequate information is effective for coping with Covid-19 anxiety.

Oral Presentation / Research

3.Basamak Bir Aile Hekimliği Polikliniğinde Anemi Prevalansı

Elif Erdogan Ceylan¹, Nagihan Yıldız Çeltek²

1. Boğazkale İlçe Devlet Hastanesi, 19000 çorum, Turkey E-mail: drelfcyln@hotmail.com

2. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD.

Presentation on 26/03/2021 06:30 in "Oral presentations 8" by Elif Erdogan Ceylan

Keywords / Anahtar Kelimeler: Anemi, Prevalans, Aile Hekimliği**Aim:**

Anemi genel anlamda, dolaşımdaki eritrosit kütlelerinin yaşa ve cinsiyete göre beklenen değerlerin altında olması şeklinde tanımlanabilir. Günümüzde özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında sıkça rastlanılan bir problemdir. Semptomatik olabileceği gibi yapılan rutin tetkikler esnasında da rastlanılabilir. Erken dönemde tanı alması tedavinin başarısı ve etkisi ile gelecek komplikasyonların önlenmesinde oldukça önemlidir. Anemi görülme sıklığı bölgelerin gelişmişlik düzeyine göre değişiklik göstermektedir. Bu nedenle bulunan bölgedeki anemi prevalansı araştırılması başvuran hastalarda anemi görülme ihtimalini ortaya koymada önem arz etmektedir. Çalışmamızda Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran hastaların anemi prevalansını araştırmayı amaçladık.

Method:

Ocak 2017-Ağustos 2020 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalardan herhangi bir nedenle hemogram tetkiki bakılmış olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. p değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (SPSS 22.0 Chicago, IL, USA).

Results:

Çalışmamızda hemogram tetkik sonucu olan 1698 hastanın dosyası retrospektif incelenmiştir. Bunların 1308 (%77)'i kadın, 390 (%23) 'i erkek cinsiyete sahiptir. Tüm hastaların hemoglobin (HBG) değeri ortalaması 13,79±9,16 g/dl iken kadınların HBG değeri ortalaması 13,35±8,74 g/dl erkeklerinki 15,29±1,34 g/dl'dir. 376(%22,1) kişi anemi tanısı almışken 1322(%77,9) kişinin HBG değeri normal aralıkta bulunmuştur. Anemi tanısı alan hastaların 313(%83,2)'ü kadın 63(%16,8)'ü erkek cinsiyete sahiptir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Hastalar ortalama hücresel hacim (MCV) değerlerine göre <80fl, 80-100fl, >100fl olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. MCV değeri 80fl 'in altında olan 428 (%25,2) kişi, 80-100 arasında 126 (%74,2) kişi, 100'ün üzerinde ise 10(%0,6) kişi bulunmuştur. Anemisi olanların MCV değeri ortalaması 77,78±8,25 fl iken anemisi olmayanların 88,47±54,83 fl bulunmuştur.

Conclusions:

Anemi, günümüzde sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini etkileyen bir hastalıktır. Bununla birlikte erken dönemde tanı konması tedavi sürecini oldukça kolaylaştırır. Bu yüzden şikayeti olmayan hastalarda anemiye rastlanma prevalansının bilinmesi hastalıktan şüphelenmeye yol gösterici olabilir. Bu da hastaların

erken dönemde tanı almasını kolaylaştırır. Bu yüzden anemi prevalansı çalışmaları artırılmalıdır.

Full Text

GİRİŞ

Anemi; dolaşımdaki eritrosit kütlelerinin normal aralığın altında olması şeklinde tanımlanır. Normal aralık hastanın yaşına ve cinsiyetine göre değerlendirilmelidir (1). Dünya Sağlık Örgütü normal hemoglobin değerlerini yetişkin erkekte 13 g/dl'nin, gebe olmayan kadınlarda 12 g/dl'nin, gebelerde ise 11 g/dl'nin üstü olarak tanımlamış ve bu değerlerin altını anemi olarak kabul etmiştir (2).

Anemi, birinci basamak sağlık kuruluşlarında sıkça rastlanılan bir sağlık problemidir. Özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin yaygın sorunu olmasına rağmen gelişmiş ülkelerde herhangi bir nedenle hastaneye başvurularda yaklaşık %30 oranında görülmektedir (3). Tanı konan anemilerin içinde en yaygın görüleni demir eksikliği anemisi (DEA) ve tüm anemilerin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır (4). Kadın cinsiyette daha fazla görülmektedir (3). DEA açısından en önemli risk grubu 15-59 yaş arası kadınlar ve gebelerdir. En sık nedenleri arasında premenopozal kadınlarda mens kanamaları, postmenopozal kadınlarda ve erkeklerde kronik gastrointestinal kanamalar yer alır. Gebelerdeki DEA'nın ise artan demir ihtiyacına bağlı geliştiği düşünülmektedir (5).

Anemi görülme sıklığı, sosyo-ekonomik ve coğrafi özelliklerden etkilenmekle beraber gelişmekte olan ülkelerin yanı sıra gelişmiş ülkeler için de bir halk sağlığı sorunu olup, tüm dünyada ve tüm yaş gruplarında önemli bir problem olmaya devam etmektedir (6). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1988 ve 1994 yılları arasında 30818 hasta ile gerçekleştirilen "National Health and Nutrition Examination Survey" (NHANES) III çalışmasında anemi sıklığı 65 yaş ve üzeri erkeklerde %11, kadınlarda ise %10,2 olarak bulunmuştur (7). Anemi ülkemiz için de önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bu bağlamda ülkemizde yapılan analizler özellikle demir eksikliği anemisinin düşük maliyetlerle önlebileceğini göstermektedir (8).

Biz de bu çalışmamızda, giderek yaşanan nüfusumuzda yaşam kalitesini doğrudan etkileyen ve birçok olumsuzluğun kaynağı olan anemi ve ilişkili olduğu durumları incelemeye çalıştık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2017-Ağustos 2020 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalardan herhangi bir nedenle hemogram tetkiki bakılmış olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verilmektedir. Nicel değişkenlerin gruplar arasındaki ortalamalarını karşılaştırırken İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi ve Tek Yönlü Varyans Analizinden yararlanılmaktadır. Nitel değişkenler arasındaki ilişki olup olmadığını değerlendirmek için çapraz tablolardan ve ki-kare testlerinden yararlanılmaktadır. Nicel değişkenler arasındaki ilişki için pearson korelasyon katsayısından yararlanılmaktadır. p değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (SPSS 22.0 Chicago, IL, USA).

BULGULAR

Araştırmaya 1698 hasta dahil edilmiştir. Bunların 1308 (%77)'i kadın, 390 (%23) 'i erkek cinsiyete sahiptir. Yaş ortalamaları 33,77±15,24'dir. Kadınların yaş ortalaması 32,37±13,95 iken erkeklerin yaş ortalaması 38,47±18,2' dir. Tüm evrenin hemogloblin (Hgb) değeri ortalaması 13,79±9,16 g/dl'dir. Kadınların Hgb değeri ortalaması 13,35±8,74 g/dl iken erkeklerinki 15,29±1,34 g/dl'dir. 376 (%22,1) kişi anemi tanısı almışken 1322 (%77,9) kişinin Hgb değeri normal aralıkta bulunmuştur. Anemi tanısı alan hastaların 313'ü kadın 63'ü erkek cinsiyete sahiptir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Cinsiyete göre nitel değerlerin dağılımı Tablo 1. de gösterilmiştir.

Tablo 1. Cinsiyete göre nitel değişkenler dağılımı

		Cinsiyet		p
		Kadın	Erkek	
		n(%)	n(%)	
HGB_grup	Anemik	313(23,9)	63(16,2)	0,001
	Normal	995(76,1)	327(83,8)	
MCV_grup	<80fl	330(25,2)	98(25,1)	0,869
	80-100fl	971(74,2)	289(74,1)	
	>100fl	7(0,5)	3(0,8)	

Pearson ki-kare testi kullanıldı.

Hastaların ortalama korpüsküler hacmi (MCV) değerleri incelendiğinde, MCV değerlerinin ortalaması 86,1±48,73fl olarak bulunmuştur. Kadın cinsiyettekilerin MCV ortalaması 85,93±47,53fl iken erkek cinsiyettekilerin ortalaması 86,66±52,6fl'dir. MCV ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,796). Hastalar MCV değerlerine göre <80fl, 80-100fl, >100fl olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. MCV değeri 80fl 'in altında olan 428 (%25,2) kişi, 80-100 arasında 126 (%74,2) kişi, 100'ün üzerinde ise 10 (%0,6) kişi bulunmuştur. Anemisi olanların MCV değeri ortalaması 77,78±8,25 fl iken anemisi olmayanların 88,47±54,83 fl bulunmuştur. Hbg değeri ile MCV değeri grupları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). MCV grupları ile arasında anlamlı ilişki olan parametreler Tablo 2. de gösterilmiştir.

Tablo 2. MCV Grupları İle Arasında Anlamlı İlişki Olan Değerler

	MCV (fl) Grup			p
	<80fl	80-100fl	>100fl	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
HGB(g/dl)	12,08±1,77	13,6±4	11,65±53,64	<0,001
MCHC	32,74±1,52	33,94±1,08	24,707±14,745	<0,001
RDW	15,72±2,84	13,66±3,46	11,29±5,37	<0,001

Tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

TARTIŞMA

Anemi prevalansını belirlemek için yapılan çalışmalarda çalışmanın yapıldığı bölge, çalışmaya dahil edilen kişilerin yaş ve cinsiyetleri gibi bir çok dış etken söz konusudur. Gelişmekte olan ülkelerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. DSÖ'ye göre, anemi prevalansı Avrupa'da %14, Türkiye'de %25'tir (9). 2014 yılında yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada anemi prevalansı toplumda %12, hastaneye ayaktan başvuran kişilerde %40, huzurevinde kalanlarda %47 olarak bulunmuştur (10). 2012'de ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada ise anemi prevalansı

%25,8 olarak tespit edilmiştir. Bunların %46,9'unun mikrositik anemi, %52,6'sının normositik anemi ve %0,5'i makrositik anemi olarak bulunmuştur (11). Bizim çalışmamızda anemi prevalansı %22,1 olarak bulunmuştur. %54,4'ü mikrositik, %46,2'si normositik, %0,4'si makrositik olarak bulunmuştur. Bizim çalışma merkezimizin 3. Basamak bir hastane olmasına rağmen Aile Hekimliği polikliniğinin diğer polikliniklere göre daha ulaşılabilir bir durumda olması 1. Basamak hastaların da başvurabilmesini sağlamaktadır. Bu durumda toplum genelinde yapılan çalışmalara uygun sonuçlar elde etmemizi sağlamaktadır. Çalışmamız genel popülasyonu kapsayan bir çalışmadır ve yaş ortalaması yaklaşık 34'dür. Bununla birlikte yaş arttıkça anemi prevalansının arttığı bilinmektedir (10). Yine üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğinde yalnızca 65 yaş üstü hastaları kapsayan bir çalışmada anemi prevalansı %31,5 bulunmuş ve yaş arttıkça aneminin anlamlı olarak arttığını görülmüştür (12).

SONUÇ

Anemi, günümüzde sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini etkileyen bir hastalıktır. Bununla birlikte erken dönemde tanı konması tedavi sürecini oldukça kolaylaştırmaktadır. Anemi prevalansı, bulunulan bölgeye göre değişiklik göstermektedir. Bu yüzden şikayeti olmayan hastalarda anemiye rastlanma prevalansının bilinmesi hastalıktan şüphelenmeye yol gösterici olabilir. Bu da hastaların erken dönemde tanı almasını kolaylaştırır. Bu yüzden anemi prevalansı çalışmalarına ağırlık verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Rakek R.E., Rakek D.P. Textbook of Family Medicine Ninth Edition, Hematology, 2016;948.
2. Kassebaum, N.J., R. Jasrasaria, M. Naghavi, S.K. Wulf, N. Johns, R. Lozano, et al., A systematic analysis of global anemia burden from 1990 to 2010. Blood, 2014. 123(5): p. 615- 624
3. Dilek İ., Altun S., Tuncer İ., Uygun İ., Topal C., Aksoy H. Demir eksikliği anemisinde hemoglobin, hematokrit değerleri, eritrosit indeksleri ve etiyolojik nedenlerin değerlendirilmesi. Van Tıp Fak Derg. 2000;7(2):51-6.
4. Desalegn Wolide A, Mossie A, Gedefaw L. Nutritional iron deficiency anemia: magnitude and its predictors among school age children, southwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. PLoS One, 2014, 9: 114059.
5. Goddard AF, James MW, Mc Intyre AS, Scott BB. Guidelines for the management of iron deficiency anemia. Gut. 2011;60(10):1309-16.
6. Hoffbrand AV, Herbert V. Nutritional anemias. Semin Hematol 1999; 36:13-23.
7. Analytic and Reporting Guidelines: The Third National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES III (1988-94), October 1996. National Center for Health Statistics Centers for Disease Control and Prevention, Hyattsville, Maryland. Available: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes3/nh3gui.pdf>. Accessed December 5, 2005.
8. T.C. Sağlık bakanlığı ana çocuk sağlığı ve aile planlaması genel müdürlüğü. Emzirmenin korunması, özendirilmesi, desteklenmesi ile demir yetersizliği anemisinin önlenmesi ve kontrolü. Ankara, 2004;4-8.
9. Royston E.; 'The prevalence of nutritional anemia in women in developing countries'; critical review of available information. World Health Statistics 1982;25:94-115.
10. Bach V., Schruckmayer G., Sam I., Kemmler, G., Stauder R. (2014) Prevalence and possible causes of anemia in the elderly: a cross-sectional analysis of a large European university hospital cohort. Clinical Interventions in Aging, Dove press journal, 9:1187- 1196
11. Memisogullari R., Yıldırım HA., Uçgun T., Erkan ME., Günes C., Erbas M ve ark. (2012). Prevalence and etiology of anemias in the adult Turkish population. Turkish Journal of Medical Sciences, 42 (6): 957-963.
12. Şahin MK., Şahin G., Yazıcıoğlu B., Dikici MF., İğde AAF., Yarış F. (2013). Yaşlı Hastalarda Anemi Sıklığı ve Morfolojik Olarak Dağılımı. Güz okulu.

Oral Presentation / Research

Covid 19 Pandemisi Sürecinde Erişkinlerin Besin Süplemanı Kullanımı İle İlgili Tutumları, Davranışları ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Dilara Canbay Özdemir¹, Büşra Akarsu¹, Duygu Ayhan Başer², Hilal Aksoy², İzzet Fidancı², Mustafa Cankurtaran²

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 06080 Ankara, Turkey E-mail: dilaracanbay@hotmail.com.tr

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Presentation on 26/03/2021 06:30 in "Oral presentations 8" by Büşra Akarsu

Keywords / Anahtar Kelimeler: Covid-19, Pandemi, Besin Süplemanı, Tutum, Davranış

Aim:

COVID-19 pandemisi ile, çeşitli nedenlerle bazı besin suplemanlarının (vitamin, mineral ve bitkisel ürünler) kullanımının arttığı görülmektedir. Bu çalışma ile erişkin bireylerin COVID-19 pandemisi sürecinde besin suplemanı kullanımı ile ilgili tutumları, davranışları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Method:

Bu tanımlayıcı çalışma 27/10/2020- 27/11/2020 tarihleri arasında internet üzerinden yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Türkiye'deki 18 yaş üstü sosyal medya ve akıllı telefon uygulaması kullanan tüm bireyler oluşturmaktadır. Örneklem hesabı yapılmamış olup belirtilen süre içerisinde anket formunu yanıtlayan kadar kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Anket toplam 32 sorudan oluşmaktadır.

Results:

Çalışmaya toplamda 260 kişi katılmıştır. %70,8'i kadın, %62,7'si üniversite mezunu, %55,2'si sağlık çalışanı iken %16,2'sinin kendi, %65,8'inin yakını COVID-19 enfeksiyonu geçirmiş. Katılımcıların %20,4'ü pandemic öncesinde multivitamin/ mineral preparatı (MMP) kullanmaktayken, %45,4'ü pandemi döneminde kullanmaktadır. %18,1'i pandemi öncesinde bitkisel ürünler kullanmaktayken, %25,4'ü pandemi döneminde kullanmaktadır. Kadınlar erkeklere göre MMP preparatlarını hem pandemi öncesinde (p=0.009) hem de pandemi sürecinde (p=0.03) daha fazla kullanmaktadır. Kendisi ve yakını COVID-19 pandemisi geçirenlerin MMP kullanma oranı daha yüksektir (sırasıyla, p=0.001, p<0.001). Sağlık çalışanlar pandemide sağlık çalışanı olmayanlara göre daha az sıklıkta bitkisel ürün kullanmaktadır (p=0.03).

Conclusions:

Akılcı ilaç kullanımı program çerçevesinde en çok dikkat çeken preparatlardan olan besin suplemanlarının pandemic sürecinde kullanımının arttığı görülmektedir. Bu preparatların doktor önerisi ve gözetiminde kullanılması ve özellikle bazı özel durumlardaki kullanımı göze alınarak toplum geneli eğitim ve uyarıların yapılması önem taşımaktadır. Aile hekimlerinin koruyucu hekimlik ve biyopsikososyal bakış açısı çerçevesinde yaklaşımlarının akılcı besin suplemanı kullanımını destekleyeceği düşünülmektedir.

Oral Presentation / Research

Evaluation of the effects of people registered to the family health center on the general health screening and health perceptionZeliha Alagöz Ekti¹, Nazlı Şensoy²

1. Afyonkarahisar Toplum Sağlığı Merkezi, 03030 Afyon, Turkey E-mail: nazsensoy@yahoo.com
 2. Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi

Presentation on 26/03/2021 06:30 in "Oral presentations 8" by Nazlı Şensoy

Keywords / Anahtar Kelimeler: Health Literacy, Health Screenings, Health Perception, Family Health Center

Aim:

In our study, we aimed to determine the health literacy (HL) level and related factors of the participants and to evaluate the effect of HL level on health perception and health screening.

Method:

This descriptive cross-sectional study was conducted in 5 different Family Health Centers on 1 August-30 September 2019 with 300 patients aged 18-65. The survey included socio-demographic data, questions that assess general literacy status, questions that measure participation in cancer screenings and other preventive medicine recommendations, European Health Literacy Survey (HLS-EU), and Health Perception Scale (HPS). The SPSS 20 program was used for statistical analysis and $p < 0.05$ value was considered significant.

Results:

The mean age of the participants was 39.1 ± 12.9 , 53% were women, 76.7% were married, 31% were housewives, 35% were university graduates. The level of HL individuals participate in the study was 31.07 ± 7.61 and corresponds to the 'problematic-limited' HL level. The HL level of the participants was compared with the sociodemographic variables. It was determined that the HL level was higher in young people, singles, people with higher education, and income levels ($p < 0.001$). The mean HPS score of the participants was found to be 48.83 ± 8.85 and it was noted that the HL level showed a positive correlation with the health perception ($r = 0.445$; $p = 0.001$). Also, it was determined that the level of HL didn't have a significant effect on individuals' screening for breast, cervical, and colon cancer, but it had a positive effect on getting a flu vaccination every year and going to dentist control once a year ($p < 0.05$).

Conclusions:

It was determined that 61.7% of the participant's HL was inadequate or limited-problematic. Turkey HLS and a study including eight European countries reported that HL of participants is either inadequate or limited problematic with 64.6% and 47.6%, respectively. The results obtained from our study showed that inadequate HL is a universal problem.

Full Text**GİRİŞ**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre sağlık okuryazarlığı, "bireyin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi yolunda bilgiye ulaşabilme, bilgiyi anlayabilme ve kullanabilme yeteneği"

olarak tanımlanmıştır (1).

Son yıllarda koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması, sağlık hizmetinden yararlananların büyük kısmının sağlık okuryazarlık seviyesinin yetersiz olması, sağlıkla ilgili teknik terimlerin fazlalığı, sağlık bilgisinin toplumla yeterince paylaşılamaması ve sağlık harcamalarındaki artış gibi sebepler sağlık okuryazarlığının öneminin artmasına neden olmuştur (2).

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olması, sağlık hizmetlerine erişimde güçlüğü ve sağlık bilgisinin yetersiz olmasına neden olmaktadır. Bu da hastalığa yakalanma riskinde artışa, tedavi yöntemlerini anlamada güçlüğü ve hastanede yatış oranında artışa sebep olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olan bireyler gereksiz hastane başvuruları yaparak sağlık hizmeti harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olan bireyler koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanmakta, sağlık taramalarını yaptırmayı ihmal etmekte ve bunun sonucunda kanser gibi erken teşhis edilebilen tanılarının atlanmasıyla morbidite ve mortalite oranlarında artışa neden olmaktadır (3-5).

Çalışmamızın amacı, Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 18-65 yaş arası kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek ve sosyo-demografik faktörlerin sağlık okuryazarlığı üzerine etkisini tespit etmektir. Bunun yanında kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısıyla olan ilişkisini ve sağlık taramalarını yaptırmaya durumuna olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

2. GEREÇ- YÖNTEM

Tanımlayıcı kesitsel nitelikte olan çalışmamız, 1 Ağustos-30 Eylül 2019 tarihleri arasında, Afyonkarahisar il merkezinde bulunan 5 Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, 18-65 yaş arasında olan 300 kişi ile yapıldı. Bu ASM'ler belirlenirken seçilen bölgenin sosyokültürel ve ekonomik özelliklerine göre iyi, orta ve kötü düzeyde olmasına dikkat edildi. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alındı. Araştırmacı tarafından anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

Anketin ilk kısmında sosyo-demografik veriler (yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi); ikinci kısmında bireylerin yaşa ve cinsiyete göre yaptırmaları gereken tarama ve koruyucu hekimlik uygulamalarına yönelik (meme ca, serviks ca, kolon ca ve prostat ca taramaları, kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine testis muayenesi, osteoporoz taraması, yıllık diş hekimi kontrolü, son 1 yıl içinde genel sağlık muayenesi ve grip aşısı yaptırmaya) sağlık personeli tarafından yönlendirilme durumunu ve uygulanma durumunu sorgulayan sorular; son kısımda ise Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOYA-AB) yer aldı. **SOYA-AB ölçeği:** Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe güvenilirliği ve geçerliliği 2014 yılında Tanrıöver ve ark. tarafından yapıldı (6-7). **SOYA-AB ölçeği** sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi olmak üzere üç boyut ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili bilgi edinme süreçlerini (bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi uygulama) içermektedir. Ölçek, her bir soruda belirtilen davranışın ne kadar "kolay" ya da "zor" olduğunun kişinin kendi algısına göre değerlendirilmesi ilkesine dayandırılarak oluşturuldu. Her madde 1 ile 4 arasında puanlanarak (1=çok zor, 2=zor, 3=kolay, 4=çok kolay) değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde standardize edilmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluk analizleri Shapiro-Wilk testi

ile incelendi. Değişkenler sayı, yüzde, ortalama±standart sapma ve medyan (minimum:maksimum) değerleriyle ifade edildi. Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanıldı. Veri analizi için SPSS 20.0 paket programı kullanıldı ve yanılma düzeyi olarak $p<0.05$ seçildi. Araştırmanın uygulanabilmesi için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Etik kurul kod: 2011-KAEK-2/ Toplantı No:2019/3) izin alındı.

3. BULGULAR

3.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcıların %53'ü (n=159) kadındır. Genel yaş ortalaması $39,1\pm 12,9$ olup (18-65 yaş) kadınların yaş ortalaması $36,8\pm 11,6$, erkeklerin yaş ortalaması $41,6\pm 13,8$ 'dir; %76,7'si evli; %35'i üniversite mezunu, %23'ü ilköğretim mezunu; %31'i ev hanımı, %20,3'ü ise memur; %46'sının aylık gelirlerinin 2000-4000 TL arasında olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan bireylerin %31,7'sinin (n=95) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon (%10,7) olduğu belirlendi. Katılımcılardan genel olarak sağlık durumlarını değerlendirmeleri istendiğinde; %65,7'si iyi, %28'i orta, %6,3'ü ise sağlığını kötü olarak tanımladı.

3.2. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Özellikler

Katılımcıların SOYA-AB ölçeği genel indeks puan ortalaması $31,07\pm 7,61$ 'dir. Kategorilendirilmiş sağlık okuryazarlık düzeylerine göre genel indeks puan ortalaması "sınırlı-sorunlu" sağlık okuryazarlık düzeyine karşılık gelmektedir. Yapılan kategorik değerlendirmede katılımcıların %61,7'si "Sınırlı-Sorunlu" veya "Yetersiz" düzeyde sağlık okuryazarıdır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların genel ve alt boyutlardaki sağlık okuryazarlığı kategorilerinin dağılımı

	Yetersiz (0-25)		Sınırlı-Sorunlu (>25-33)		Yeterli (>33-42)		Mükemmel (>42-50)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Genel İndeks	66	22	119,1	39,7	84,9	28,3	30	10
Sağlık Hizmeti	38,1	12,7	119,1	39,7	107,1	35,7	36	12
Hastalıklardan Korunma	90,9	30,3	108	36	71,1	23,7	30	10
Sağlığın İyileştirilmesi	84,9	28,3	102,9	34,3	80,1	26,7	32,1	10,7

3.3. Sağlık Okuryazarlığı Puanlarının Sosyo-demografik Değişkenlerle Karşılaştırması

Sağlık okuryazarlığı ölçek puanları sosyo-demografik verilerle karşılaştırıldığında yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi ile SOY arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit

edildi ($p<0,001$) (Tablo 2). Sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamasının gençlerde, bekârlarda, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek kişilerde anlamlı daha yüksek olduğu belirlendi. Katılımcıların SOY'ünü etkileyen sosyo-demografik faktörler multiple regresyon analizi ile incelendi. Regresyon analizinde yaş, eğitim düzeyi ve gelir durumu ile SOY genel indeks puanları arasında anlamlı ilişki saptandı (Açıklayıcılık katsayısı $r^2:0,408$; düzeltilmiş $r^2:0,400$; $p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen en önemli faktörün eğitim düzeyi olduğu tespit edildi.

Tablo 2. Sağlık okuryazarlığı ölçek puan ortalamasının sosyo-demografik değişkenlere göre dağılımı

	Ölçek Puanı (X±SD) (n=300)	P değeri
Cinsiyet		
Kadın (n=159)	30,57±8,11	0,256*
Erkek (n=141)	31,63±7,0	
Yaş		
18-25 yaş (n=57)	35,59±6,08	
26-35 yaş (n=70)	31,97±7,26	
36-45 yaş (n=82)	31,78±7,87	
46-55 yaş (n=47)	31,78±7,87	<0,001**
56-65 yaş (n=44)	26,34±6,54	
Medeni durum		
Evli (n=230)	29,9±7,17	
Bekâr (n=56)	36,50±6,18	<0,001**
Ayrılmış/dul (n=14)	27,55±	
Eğitim durumu		
İlkokul (n=69)	23,81±5,4	
Ortaokul (n=37)	28,57±5,56	<0,001**
Lise (n=89)	32,90±5,92	
Üniversite (n=105)	35,17±7,07	
Gelir durumu		
Düşük (2000'den az)	28,76±8,02	<0,001**
Orta (2000-4000)	31,03±6,34	
Yüksek (4000 üstü)	35,08±8,05	

*Mann Whitney U Test ** Kruskal-Wallis Testi

Araştırmaya katılanların, sağlık algısı ortalama puanı $48,83\pm 8,85$ 'tir ve orta düzeydedir. Sağlık algısını etkileyen sosyo-demografik faktörler incelendiğinde sağlık algısının erkeklerde, bekârlarda, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olan kişilerde anlamlı daha yüksek olduğu tespit edildi. Sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalaması ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,001$). Genel olarak sağlık okuryazarlığı yeterli ve mükemmel olan kişilerin sağlık algısı puanının, yetersiz ve sınırlı-sorunlu olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Çalışmamızda sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı arasındaki ilişki sperman korelasyon analizi ile incelendi. Sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ile SAÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,445$; $p=0,000$).

Çalışmamızda katılımcıların kanser taramaları yaptırmaları (KKMM, meme ca, serviks ca, kolon ca, prostat ca) ile sağlık okuryazarlığı puan ortalamaları karşılaştırıldı ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ancak diğer koruyucu hekimlik önerilerinden, her yıl grip aşısı yaptırmaya ve yılda bir kez diş hekimi kontrolüne gitme durumları üzerinde sağlık okuryazarlık düzeyinin olumlu etkisinin olduğu belirlendi. ($p<0,05$).

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı $31,07\pm 7,61$ olup %61,7'si yetersiz veya sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisindedir. Tanrıöver ve ark. tarafından gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında ise genel indeks puanı $30,4\pm 0,16$ olup katılımcıların %64,6'sının yetersiz veya sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu bildirilmiştir (6). Sekiz Avrupa ülkesini kapsayan geniş çaplı başka bir çalışmada, katılımcıların genel indeks puanı $33,8\pm 8,0$ olup bireylerin %47,6'sının yetersiz veya sınırlı-sorunlu sağlık okuryazarlığı kategorisinde olduğu bildirilmiştir (7).

Çalışmamızda cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Okyay ve Abacıgil'in çalışmasında da benzer şekilde sağlık okuryazarlığı indeks puanında cinsiyete göre anlamlı farklılık olmadığı bildirilmiştir (8). Avrupa da sekiz ülkede yürütülen HLS-EU çalışmasında ise kadınlarda sağlık okuryazarlığının daha iyi düzeyde olduğu saptanmasına karşın cinsiyetin sağlık okuryazarlığı için zayıf bir belirleyici olduğu raporlanmıştır (7). Çalışmamızda yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlık düzeyi incelendiğinde, yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı indeks puanının düştüğü belirlendi. Tanrıöver ve ark.'nın, Okyay ve ark.'nın ve Kamberi ve ark.'nın çalışmaları da yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı puanlarının azaldığı bildirilmiştir (6,8,9). Türkoğlu tarafından 2016 yılında Isparta'da yapılan araştırmada ve Beyoğlu'nun 2019 yılında Van'da yaptığı çalışmada evli bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin bekârlardan daha düşük olduğu bildirilmiştir (10,11). Çimen ve ark.'nın çalışmasında ise, evli bireylerin sağlık okuryazarlığı puanı bekârlara göre daha yüksek belirlenmiştir (12). Çalışmamızda bekârların sağlık okuryazarlık puanının daha yüksek olmasının sebebinin, bekâr grubun daha genç ve öğrenim düzeyi yüksek kişilerden oluşmasına bağlı olduğunu düşünüyoruz.

Duong ve ark.'nın 6 Asya ülkesinde yaptıkları araştırmada ve Furuya ve ark.'nın çalışmasında da sağlık okuryazarlığı ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş ve çalışmamızla benzer şekilde düşük öğrenim düzeyinin yetersiz sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi olduğu belirlenmiştir (13,14). Eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif korelasyon olduğunu gösteren çalışma sayısı daha fazla gibi görünse de literatürde yüksek eğitim düzeyindeki kişilerin de düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (15,16). Bu yüzden eğitim düzeyi yüksek olan herkesin sağlık okuryazarlığının da yüksek olacağını düşünmek doğru değildir.

Çimen ve Temel'in çalışmasında gelirleri giderlerinden daha fazla olan kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek

olduğu belirtilmiştir (12). Gelir düzeyi yüksek olan kişilerin hem koruyucu hizmetlerden faydalanabilmesi hem de özel sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmaktadır.

Chang'ın adölesanlarla yaptığı çalışmada, Wagner ve ark.'nın çalışmasında ve Furuya ve ark.'nın çalışmasında ise bireylerin demografik ve sosyoekonomik durumlarından bağımsız olarak, algılanan sağlık durumu ve sağlık okuryazarlığı arasında, çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir (17,18,14). Sağlık okuryazarlığı seviyesi yeterli olan bireylerin, mevcut sağlıklarıyla ilgili bilgi sahibi olması, sağlıklarında olumsuz yönde meydana gelen değişimi fark etmesi ve sağlık sorunlarını çözmek için eyleme geçme olasılığı daha yüksektir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı ile sağlık algısının pozitif yönde korelasyon göstermesi beklenen bir sonuçtur.

Literatürde sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin, sağlık taramalarına katılımının daha az olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (19,20). Berkman ve ark.'nın çalışmasında düşük sağlık okuryazarlığı, daha az mamografi taraması ve daha az grip aşısı yaptırmaya ve genel sağlık durumunu kötü olması ile ilişkili bulunmuştur (20). Marcus ve ark.'nın çalışmasında da sağlık okuryazarlık seviyesi düşük olan kadınların tarama programından daha az faydalandığı ve rahim ağzı kanseri açısından daha fazla risk taşıdıkları tespit edilmiştir (21). Literatürle benzer olarak çalışmamızda, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin; sağlığını iyi olarak algılama, grip aşısı yaptırmaya, her yıl diş hekimi kontrolüne gitme gibi bazı koruyucu sağlık hizmetleri ile anlamlı ilişkisinin olduğu tespit edildi.

Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olmasının evrensel bir problemidir. Sağlık okuryazarlığını artırmak için, toplumun mevcut sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi, toplumun kültürel yapısı, mevcut sağlık sistemi ve eğitim sistemi değerlendirilerek bu alanda çok boyutlu ve çok sektörlü çalışmalar yapılması oldukça önemlidir. Toplumumuzda gerek tedavi, gerek kronik hastalık takibi gerekse koruyucu hekimlik görevini üstlenmiş olan aile hekimleri, hastalarının her başvurusunu sağlık okuryazarlığı düzeyini arttırmak açısından bir fırsat olarak görmelidir.

KAYNAKLAR

1. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-67.
2. U.S. department of health and human services, office of disease prevention and health promotion. National action plan to improve health literacy. Washington, DC: 2010.
3. Johnston MV, Diab M, Kim S-S, Kirshblum S. Health literacy, morbidity, and quality of life among individuals with spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine.* 2005;28(3):230-40.
4. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine.* 2005; 118(4):371-7.
5. Safer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *American Family Physician.* 2005;72(3):463-8
6. Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanları sendikası Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları. 2014.
7. HLS-EU Consortium. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU (second revised and extended version). 2012.
8. Okyay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara: 2016.
9. Kamberi H, Hysra B, Toçi E, Jerliu N, Qirjako G, Burazeri G. Functional health literacy among primary health care users in transitional Kosovo. *Med Arh.* 2013;67(5):375-7.
10. Türkoğlu Ç. Sağlık okuryazarlığı ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin incelenmesi: Isparta ili örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Isparta: 2016.
11. Beyoğlu MM. Diyabetes mellitus veya hipertansiyonu olan yetişkin bireylerde

- sağlık okuryazarlığı, endişe ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi ve kronik hastalığı olmayan bireylerle karşılaştırılması. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Van: 2019.
12. Çimen Z, Temel AB. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2017;3:105-27.
 13. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. J Epidemiol. 2017;27(2):80-6.
 14. Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. Health Promot Int. 2015;30(3):505-13.
 15. Cho RN, Plunkett BA, Wolf MS, Simon CE, Grobman WA. Health literacy and patient understanding of screening tests for aneuploidy and neural tube defects. Prenat Diagn. 2007;27:463-7.
 16. Wilson FL, Brown DL, Stephens-Ferris M. Can easy-to-read immunization information increase knowledge in urban low-income mothers? J Pediatr Nurs. 2006;21(1):4-12.
 17. Chang LC. Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan. J Clin Nurs. 2011;20(1-2):190-6.
 18. Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health. 2007;61(12):1086-90.
 19. Davis TC, Dolan NC, Ferreira MR, Tomori C, Green KW, Sipler AM, et al. The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. Cancer Invest. 2001;19(2):193-200.
 20. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes : An updated systematic review. Ann Intern Med. 2011;155(2):97-107.
 21. Marcus AC, Crane LA. A review of cervical cancer screening intervention research: Implications for public health programs and future research. Prev Med. 1998;27(1):13-31.

Oral Presentation / Research**Follow-up of Pregnancies with Microprolactinomas**

Süheyla Aydoğmuş, İsmail Arslan, Osman Aydın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 06390 Ankara, Turkey E-mail: ismailarslan@doctor.com

Presentation on 26/03/2021 06:30 in "Oral presentations 8" by İsmail Arslan

Keywords / Anahtar Kelimeler: Microprolactinoma, pregnancy, prolactin, dopamine agonist.**Aim:**

Microprolactinomas are the most common adenomas in pituitary. It present to the Obstetrics and Gynecology Clinics with complaints like amenorrhea, galactorrhea and infertility. In this study, we aimed to compare normal pregnant women and the pregnant women who have microprolactinoma.

Method:

The study was conducted between two groups in which microprolactinoma was formed in some cases and in the control group in patients with normal pregnancy.

Results:

Prolactin levels were significantly higher in the first two trimesters of pregnancy compared to the control group ($p < 0.05$). In the last trimester, prolactin levels were not significantly different between the two groups. ($p > 0.05$).

Conclusions:

Microprolactinoma during pregnancy is considered safe for mother and baby provided that close clinical follow-up and if necessary, starting bromocriptine treatment.

Full Text**GİRİŞ**

Prolaktin (PRL), polipeptid yapıda bir hormon olup sentezi ve salınımı hipofizdeki laktotrof hücrelerden gerçekleşir. Hormonun ön hipofizden epizodik salınımı ise hipotalamusdan salgılanan PRL salgılatıcı ve inhibe edici faktörlerin kontrolü altındadır(1). PRL seviyesi kadınlarda normalde 25 ng/ml altındadır(2). Bu değerlerin üzerinde tespit edilmesi hiperprolaktinemi olarak tanımlanır(3).

Hiperprolaktinemi asemptomatik seyredebileceği gibi amenore/oligomenore, galaktore, infertilite, seksüel disfonksiyon, kilo artışı, kemik mineral yoğunluğunda azalma ve adölesan çağda puberte gecikmesi ile de klinikte gözlenebilir(4,5). Galaktorenin hiperprolaktinemi kadınlarda hepsinde bulunmamasının nedeni ise prolaktin heterojenitesine, biyoaktivitesine ya da immünoaktivitesine bağlı olarak değişik klinik ve serolojik bulgular gözlenmesine bağlanmaktadır(6). PRL konsantrasyonu arttıkça normal ovulasyondan, yetersiz luteal faza, intermitant anovulasyona, total anovulasyona ve amenoreye kadar giden klinik durumlar oluştuğu düşünülmektedir.

Prolaktinoma hipofizin laktotrop hücrelerinden kaynaklanan ve aşırı PRL sekresyonuna neden olan bir adenomdur. Hipofiz adenomlarının yaklaşık %40'ı prolaktinomadır(7). İnsidansı milyonda 27, prevalansı milyonda 500'dür(1). Prolaktinomalar

mikroprolaktinoma ve makroprolaktinoma olarak ikiye ayrılırlar. 1 cm'den küçük olanlara mikroprolaktinoma, 1 cm'den büyük olanlara ise makroprolaktinoma denmektedir. Mikroprolaktinomalar, prolaktinomaların %90'ını oluşturur(5).

Yüksek PRL konsantrasyonları ovulasyon oranını azaltıp, progesteron sekresyonunu bozup, embrio implantasyonu için uygun hormonal koşulları bozarak infertiliteye sebep olmasına rağmen bu olguların yaklaşık %90'ında dopamin agonisti tedaviler ile gebelik oluşturulabilmektedir(8-13).

Normal gebelikte hipofiz bezi boyutları laktotropların artışı ile iki katına çıkar. Gebelik boyunca PRL konsantrasyonu artar ve doğumda 200-300 ng/ml düzeyine ulaşabilir. Bu artış nedeniyle, prolaktinoması olan gebelerin prolaktinomunun büyüme riski vardır(14). Mikroprolaktinomalı kadınların gebelikleri süresince %2,4 ünde adenom büyümesine bağlı semptomlar gelişmektedir. Makroprolaktinomalarda bu oran %21 bulunmuştur(15,16). Gebelik boyunca prolaktinomaların büyüebileceği ve oftalmik sinire bası yapabileceği bilinmektedir(17).

Uzun etkili dopamin agonisti olan bromokriptinin hiperprolaktinemi hastalarda ovülasyon indüksiyonunu sağladığı ve tümör volümünde küçülme yapabilmesi nedeniyle, prolaktinomalı hastalarda nörolojik bulgu ve görme alanında defekt yoksa, gebelik öncesi pitüiter radyasyon ya da cerrahi girişim yapılmadan gebeliğe izin verilebilmektedir(18).

Gebelikte dopamin agonistlerinin düşük, ektojik gebelik veya konjenital malformasyon riskini artırmadığını gösteren birçok çalışma vardır(12,16,19,20). Bununla birlikte, gebelik doğrulandıktan sonra özel durumlar dışında dopamin agonistlerinin kesilmesi önerilir(21).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde takip edilen gebeliklere de yol göstermesi amacıyla çalışmamızda mikroprolaktinoması olan gebeler ile normal gebelerin karşılaştırılması ve takipler sırasında ortaya çıkabilecek durumların ortaya konması amaçlandı.

MATERYAL ve METOD

Çalışma mikroprolaktinoması olup gebelik planlayanlar ile eş zamanlı normal gebeliği olan gönüllüler üzerinde yapılması planlandı. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulundan çalışma için izin alındı. Aynı hastanenin Kadın Sağlığı ve Doğum kliniğinde çalışma yürütüldü. Vaka grubu olarak mikroprolaktinoması Bilgisayarlı Tomografi(BT) görüntülemesi ve Serum PRL düzeyi ile tespit edilen ve dopamin agonisti tedavisi ile gebe kalanlar alındı.

Serum prolaktin düzeyinin en az iki kez 30 ng/ml üzerinde bulunması, TSH serum düzeyinin normal olması, hiperprolaktinemi nedeni olabilecek ilaç kullanımı öyküsünün olmaması, karaciğer problemi olmaması ile birlikte görme alanı, oftalmolojik inceleme, sella tursika grafisi ve BT değerlendirmeleri ile mikroprolaktinoma tanı kriterleri oluşturuldu. Hastaların oftalmolojik incelemesi, gebelik öncesinde ve gebelik süresince ayda bir kez yapıldı.

Sonuçlar ortalama değer \pm standart sapma şeklinde, gruplar arası farklar Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. Değerlendirme sonuçlarında $p < 0,05$ olması anlamlı fark olarak kabul edildi.

BULGULAR

İnfertilite nedeni ile başvuran tanı kriterlerine uyan 15 hasta vaka grubu olarak alındı. Yaş ortalaması $28,27 \pm 2,49$ (min 24-max 32) idi. Menarşları sorulduğunda ortalama $13,30 \pm 6,80$ yaşında, adetleri sorulduğunda (7,2-36) hafta ile oligomenore veya amenore de olduklarını belirttiler. PRL düzeyleri ortalama $133,73 \pm 57,38$ (57-250)ng/ml olarak bulundu.

Hastalara hiperprolaktinemi nedeni ile bromokriptin ve/veya klomifen sitrat tedavisi başlandı. Bu tedavileri ortalama $9,73 \pm 4,66$ (2-20) hafta aldıktan sonra gebe kaldıkları üriner gebelik testi veya kan testi ile tespit edilir edilmez ilaç tedavileri sonlandırıldı. Tedavi sırasında bazı hastalarda bulantı ve baş dönmesi gözlemlendi. Tedaviden 1-2 hafta sonra bu yan etkiler kayboldu ve bu nedenle tedaviyi bırakan hasta olmadı.

Vaka grubunda gebelik boyunca aylık kontrolleri ve serum PRL düzeyleri tetkik edildi. Kontrol grubundaki 15 normal gebenin ise her trimesterin son haftasına rastgelen ve sabah aç karnına alınan serum PRL düzeyleri ölçüldü.

Vaka grubunda bir gebelik 12. haftada spontan abortus ile sonuçlandı. İki gebe sezaryenle, 12 gebe ise spontan vajinal yolla doğurdu. Biri prematür, 13'ü matür tümü sağlıklı bebeklerdi. Sezaryen endikasyonu bir vakada makat prezentasyon, diğer vakada ise baş pelvis uygunsuzluğu nedeniyle kondu.

Vaka grubunda gebelik süresince bir olguda 31. gebelik haftasının başında, baş ağrısı, vizüel semptomlar ve galaktore gözlemlendi. Yapılan görme alanı incelemesinde görme alanında bilateral temporal daralma ve serum PRL düzeyinde 600 ng/ml ye ulaşan yükselme tespit edildi. BT ile hastanın yeniden incelenmesinde tümör volmünde artış olduğu ancak suprasellar yayılma izlenmediği rapor edildi.

Günlük 7,5 mg bromokriptin tedavisine başlandı. İlk haftanın sonunda 15 mg/gün dozuna çıkarıldı. Tedavinin onuncu gününde görme alanı defektinin ve galaktorenin kaybolması üzerine 14. günden itibaren 10 mg/gün dozuna inildi. Haftada bir yapılan görme alanı değerlendirmesinin normal bulunması üzerine 37. gebelik haftasına kadar 5 mg günlük doz ile devam edildi. 37. gebelik haftasında spontan kontraksiyonların başlaması ile 2900 gram ağırlığında, apgar skoru 5. dakikada 9 olan bir bebek doğdu. Postpartum dönemde bromokriptin tedavisi kesildi ve laktasyona izin verildi.

İki hastanın ise gebeliğin ilk trimesterinde baş ağrısı şikayeti oldu. Yapılan görme alanı ölçümleri, göz dibi değerlendirmeleri ve nörolojik muayeneleri normal olarak değerlendirildi. 15. gebelik haftasından sonra şikayetleri oldukça azaldı.

Kontrol grubunda intrapartum ve postpartum dönemde komplikasyon oluşmadı. Her iki grupta ki bebeklerde konjenital anomali gözlenmedi.

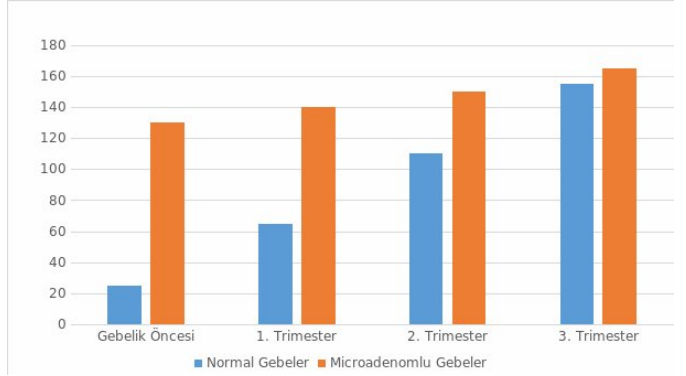
Gebelik boyunca ölçülen serum PRL seviyelerinin karşılaştırması Tablo 1'de verildi. Vaka grubu PRL seviyelerinin gebeliğin ilk iki trimesterinde kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p < 0,05$). Son trimester da ise iki grup arasında PRL düzeyi açısından anlamlı fark olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$).

Tablo 1. Vaka ve Kontrol Gruplarının Trimestirlere Göre Prolaktin Düzeylerinin Karşılaştırması

	Vaka Grubu (N=15)	Kontrol (N=15)	P*
1. Trimestir	$136 \pm 21,5$	$58 \pm 11,6$	$< 0,05$
2. Trimestir	145 ± 20	$102 \pm 17,3$	$< 0,05$
3. Trimestir	$159 \pm 35,2$	$146 \pm 32,7$	$> 0,05$

*Mann Whitney U testi

Kontrol grubunda prolaktin düzeyi ilerleyen gebelik ayı ile uyumlu olarak yükselirken, vaka grubunda belirgin düzeyde bir artış göstermemiştir. Yapılan ölçümler Şekil 1'de gösterildi.



Şekil 1:Vaka Grubu ile Kontrol Grubunun Prolaktin Düzeyleri

TARTIŞMA

Mikroprolaktinoması olan ve gebelik arzu eden kadınlar, medikal tedavi ile gebe kalmaları sağlanabilir. Normalde gebelik boyunca hipofizin hacimce büyüdüğü bilinmektedir. Normal bir kadında bu büyüme hiçbir zaman klinik semptomların ortaya çıkmasına sebep olmazken, mikroprolaktinoması olanlarda nadiren de olsa gebelik esnasında büyüyerek vizüel ya da nörolojik semptomlar oluşturabilir. Bu durumda bromokriptin tedavisinin etkili ve emin bir yöntem olduğu rapor edilmiştir(17,20).

Çalışmamızda bir vakada bu durum ortaya çıkmıştır. Tedavi sonucunda komplikasyon oluşmadan gebelik tamamlanmıştır. Bu nedenle mikroprolaktinoması olan gebelerin yakın takibi ve bu konuda dikkatli olunması önerilir.

1970 yıllarında prolaktinomali infertil kadınların tedavisinde, otörlerin büyük çoğunluğu, gebelik süresince hızlı tümör büyümesinin gerçekleşebileceğini, bu nedenle gebelik öncesi cerrahi ya da radyoterapinin gerektiği görüşünde idi(22,23). Elde edilen veriler göstermiştir ki ne cerrahi ne de radyoterapi infertil prolaktinoma vakalarında ideal tedavi yöntemleri değildir. Cerrahi tedavi sonrasında gelişebilecek hipopitüitarizm riski ve rekürrens oranının beklenenden daha yüksek oluşu, bu vakalarda primer tedavinin öncelikle medikal tedavi olduğu yönünde görüş birliği sağlamıştır(24,25). Çalışmamızdaki medikal tedavi grubunun sonuçları da bu görüşü desteklemektedir.

Gebelik gerçekleştiği zaman komplikasyon riskinin düşük olması nedeniyle bromokriptin tedavisine son verilebilir. Ancak Konopka ve ark.(26) prolaktinomali gebelerde gebelik boyunca bromokriptin tedavisine devam etmek ile nörolojik komplikasyon oranı oldukça düşüğünü belirtmişlerdir. Farklı görüşler olmasına rağmen yakın takip edilebilecek hastalarda ilacın kesilmesi ve ihtiyaç halinde tekrar başlanması daha uygun gibi

görünmektedir.

Doğum sonrası devrede ise bu vakalarda önceleri uygulanan tedavi yöntemi laktasyona izin vermeme ve bromokriptin tedavisine serum prolaktin seviyesini istenilen düzeyde tutmak üzere (20 ng/ml) devam edilmesi şeklindeydi. Bu yöntem laktasyonun tümör büyümesini arttıracığı varsayımına dayanıyordu. Ancak şu anki bilgilerimiz laktasyonun tümör büyümesine etkisinin olmayacağı, aksine laktasyon devresinin vücudun düşük östrojen aktivitesi ile birlikte gittiği devre olup, bu nedenle laktasyon süresince adenomun sekretuar aktivitesinin de düşük seyredeceği şeklindedir(27).

Aspilla ve ark.(28) yaptıkları bir çalışmada prolaktin ile abortus oluşması arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Janovic ve ark.(29) abortus imminens olarak takip edilen ve gebeliklerin spontan abortusla sonuçlanan olgularında prolaktin değerlerinin normal sınırlarının altında olduğunu göstermişlerdir. Prolaktin seviyelerinde iniş ve çıkışların bulunduğunu ve bu oynamaların yetersiz desidual ve trofoblastik gelişmenin bir sonucu olabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Çalışmamızda bir vaka abortusla sonuçlanmıştır. Bunun neden kaynaklandığı anlaşılabilir. Toplumdaki abortus sıklığı ile karşılaştırılmak için daha geniş vaka grubu ile çalışma yapmak gereklidir.

Primer adenohipofiziel neoplazmalar arasında pitüiter karsinomların görülme sıklığı ise oldukça düşüktür. Karsinom tanısı serebrospinal ya da ekstrakranial metastazların gözlenmesi ile konur(30). İnvaziv adenomda ise tümör ekstrasellar yayılım gösterir. Bu yayılım dural sinüslere, kemik yapıya hatta kranial sınırlara olabilir. Adenom, invaziv adenom, karsinom ayrımı klinik ve radyolojik bulgulara göre yapılmaktadır. Mikroadenomların invaziv özellik göstermesi ise çok nadir olup bir çalışmada intrasellar adenomlarda fokal invazyon görülme oranının yalnızca %2 olduğu rapor edilmiştir(31).

Tekil gebelik olması kaydıyla gebelik esnasında PRL düzeyinde olabilecek belirgin yükselmelerin adenom büyümesinin göstergesi olabileceğini belirten yayınlar vardır(26). Çalışmamızda bir vakada semptomlar ortaya çıktığında ölçülen prolaktin düzeyinin yüksekliği bu görüşü destekler nitelikteydi. Mikroprolaktinomalı gebelerin takibinde düzenli PRL seviyesi ölçümlerinin erken tanıda yer alması ile bu hasta grubunun birinci basamakta da takip edilebilmesini sağlayabilir.

Tümöre bağlı komplikasyonların oluşması halinde semptomlar ağır ve ilerleyici değilse yakın takip ve konservatif tedavi uygulanmalıdır. Ancak vakaların çoğunda bromokriptine tekrar başlanması gerekmektedir(31). Bromokriptin tedavisi ile tümör büyümesi hızla geriler. Eğer gebelik terme yakınsa doğum planlanabilir. Gebelik sonlandırılmasından sonra tümör komplikasyonları hızla düzeler(22). Çalışmamızda vaka sayımız az olmasına rağmen bu görüşleri destekler sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak gebelikte mikroprolaktinoma varlığı, yakın klinik takip ve gerekli görüldüğü taktirde bromokriptin tedavisine başlamak kaydıyla anne ve bebek açısından güvenli olduğu kabul edilebilir. Birinci basamakta da bu tip gebelerin takibi Aile Hekimleri ile Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının koordineli şekilde çalışabilmesi ile mümkün olabilir.

KISITLILIKLAR

Görüntüleme yöntemi olarak çalışmanın yapıldığı yıllardaki teknik sebeplerden ötürü günümüzde gebelik takibinde kullanılması önerilmeyen BT görüntüleme tekniğinin kullanılmış olması çalışmanın özeleştirisidir. Vaka sayımızın az olması ve tek bir merkezden toplanmış olması çalışma sonucunun toplumu yansıtması açısından yetersizdir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipofiz Çalışma Grubu. Hipofiz Hastalıkları Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 13. Baskı. Nisan 2019. S:1-14.
2. Casanueva FF, Molitch ME, Schlechte JA, ve ark. Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinoma. Clin Endocrinol (Oxf) 2006; 65(2): 265-73.
3. Gökosmanoğlu F. Prolaktinoma'lı Olgularımızın Klinik Değerlendirilmesi. Acta Medica Alanya. 2018; 174-170.
4. Düz B, Kaplan M, Seçer Hİ, Gönül E. Hipofiz Adenomlarının Tedavisindeki Gelişmeler. Türk Nöroşirürji Dergisi, 2008, Cilt: 18, Sayı: 3, 173-178.
5. Taşdelen M, Durmaz Ceylan Ş. İlginç bir hormon ilginç bir hastalık: hiperprolaktinemi ve prolaktinoma. Ortadoğu Tıp Derg 2019; 11(4):561-576. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.466911>.
6. Yen SSC, Robert B, Joffe MD. Reproductive Endocrinology Physiology. Pathophysiology and Clinical Management. Second Edition 1986 C.9 p. 237.
7. Daly AF, Tichomirowa MA, Beckers A. The epidemiology and genetics of pituitary denomas. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2009;23(5):543-554.
8. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR, et al. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2011, 96:273-88.
9. Wang AT, Mullan RJ, Lane MA, et al. Treatment of hyperprolactinemia: a systematic review and meta-analysis. Systematic reviews, 2012, 1.1:33.
10. Molitch ME. Medical management of prolactin-secreting pituitary adeno-mas. Pituitary 2002, 5:55-65.
11. Molitch ME. Prolactinoma in pregnancy. Best Practice Res Clin Endocrinol Metab 2011, 25:885-96.
12. Ono M, Miki N, Amano K et al. Individualized high-dose cabergoline therapy for hyperprolactinemic infertility in women with micro and macroprolactinomas. J Clin Endocrinol Metab 2010, 95:2672-9.
13. Molitch ME. Endocrinology in pregnancy: management of the pregnant patient with a prolactinoma. Eur J Endocrinol 2015, 172:205-13.
14. Karaca Z, Tanrıverdi F, Unluhazirci K, Keleştimur F. Pregnancy and pituitary disorders. Eur J Endocrinol 2010, 162:453-475.
15. Lebbe M, Hubinont C, Bernard P et al. Outcome of 100 pregnancies initiated under treatment with cabergoline in hyperprolactinemic women. Clin Endocrinol 2010, 73:230.
16. Molitch ME. Endocrinology in pregnancy: management of the pregnant patient with a prolactinoma. Eur J Endocrinol 2015, 172:205-13.
17. Lamberts SWJ, Klijin JGM, de Lange SA et al. The incidence of complications during pregnancy after with radiologically evident pituitary tumors. Fertil Steril 1979, 31:614-619.
18. Mc Gregor AM, Scanlon MF, Hall Ket al. Reduction in size of a pituitary tumor by bromocriptine therapy. New Eng. J. Med. 1979, 300.6:291-3.
19. Colao A, Abs R, Bárcena DG et al. Pregnancy outcomes following cabergoline treatment: extended results from a 12-year observational study. Clin Endocrinol 2008, 68.1:66-71.
20. Stalldecker G, Mallea-Gil MS, Guitelman M et al. Effects of cabergoline on pregnancy and embryo-fetal development: retrospective study on 103 pregnancies and a review of the literature. Pituitary 2010, 13.4:345-50.
21. Casanueva FF, Molitch ME, Schlechte JA et al. Guidelines of the pituitary society for the diagnosis and management of prolactinomas. Clin Endocrinol 2006, 65:265-73.
22. Imran SA, Ur E, Clarke DB. Managing prolactin-secreting adenomas during pregnancy. Canadian family physician 2007, 53.4:653-8.
23. Nyboe A, Starup J, Tabor A. The possible prognostic value of serum prolactin increment during pregnancy in hyperprolactinemic patients. European Journal of Endocrinology 1983, 102.1:1-5.
24. Bergh T, Nilus SJ, Enoksson P. Bromocriptine induced pregnancies in woman with large prolactinomas. Clinical Endocrinology 1982, 17.6:625-31.
25. Colao A. Pituitary tumours: the prolactinoma. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab, 2009; 23: 575-96.
26. Konopka P, Raymond JP, Merceros RE, Seneze J. Continuous administration of bromocriptine in the prevention of neurological complications in pregnant women with prolactinomas. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1983, 146.8:935-8.
27. Holmgren U, Bergstrand G, Hagenfeldt K, Werner S. Women with prolactinoma - effect of pregnancy and lactation on serum prolactin and tumor growth. European Journal of Endocrinology 1986, 111.4:452-9.
28. Aspilla O, Whittaker GP, Grey EC, Lind T. Endocrinologic event in early pregnancy failure. American Journal of Obstetrics & Gynecology 1983, 147.8:903-8.
29. Janovic L, Dawood MY, Landesman R. Hormonal profile as a prognostic index of early threatened abortion. American Journal of Obstetrics & Gynecology 1978, 130.3:274-8.
30. Ehara J, Siler TM. Serum Prolactin Levels during puberty. American Journal of

Obstetrics & Gynecology 1975, 121.7: 995-7.

31. Bergh T, Niliius SJ, Wide L. Clinical course and outcome of pregnancies in amenorrheic women with hyperprolactinemia and pituitary tumors. British Medical Journal 1978, 1:875-80.

Oral Presentation / Research

İleri Evre Over Kanserinde Prognostik Biobelirteç AraştırılmasıSinan Ateş¹, G. Füsün Varol²

1. Trakya Üniversitesi tıp fakültesi, 22030 edirne, Turkey E-mail: sinanates@trakya.edu.tr
2. Trakya Üniversitesi

Presentation on 26/03/2021 06:30 in "Oral presentations 8" by Sinan Ateş

Keywords / Anahtar Kelimeler: Over kanseri, İnflamasyon, CA-125, CRP, TGF-β

Aim:

Over kanseri jinekolojik kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Erken evrede semptomlar nonspesifiktir ve hastalar genellikle ileri evrede tanı almakta olup hala etkin bir tarama yöntemi bulunmamıştır. Yapılan birçok çalışma inflamasyonun over kanseri riskini arttırdığını göstermektedir. Bu çalışmada inflamasyon markeri olan TGF-β ve CRP'nin over kanseri ile olan ilişkisi ve hastalarda tarama, tanı ve takipte kullanılabilirliğinin araştırılması hedeflenmiştir.

Method:

Şubat 2006 ile Temmuz 2012 tarihleri arasında, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda over kanseri tanısı ile opere edilen, evre III ve IV olduğu saptanan 29 hasta ve kontrol grubu olarak postmenapozal sağlıklı 12 kadın araştırma kapsamına alınarak randomize kohort olarak incelendi. Hastaların TGF-β, CRP ve CA-125 değerleri istatistiksel olarak değerlendirilerek, hastalık prognozunda ve tanısında over kanseri ile korelasyonu araştırıldı.

Results:

Çalışmaya alınan hastaların yaşları ortalama=52,6±8,8 (36-77 arasında değişen), postmenapozal sağlıklı kontrol grubunun yaşları ortalama= 54,3±8,1 (49-72 arasında değişen) idi. Hastaların 20 sinde (%66) nüks saptandı. Hastalısız sağ kalım ortalama 16,2±6,6 ay (3-29 ay) idi. Ölen 6 hastada ortalama sağ kalım 30,5±9,5ay (13-40 ay) idi. Hastaların TGF-β, CRP ve CA-125 değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Alınan 12 kişilik alt grup ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında gruplarının CRP düzeyleri arasında (hasta=10,9+8,9mg/l; kontrol=3,6+3,4mg/l, p<0.05) ve TGF-β düzeyleri arasında (hasta=49,9+29,7; kontrol=13,6+23,1; p<0.01) anlamlı fark bulundu. Hasta grubu CRP düzeyine göre ikiye ayrıldığında 10 mg/dl'nin üzerinde ve altında olanlar arasında sağ kalım açısından (CRP>10mg/dl: sağ kalım:45,2+24,9 ay; CRP<10 mg/dl: sağ kalım:55,4+33,6 ay) ve TGF-β düzeyleri açısından anlamlı fark saptanmadı (CRP>10mg/dl: TGF-β:44,2+29,6 ng/ml; CRP<10 mg/dl: TGF-β:53,9+31,4 ng/ml).

Conclusions:

Çalışmamızda inflamasyon markeri olan TGF-β ve CRP'nin over kanseri tanısında yeri olabileceğini saptadık. Serum CRP düzeyi ölçümü kolay ve ucuz bir yöntem olarak rutin birinci basamak sağlık merkezlerinde dahi uygulanabilirliği açısından önemlidir. Daha büyük hasta gruplarında ve yinelen ölçümlerle yapılan çalışmaların bize bu konuda daha fazla bilgi verebileceği düşüncesindeyiz.

Giriş

Over kanseri kadın kanserleri arasında 5, jinekolojik kanserler arasında 2. sıradadır ve mortalitesi en yüksek olan jinekolojik kanserdir (1). Erken evrede semptomları spesifik olmadığından, vakaların büyük çoğunluğunu tanı anında ileri evre olarak saptanır. Over kanseri için hala etkin bir tarama yöntemi bulunmamaktadır. Yapılan bir çok çalışma inflamasyonun over kanseri riskini arttırdığını desteklemektedir. Over kanseri patogenezi sırasında ortaya çıkan olaylar hücre bağışıklık sistemi ve enerji metabolizmasını etkileyerek bir çok klinik semptomun ortaya çıkmasına neden olmakta ve hastanın yaşam kalitesini ve prognozunu etkilemektedir. İleri evre over kanserlerinde hastaların takibi ve tedavilerinin planlanması kanser antijen (CA-125) ile yapılmaktadır. İnflamasyonun over kanseri prognozunda etkili olmasından yola çıkarak inflamasyon yolunda yeralan TGF-β ve CRP' nin serumda yüksek saptanmasının CA-125 gibi hastalığın takibinde ve prognozunda kullanılabileceği hipotezi ile bu çalışmaya başladık.

Yöntem

Yaptığımız çalışmada Şubat 2006 ile Temmuz 2010 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'ne over kanseri tanısı ile refere edilip opere edilen ve Şubat 2006 ile Temmuz 2012 arasında uzun takipli 29 olgu takibe alındı ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu onayı alındı. Klinik ve patolojik data olarak hastalığın evresi, tümörün sınıfı, asit ve tümör evrelemesi kullanıldı. Hastalığın tümör evrelemesi için FIGO, sınıfı için WHO(Dünya sağlık örgütü)'nün önerdiği sınıflama sistemi kullanılmıştır. Bilgilendirilmiş onamı alınan hastaların preoperative ve postoperatif takiplerinde serumda TGF β ve CRP düzeylerini (Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay) ELISA yöntemi ile saptamak amacı tüplere yaklaşık 4cc kanları alındı. Yine kontrol grubu olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvurmuş normal postmenopozal 12 hastadan serum örnekleri alındı. Hastaların örneklerinin alındığı tarihlere kadar aldıkları kemoterapiler kaydedildi. Ameliyat tarihinden hastalığa bağlı ölüm tarihine kadar geçen süre 'genel sağ kalım süresi', ameliyat tarihinden hastalığın rekürens gösterdiği tarihe kadar geçen süre PFS (hastalısız sağ kalım) olarak kabul edildi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Laboratuvarı'nda ASSAYPRO kitleri ile TGF β ve DRG kitleri (International Featured as Spotlight Company of 2012 AACC ,Los Angeles) ile CRP "Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay" yöntemi ile çalışıldı. TGF β çalışılırken serum dilüsyon faktörü 1/4000, CRP çalışılırken serum dilüsyon faktörü 1/100 olarak yapıldı. Sonuçlar son olarak 450 nm absorbansta ile Biotek µ Quant cihazında çalışıldı.

Bulgular

Yaşları 36-77 (ortanca=52 ortalama=52,6±8,8) arasında değişen, FIGO'ya göre evre III (Tümör tek veya her iki overi tutmuş ek olarak pelvis dışındaki abdominal peritonda patolojik olarak ispatlanmış tümör mevcut veya lenf nodu metastazı var) ve evre IV (Uzak metastaz var -Peritoneal metastazlar dışında) olduğu tespit edilen 29 over kanseri ve kontrol olarak alınan postmenopozal 12 kişi çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu olarak alınan olguların yaşları 49-72 (ortanca= 53,5 ortalama= 54,3±8,1) arasında değişmekteydi ve hepsi postmenopozaldı.

Çalışmaya alınan hastaların 23'ü (%79) evre 3, 6 hasta evre 4 olarak değerlendirildi. Bu hastaların hepsine cerrahi tedavi

uygulandı. Bütün over kanseri hastalarında standart cerrahi tedavide sitoredüksiyon cerrahisi olarak total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi ve omentektomi uygulandı ve rezidü tümörün minimumuma inmesi amaçlandı. Hastaların opere oldukları tarihte ek medikal problemleri saptanmadı.

Rezidü tümör büyüklüğü her hasta için 0, >2cm ve <2 cm olarak alındı. 9 hastada (%31) rezidü tümör 0, 15(%51) hastada rezidü tümör <2 cm, 5 (%18) hastada rezidü tm > 2 cm olarak saptandı. Hastaların operasyon sırasında saptanan asit miktarları değerlendirildiğinde 15 hastada (%51) asit saptanmadı. 4 (%13) hastada <500 cc asit, 10 (36) hastada >500 cc asit saptandı. Hastaların tümör sınıf incelenmesinde 3 hasta (%10) sınıf 1, 7 hasta (%24) sınıf 2, 19 hasta (%65) sınıf 3 saptandı. Operasyon sırasında omentum tutulumu değerlendirildiğinde 21 (%72) hastada omentum tutulumu pozitif saptandı. Hastalar diafragma altı tutulum açısından değerlendirildiğinde 14 hastada (%48) diafragma altı periton tutulumu saptandı. Çalışmaya dahil edilen 29 hastanın 20 sinde (%66) nüks saptandı. Çalışmaya alınan hastaların 23'ü (%79) evre 3, 6 hasta evre 4 olarak değerlendirildi. Evre 4 olarak değerlendirilen 6 hastanın hepsinde nüks saptandı. Her hasta postop 6 kür kemoterapi aldı. 29 hastanın 6'sına (%20) relaparotomi uygulandı. Hepsi tümör açısından pozitif kabul edildi. 6 hasta (%20) takipler sırasında exitus oldu. Sağ kalım primer cerrahi tedaviden hastanın ölümüne kadar geçen süre olarak hesaplandı. Primer cerrahiden nüks veya metastaz gelişimine kadar geçen süre PFS (hastalısız sağkalım) olarak belirlendi. Sağkalım ve PFS süresi ay olarak belirtildi. Sağkalım ölen 6 hastada ortalama 30,5±9,5ay (13-40 ay), PFS ortalama 16,2±6,6 ay (3-29 ay) idi. Hasta grubu kendi içinde değerlendirildiğinde TGF-β ,CRP ve CA-125 değerleri karşılaştırıldığında p < 0,05 olarak saptandı istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Daha sonra hasta grubunda alt grup oluşturuldu ve kontrol grubundaki 12 hasta ile karşılaştırıldı. Hasta (10,9+8,9mg/l) ve kontrol (3,6+3,4mg/l) gruplarının CRP düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05). TGF-β düzeylerinde de gruplar arasında anlamlı farklı bulunmuştur (Kontrol:13,6+23,1; Hasta:49,9+29,7;p<0.01). Hasta grubu kendi içerisinde CRP düzeyine göre ikiye ayrıldığında 10'un üzerinde olan (45,2+24,9 ay) ve altında olan (55,4+33,6 ay) gruplar sağ kalım açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu iki gruba ait hastaların TGF-β düzeylerinde de anlamlı fark görülmemiştir (CRP>10: 44,2+29,6; CRP<10: 53,9+31,4 ng/ml)

Tartışma

Over kanseri kadın kanserleri arasında 5, jinekolojik kanserler arasında 2. sıradadır ve mortalitesi en yüksek olan jinekolojik kanserdir. Over kanserinin erken evrede semptomları spesifik olmadığından tanı anında hastaların çoğu ileri evrededir ve mortal seyretmektedir. Erken tanı için henüz bir tarama metodu geliştirilememiştir. Hastalığın prognozunun ve taramasının yapılabilmesi için biobelirteç alanında araştırmaları derinleştirmek önemlidir. Over kanseri ile ilgili yapılan çalışmalarda hastalığın oluşumu için sitokinler, kanser büyüme faktörleri, çeşitli genetik mutasyonlar saptanmış. Bir tümörün klinik olarak ortaya çıkabilmesi için bir çok koruyucu mekanizmayı aşması gerekmektedir. Bu etkiler apoptozisin engellenmesi, anjiyogenezin uyarılması, stromal invazyon gibi olayların gerçekleşmesidir. Bir çok çalışma inflamasyonun over kanseri riskini arttırdığını desteklemektedir (2). Over kanserinde de sınıf ve histolojik subtiplerde prognozu etkiler. Yüksek sınıf ve düşük sınıf tümörler arasında klinik sonuçlar arasında

dramatik farklar vardır. K-Ras, BRAF ve (Phosphatase and Tension Homolog) PTEN mutasyonlarında daha sık düşük sınıflı tümörler gözlenir; p 53 mutasyonlu ise daha çok yüksek sınıflı tümörler gözlenir. Bu nedenle yeni bir sınıflama ortaya çıkabilir. Over kanseri için yeni bir sınıflamadan bahsedilebilir. Tip 1 yavaş büyüyen tümörler, Tip 2 hızlı büyüyen tümörler ve yüksek agresif özellik gösteren tümörler olarak sınıflandırılabilir. Çeşitli inflamatuvar belirteçlerle de tümörlerin biyolojik davranışı arasındaki farklar açıklanabilir; farklı tedavi alternatifleri değerlendirilebilir (3). Over kanserinde erken teşhis ve tarama için en çok çalışılmış biobelirteçlerden biri CA-125'tir. Hastalığın seyri ve nüks için önemli bir biobelirteçtir (50,51). CA-125 aynı zamanda endometriozis ve myom gibi iyi huylu durumlarda da yükselir. Bu sebepten tanı için tek başına uygun bir belirteç değildir(4). Transforming growth factor beta ailesi hücre proliferasyonu, farklılaşması, motilitesi, adezyonu, ölümü gibi bir çok süreçte yer alan ekstrasellüler büyüme faktörlerinin büyük bir grubudur. TGF -β yaygın olarak immun sistem de çalışmıştır; bununla birlikte aynı zamanda TGF-β ekspresyonlarının kanser gelişimini regüle ettiği düşünülmektedir (5,6). Over kanseri patogenezi multifaktöriyel bir hastalık olduğundan ve tek biobelirteç tanıya yetersiz olduğundan çalışmamızda ikinci biobelirteç olarak pozitif akut faz reaktanı olan CRP kullanıldı. Serum CRP düzeyi ölçümü gerçekleştirilmesi kolay ve nispeten ucuz bir yöntem olduğundan rutin inflamasyon belirteci yapabilmelaboratuvarlarda kullanılabilir. Yüksek CRP düzeyleri kronik inflamasyonu yansıtmaktadır. Kronik inflamasyonda bölünen kök hücrede onkojenik bir mutasyona yol açabilir (7). Preoperatif yüksek serum CRP düzeyleri primer sitoredüksiyon sonrası rezidüel kalıntı tümörü ön görebilir. Bu bize hangi hastanın neoadjuvan tedaviden hangi hastanın primer sitoredükdiyondan fayda görebileceğini gösterir (8). Bizim yaptığımız çalışmada hastalar kendi arasında değerlendirildiğinde sağkalım için TGF β ve CRP arasında anlamlı fark bulunmadı ancak TGF β ve CRP postmenopozal sağlam hasta grubuyla karşılaştırıldığında tanı açısından etkin marker olarak saptandı. Çalışmamız küçük bir çalışma olup daha yüksek hasta popülasyonlarıyla desteklendiğinde over kanserinin tedavi takip ve taramada yeni protokollerin ve yeni sınıflamaların olabileceğini düşündük.

Sonuç

Son yıllarda sağlığa ulaşımın artması ile kanser tanılarının arttığını görmekteyiz. Tanımlanabilecek yeni biomarkerlerle over kanseri gibi erken dönemde asemptomatik olan hastalıklarda erken dönemde tanı koyulabilir veya tanı almış hastaların takibinde nüksler erken dönemde yakalanabilir. Yaptığımız çalışmada küçük gruplarda dahi TGF-β ve CRP'nin over kanseri tanısında etkin olabileceğini saptadık. Daha büyük hasta gruplarında ve yinelen ölçümlerle yapılan çalışmaların bize bu konuda prognoz açısından daha fazla bilgi verebileceği düşüncesindeyiz. Yaptığımız TGF-β ve CRP over kanseri tanısında etkin olabilir takibinde subgrupların değerlendirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Jemal A, Bray F, Melissa M, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global Cancer Statistics . A Cancer Journal for Clinicians March/April 2011;61 (2):69-90.
2. Le Page C, Puiffe ML, Meunier L, Zietarska M, Ladurantaye M, Tonin P N et al. BMP-2 signaling in ovarian cancer and its association with poor prognosis. J Ovarian Res 2009;2:1-11.
3. Medeiros F, Muto M G, Lee Y, Elvin J A, Callahan M J, Feltmate C et al. The tubal fimbria is a preferred site for early adenocarcinoma in women with familial ovarian cancer syndrome. Am. J. Surg. Pathol. 2006; 30: 230-6.
4. Duffy M J, Bonfrer J M, Kulpa J, Rustin G J, Soletormos G, Torre G et al. CA125 in ovarian cancer: European Group on Tumor Markers guidelines for clinical use. Int J Gynecol Cancer 2005;15:679-91.

5. Wojtowicz-Praga S. Reversal of tumor-induced immunosuppression by TGF beta inhibitors. *Invest New Drugs* 2003;21(1):21-32.
6. Levy L, Hill CS. Alterations in components of the TGF-beta superfamily signaling pathways in human cancer. *Cytokine Growth Factor Rev* 2006; 17(1-2): 41-58.
7. Talbot-Smith A, Fritschi L, Divitini ML, Mallon DF, Knuiman M W. Allergy, atopy, and cancer: a prospective study of the 1981 Busselton cohort. *Am J Epidemiol* 2003;157:606-12.
8. Hefler, L. A., Concin, N., Hofstetter, G., Marth, C., Mustea, A., Sehouli, J., ... Reinthaller, A. (2008). Serum C-Reactive Protein as Independent Prognostic Variable in Patients with Ovarian Cancer. *Clinical Cancer Research*, 14(3), 710714. doi:10.1158/1078-0432.ccr-07-1044

Oral Presentation / Research

Information, Attitude, and Behavior about Influenza And Pneumococcal Vaccines of Individuals Over 65 with Chronic Disease

Aysegul Karahan Gulsen, Emine Zeynep Tuzcular Vural, Işık Gönenç

Haydarpaşa Numune EAH, 34668 İstanbul, Turkey E-mail: aysegul.karahan@outlook.com

Presentation on 26/03/2021 06:30 in "Oral presentations 8" by Aysegul Karahan Gulsen

Keywords / Anahtar Kelimeler: Influenza, adult vaccination, pneumococcal diseases, influenza vaccine, pneumococcal vaccine**Aim:**

Influenza and pneumococcal disease not only increase morbidity and mortality of people in risk group but also cause serious economic and labor loss for countries. In our study, we aimed to evaluate knowledge, attitudes and behaviors of patients over age of 65 with chronic diseases about influenza and pneumococcal vaccines, to examine and discuss the rates of vaccination and factors affecting this, so how we can increase vaccination rates and awareness level of patients on this subject by determining obstacles to adult vaccination.

Method:

This descriptive cross-sectional study, was prepared using literature to determine knowledge, attitude and behaviors of influenza and pneumococcal disease and vaccines with chronic diseases over age of 65 at Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital between May-June 2018. It was conducted with 236 volunteers who completed the form completely. The analysis of data obtained was analyzed using NCSS2007 package program. Significance was evaluated at $p < 0.05$ level.

Results:

Only 32.6% of the cases stated their doctor recommended the vaccine. 35.6% of the cases stated they had influenza vaccine regularly. We found that the higher the education level and the frequency of the doctor recommending the vaccine, the higher the vaccination rate (respectively: $p=0.009$, $p=0.001$, $p<0.01$). We observed as doctor's recommendation, education and income level increased, the level of knowledge about influenza vaccine increased (respectively: $p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.003$). 21.2% of the cases stated that they had regular pneumococcal vaccine. We found as the frequency of the doctor's recommendation of the vaccine increased, the frequency of patients having pneumococcal vaccine increased statistically significantly ($p = 0.001$).

Conclusions:

Doctor recommendation and education level are the most important determinants of increasing vaccination rates. Family physicians should inform their patients about adult vaccines, emphasize the efficacy and safety of vaccines, closely monitor their vaccination status, and raise awareness about adult vaccination.

Full Text

İnfluenza ve pnömokoklar bulaşıcılığının yüksek olması, gripin salgınlara yol açması nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. İnfluenza ve pnömokok gibi bulaşıcı solunum sistemi hastalıkları özellikle risk grubundaki kişilerin morbidite ve mortalitesini artırmasının yanısıra, ülkeler için ciddi ekonomik ve iş gücü kaybına neden olmaktadır (1). Bu yüzden bu hastalıklardan korunmanın yollarının iyi bilinip uygulanması, tüm popülasyonun yanısıra özellikle risk grubundakiler için şarttır. Erişkin aşılama; yaş, yaşam tarzı, meslek, daha önceki aşılanma durumu, yüksek riskli tıbbi koşullar, seyahat, yaşanılan yer vb. gibi parametrelere bağlı olarak önem arz eder (2).

Tüm dünyada insan ömrünün uzadığı ve yaşlı nüfusun giderek arttığı görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre 65 yaş üstü popülasyon, toplam nüfusun %9,1'ine denk gelmektedir. Yaşlı nüfusun ülke nüfusuna oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6'ya yükseleceği öngörülmektedir (3).

Yaşlanmayla beraber bağışıklık sisteminin zayıfladığı, kronik hastalıkların (DM, HT, KOAH, KVH, KBY, Kronik karaciğer hastalığı, vb.) arttığı, bunların sonucunda enfeksiyonlara bağlı komplikasyonların daha kolay geliştiği ve bu komplikasyonlara bağlı olarak morbidite ve mortalitenin arttığı bilinmektedir (1,2). Yaşlanınca doğal ve sonradan kazanılmış immunitede değişimlerde olabilmektedir. Aşılama; patojenlerden ya da tümörden elde edilen immünolojik materyalin uygulanması ile bireyde yeterli bir immünolojik yanıt oluşturmak ve kişide bağışıklık seviyesini istenilen düzeye getirmek için yapılmış koruyucu bir işlemdir (4,5). Bağışıklanmaya cevap, T ve B hücrelerinin birlikte hareket etmesi sonucu oluşmaktadır. Aşılanmayla, gençlerde olduğu gibi yaşlılarda istenilen koruyuculuğun oluşmamasının nedeni, immun sistemlerindeki duyarsızlaşmadır (6,7). Bu da özel riskli gruptaki hastalara özel aşı çeşidi ve dozu geliştirilmesi konusuna önayak olmuştur.

65 yaş üstü riskli gruptaki hastaların kırılğan vücut yapıları ve başta enfeksiyonlar olmak üzere her türlü strese karşı savunmasız oluşları bu konunun önem kazanmasına yol açmıştır. Yetmiş beş ülkede yaşlılar için özel aşılanma programları mevcuttur. Türkiye'de de 65 yaş üstü için özel aşılanma seçenekleri mevcuttur. Uygulamalarda ülkeler arasında farklılıklar olmakla beraber aşı önerileri temelde benzerdir. Korunabilir hastalıklar bağışıklanma önerileri konusunda önemli bir kurum olan Amerika Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi'nin (CDC) her yıl ABD için yayımladığı Yetişkinler için Önerilen Aşılanma Programı'nda çeşitli aşuların hangi durumda yapılması gerektiğini belirtilmektedir (8). CDC'ye göre influenza aşısının her yıl, pnömokok aşısının 65 yaş üstü için bir kez yapılması önerilmektedir. CDC'nin yıllık önerileri pek çok ülke tarafından izlenmekte ve uygulamaları dikkate alınmaktadır. 2009 yılında yayımlanan Türkiye Erişkin Bağışıklama Rehberi'nde 65 yaş ve üzeri için influenza ve pnömokok aşularının uygulanması gerekliliği tüm dünyada kabul edildiği gibi bizim ülkemizde de ücretsiz uygulanmasının desteklendiği belirtilmiştir (9,10). Sağlık Bakanlığı 2009 yılında yayımladığı Genişletilmiş Bağışıklama Program Genelgesi'nde bağışıklama hizmetlerini; "bebekleri, çocukları, erişkinleri enfeksiyona yakalanmadan önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmasını önlemek amacıyla yürütülen temel sağlık hizmetidir" şeklinde tanımlayarak bu konuya verdikleri önem belirtmiştir (10).

Çalışmamızda polikliniğimize gelen ve kronik hastalığı olan 65

yaş üstü hastaların yetişkin aşılarda önerilen influenza ve pnömokok aşılı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi, aşılama oranlarını ve bunu etkileyen faktörleri incelemeyi ve tartışmayı, böylece erişkin aşılamanın önündeki engelleri saptayarak koruyucu hekimlik gereği aşılama oranlarını ve hastaların bu konudaki farkındalık düzeyini nasıl artırabileceğimiz konusuna ışık tutmayı amaçlamaktayız.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi HNH EAH'nde yapıldı. Tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olan çalışmamızın evrenini HNH EAH Aile Hekimliği polikliniğine Mayıs-Haziran 2018 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üstü kronik hastalığı olan veri toplama formunu tam/eksiksiz doldurmuş 236 gönüllü birey oluşturdu. Hastalara yaş, medeni durumu, çalışma durumu, eğitim durumu, ailenin gelir durumu, kronik hastalıkları, sigara içme durumu, egzersiz yapma durumu, doktor kontrollerine düzenli gidip gitmeme durumu, hangi doktoru daha fazla tercih ettiği durumu, doktorun aşı önerme durumu ve yaşadığı ortamda influenza ve pnömone için risk grubunda olup olmadığı ile ilgili 15 soru içeren sosyodemografik bilgi formu dolduruldu. Ayrıca hastalara influenza ve pnömokok hastalığı ve aşılı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla literatürden yararlanarak tarafımızca hazırlanan bilgi içeren 20'şer soru ve tutum, davranışları sorgulayan 3'er sorudan oluşan veri toplama formu uygulandı. İnfluenza ve pnömokok ile ilgili bilgi sorusuna her doğru yanıtı 1 puan, yanlış yanıtı 0 puan verilerek puanlandırıldı. Her bir maddeye verilen puanlar toplanarak 0-20 arasında bir bilgi düzeyi puanı elde edildi. Ardından standardize etmek için bu puan 100'lük skalaya çevrildi. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma %49,2'si ($n=116$) erkek, %50,8'i ($n=120$) kadın toplam 236 olguyla yapılmıştır. Çalışmaya katılan olguların yaşları 65 ile 91 arasında değişmekte olup, ortalama $71,80 \pm 6,40$ yaş olarak saptanmıştır (Tablo1). Katılımcıların, %69'unun evli, %24,2'si ilkökul düzeyinde eğitim aldığı, %79,2'si emekli, %72,2'sinin 1300-3000TL arasında geliri mevcut, %41,5'nin iki kronik hastalığı olduğu, %62,3'ünün sigara kullanmadığı, %37,8'inin egzersiz yaptığı, %58,5'i doktor kontrollerine rutin gittiği, %32,6'sı doktorun aşı önerdiğini, %55,1'i 65 yaş üstü biriyle beraber yaşadığını, olguların %49,2'si dahiliye uzmanı, %25'i aile hekimi uzmanı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 1: Demografik Özelliklerin Dağılımları

		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Yaş (yıl)		65-91 (70)	71,80±6,40
		n	%
Cinsiyet	Erkek	116	49,2
	Kadın	120	50,8
Medeni hal	Evli	163	69,0
	Bekâr	7	3,0
	Boşanmış	9	3,8
	Dul	57	24,2
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyor	30	12,7
	Okuma yazma biliyor	8	3,4
	İlkokul	57	24,2
	Ortaokul	29	12,3
	Lise	56	23,7
	Üniversite	54	22,9
	Yüksek lisans/doktora	2	0,8
Çalışma durumu	Çalışmıyor	42	17,8
	Çalışıyor	2	0,8
	İşçi	1	0,5
	Esnaf/Serbest	4	1,7
	Emekli	187	79,2
Gelir düzeyi	≤1300 TL	8	3,4
	1300-3000 TL	170	72,0
	3000-6000 TL	43	18,2
	≥6000 TL	15	6,4

Çalışmamızda katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile düzenli influenza aşısı yaptırma durumunu karşılaştırdığımızda; eğitim düzeyi ve doktorun aşısı önerme sıklığı arttıkça aşılama oranlarının da arttığı saptanmıştır (sırası ile; $p=0,009$, $p=0,001$; $p < 0,01$). Düzenli aşılama ile yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$). (Tablo 2)

Tablo 2: Demografik Özelliklere Göre İnfluenza Aşısını Düzenli Yaptırma Durumlarının Değerlendirmesi

		Düzenli İnfluenza Aşısı Yapıtırma		p
		Evet (n=84)	Hayır (n=152)	
Yaş (yıl)	Min-Maks (Medyan)	65-88 (70)	65-91 (70)	^a 0,354
	Ort±Ss	71,18±5,82	71,99±6,70	
Cinsiyet	Erkek	48 (41,4)	68 (58,6)	^c 0,068
	Kadın	36 (30,0)	84 (70,0)	
Medeni durum	Evlü	61 (37,4)	102 (62,6)	^c 0,380
	Bekâr	23 (31,5)	50 (68,5)	
Eğitim durumu	İlkokul altı	7 (18,4)	31 (81,6)	^c 0,009**
	İlkokul	15 (26,3)	42 (73,7)	
	Ortaokul	10 (34,5)	19 (65,5)	
	Lise	24 (42,9)	32 (57,1)	
Gelir düzeyi	≤3000 TL	56 (31,5)	122 (68,5)	^c 0,060
	3000-6000 TL	20 (46,5)	23 (53,5)	
	≥6000 TL	8 (53,3)	7 (46,7)	
Doktorun aşı önerme durumu	Evet	52 (67,5)	25 (32,5)	^c 0,001**
	Hayır	25 (21,4)	92 (78,6)	
	Emin Değil	7 (16,7)	35 (83,3)	

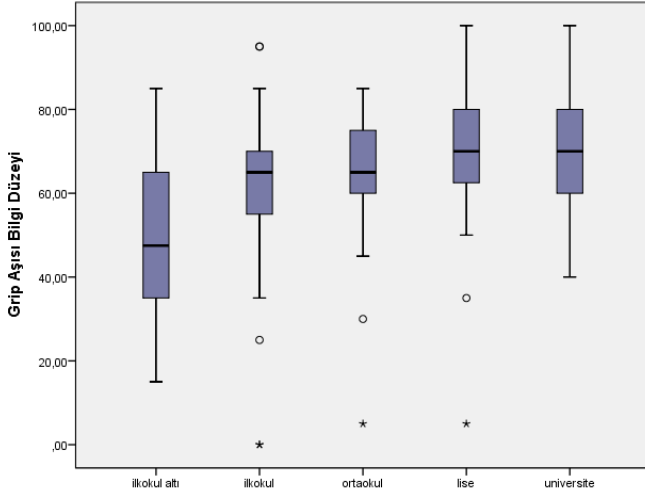
^aStudent T Test ^cPearson Chi-Square Test **p<0,01

Doktor önerisi, gelir ve eğitim düzeyi (Şekil 1) artıkça influenza aşısı hakkındaki bilgi düzeyinin arttığı gözlemlenmiştir (sırasıyla; p=0,001, p=0,020, p=0,017; p=0,005; p=0,001; p=0,001; p<0,05). Yaş ile bilgi düzeyi arasında negatif korelasyon olduğunu, yaş artıkça bilgi düzeyinin azaldığını saptanmıştır (r=-0,238; p=0,001; p<0,01). Medeni durum ve cinsiyet ile bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (p>0,05). Sağlık özelliklerine göre influenza bilgi puanı tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3: Sağlık Özelliklerine Göre İnfluenza Aşısı Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirmesi

		İnfluenza aşısı bilgi düzeyi puanı			p
		n	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	
Kronik hastalık sayısı	≠r	236	-0,094		0,151
Sigara kullanma durumu	Evet	36	0-95 (70)	64,58±18,34	^b 0,398
	Hayır	147	0-100 (65)	62,55±19,83	
	Bıraktım	53	35-95 (65)	66,42±12,34	
Egzersiz yapma durumu	Evet	89	20-100 (70)	69,27±13,05	^b 0,001**
	Hayır	95	0-95 (60)	58,58±21,02	
	Ara sıra	52	0-100 (65)	63,65±17,69	
Doktor kontrolüne gitme sıklığı	Rutin	138	0-100 (65)	64,49±18,98	^b 0,012*
	Yılda bir kez	12	65-90 (75)	76,67±8,35	
	İhtiyaç halinde	86	0-95 (62,5)	60,70±17,05	
Doktorun aşı önerme durumu	Evet	77	20-100 (70)	69,48±15,74	^b 0,001**
	Hayır	117	0-95 (65)	62,91±17,75	
	Emin değilim	42	5-95 (57,5)	55,48±20,27	
İnfluenza aşısı düzenli yaptırma durumu	Evet	84	0-100 (66,7)	66,04±18,50	^a 0,001**
	Hayır	152	7,4-96,3 (59,3)	56,21±16,58	
Aile bireylerine aşıyı önerme durumu	Evet	101	0-100 (70)	69,70±17,01	^b 0,001**
	Hayır	82	5-95 (60)	60,36±18,48	
	Bilmiyorum	53	20-95 (55)	57,54±16,71	

≠r:Spearman's Korelasyon Katsayısı ^bOneway ANOVA Test ^aStudent T Test **p<0,01



Şekil 1: Eğitim durumuna göre influenza aşısı bilgi düzeylerinin dağılımı

Eğitim seviyesi, doktor önerisi arttıkça influenza aşısını çevresindekilere önerme sıklığının arttığı saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,001$; $p<0,01$). Erkek hastaların influenza aşısını çevresindekilere önerme durumunun kadınlardan fazla olduğu gözlemlenmiştir ($p=0,003$; $p<0,01$). Yaş, medeni durum, gelir durumu ile influenza aşısı önerme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Olguların %35,6'sı düzenli grip aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Düzenli grip aşısını yaptıranlara sebebi sorulduğunda ise; %72,6'sı doktoru önerdiği için, %20,2'si aşının gerekli olduğunu düşündüğü için, %15,5'i risk grubunda olduğu için, %13,1'i aşı güvenli olduğu için, %10,7'si beni influenza hastalığından koruyacağını düşünüyorum şeklinde ifade etmiştir. Düzenli aşı yaptırmayanlara nedeni sorulduğunda ise; %34,2'si doktoru önermediği için, %22,4'ü aşının gereksiz olduğunu düşündüğü için, %19,7'si doğal yöntemlerin daha koruyucu olduğunu düşündüğü için, %16,4'ü yeterli bilgiye sahip olmadıkları için, %15,8'i ihmal ettiği için olduğunu belirtmiştir.

Pnömonok aşısı yaptırma durumunu ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Doktorun aşığı önerme sıklığı arttıkça hastaların pnömonok aşısını yaptırma sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p=0,001$; $p<0,01$). (Tablo 4)

Tablo 4: Demografik Özelliklere Göre Pnömonok Aşısını Düzenli Yaptırma Durumlarının Değerlendirmesi

		Düzenli pnömonok Aşısı		p
		Yaptırma		
		Evete (n=50)	Hayır (n=186)	
Yaş (yıl)	Min-Maks (Medyan)	65-88 (72)	65-91 (69)	^a 0,486
	Ort±Ss	72,26±5,92	71,55±6,53	
Cinsiyet	Erkek	28 (24,1)	88 (75,9)	^c 0,275
	Kadın	22 (18,3)	98 (81,7)	
Medeni durum	Evli	37 (22,7)	126 (77,3)	^c 0,395
	Bekâr	13 (17,8)	60 (82,2)	
Eğitim durumu	İlkokul altı	5 (13,2)	33 (86,8)	^c 0,099
	İlkokul	8 (14,0)	49 (86,0)	
	Ortaokul	9 (31,0)	20 (69,0)	
	Lise	11 (19,6)	45 (80,4)	
	Lisans ve üzeri	17 (30,4)	39 (69,6)	
Gelir düzeyi	≤3000 TL	35 (19,7)	143 (80,3)	^c 0,431
	3000-6000 TL	10 (23,3)	33 (76,7)	
	≥6000 TL	5 (33,3)	10 (66,7)	
Doktorun aşığı önerme durumu	Evete	40 (51,9)	37 (48,1)	^c 0,001**
	Hayır	9 (7,7)	108 (92,3)	
	Emin Değil	1 (2,4)	41 (97,6)	

^aStudent T Test ^cPearson Chi-Square Test ** $p<0,01$

Eğitim seviyesi, doktor önerisi arttıkça pnömonok aşısını çevresindekilere önerme sıklığının (sırasıyla; $p=0,030$, $p=0,001$; $p<0,01$), pnömonok bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,006$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu ile pnömonok aşısı önerme durumu ve bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Sağlık özelliklerine göre pnömonok bilgi düzeyi tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Sağlık Özelliklerine Göre Pnömonok Aşısı Bilgi Düzeyi Puanlarının Değerlendirmesi

	n	Pnömonok aşısı bilgi düzeyi puanı		p	
		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss		
Kronik hastalık sayısı	236	-0,033		^b 0,609	
Sigara kullanma durumu	Evet	36	0-96,3 (63)	63,17±15,94	^b 0,686
	Hayır	147	0-96,3 (66,7)	64,90±16,58	
	Bıraktım	53	29,6-96,3 (66,7)	66,25±15,40	
Egzersiz yapma durumu	Evet	89	37-96,3 (66,7)	67,54±13,20	^b 0,020*
	Hayır	95	0-96,3 (63)	63,35±17,65	
	Ara sıra	52	0-96,3 (64,8)	63,39±17,69	
Doktor kontrolüne gitme sıklığı	Rutin	138	0-96,3 (66,7)	67,71±16,02	^b 0,003**
	Yılda bir kez	12	59,3-88,9 (72,2)	72,22±9,54	
	İhtiyaç halinde	86	0-92,6 (59,3)	59,47±15,77	
Doktorun önerme durumu	Evet	77	37-96,3 (74,1)	73,16±14,38	^b 0,001**
	Hayır	117	0-92,6 (63)	61,76±15,54	
	Emin değilim	42	29,6-88,9 (63)	58,73±15,47	
Pnömonok aşısı yaptırma durumu	Evet	52	30-100 (85)	80,09±14,36	^a 0,001**
	Hayır	184	0-100 (70)	67,88±17,33	
Aile bireylerine aşığı önerme durumu	Evet	81	5-100 (85)	77,28±16,67	^a 0,001**
	Hayır	59	35-90 (75)	68,98±13,76	
	Bilmiyorum	96	0-100 (67,5)	65,88±18,11	

#:Spearman's Korelasyon Katsayısı ^bOneway ANOVA Test ^aStudent T Test **p<0,01

*p<0,05

Olguların %21,2'si düzenli pnömonok aşısı yaptırdığını belirtmiştir. Düzenli pnömonok aşısı yaptıranlara sebebi sorulduğunda ise; %78'i doktoru önerdiğinden, %14'ü kendisini zatürre hastalığından koruyacağını düşündüğünden, %14'ü risk grubunda olduğu için, %10'nu aşının gerekli olduğunu düşünüyorum şeklinde ifade etmiştir. Düzenli pnömonok aşısını yaptırmayanlara sebebi sorulduğunda, %54,3'ü doktoru önermediğinden, %28,5'i yeterli bilgiye sahip olmadığından, %18,3'ü aşının gereksiz olduğunu düşündüğünden, %11,3'ü ihmal ettiğinden dolayı yaptırmadığını belirtmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda 65 yaş üstü risk grubu için grip aşısını yapma düzeyi hastaların yaş aralığına bağlı bir değişkenlik göstermemiştir. Hong Kong (11), ve Almanya'da (12,13) yapılan çalışmalarda 70 yaş ve üzerinin 65-69 yaş aralığına göre daha fazla aşılandığını tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan

çalışmalarda ise yaş ile anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bunun sağlık hizmetlerine ulaşmadaki kolaylığa, aşılarda geri ödeme kapsamında olmasına, ileri yaşta aile desteğine bağlı olabileceğini düşündük (14,15). Çalışmamızda erkeklerin kadınlardan daha fazla aşılandığını belirlenmiştir. Bu durum, cinsiyet ayrımcılığına bağlı olabileceği gibi diğer faktörlerin de rol oynaması söz konusu olabilir. Portero de la Cruz ve arkadaşlarının (16) yaptığı çalışmada da erkeklerin aşılanma düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise cinsiyet ile anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (14,15,17,18). Evli, bekar veya dul olmakla grip aşısı yaptırmak arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı bulunmamıştır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da medeni duruma bağlı bir farklılık tespit edilmemiştir (17,18). Eğitim düzeyi arttıkça aşılanma oranlarının arttığı saptanmış olup ülkemizde ve yurt dışında yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar izlenmektedir (18-20). Aynı şekilde gelir düzeyi düştükçe aşılanma oranları da düşmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar izlenmektedir (17,19,20) Mutlu ve arkadaşlarının (18) yaptığı çalışmada gelir düzeyine bağlı bir farklılık görülmemiştir. Görüldüğü gibi farklı sosyodemografik veriler değişik toplumlarda farklı sonuçlara yol açabilmekte, ancak genellikle düşük eğitim ve düşük gelir düzeyleri daha düşük aşılanma oranlarına yol açmaktadır. Çalışmamızda düzenli influenza aşısı yaptırmama oranı %35,6 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda influenza aşılanma oranları %8,5-44,5 arasındadır (14,15,17,18,21-23). Yurtdışında yapılan çalışmalarda ise influenza aşılanma oranları %46-74,4 arasında değişmektedir (12,24-28). Bu oranlar DSÖ'nün önerdiği düzeyde (%90) değildir. Düzenli influenza aşısını yaptırmama sebepleri: doktoru önerisi, aşının gerekli ve güvenli görülmesi, risk grubunda olmak, influenza hastalığından korunması şeklinde belirtilmiştir. Hem yurt dışındaki, hem de ülkemizdeki çalışmalarda aşılanma sebebi sorulduğunda ilk sırada doktor önerisi yer almaktadır. Bunu herhangi bir sağlık çalışanının önerisi olması, halk sağlığı kuruluşunun bildirim yapması, aile bireylerinin desteklemesi, ikamet yerine yakın olması, gribin algılanan önemi, risk grubunda olmak, çevresindeki insanların korunması, gibi sebepler izlenmektedir (11,13,17,18,25). Grip aşısı olmama nedenleri arasında ise ilk sırada doktorun önermemesi yer almaktadır. Literatürde aşılanmama sebepleri arasında bilgilendirme ve ikna eksiklikleri, sağlık uzmanının aşından bahsetmemesi, aşılarda güvenilirlikleri ve etkinliğini bilmemek ve şüphe duymak, zamansızlık, gribin ciddiyetinin farkında olmama, alerji yapma olasılığı göze çarpmaktadır (11,13,17,18,26). Katılımcıların %42,8'si aşığı yakınlarına, çevresine önereceğini belirtmişlerdir. Eğitim seviyesi, doktor önerisi arttıkça önerme sıklığının da arttığını, erkeklerin aşığı önerme durumunun kadınlardan fazla olduğunu gözlemledik. Klett Tammen'in (25) çalışmasında da aşığı önerme oranının %78 olduğu görülmektedir. Grip aşısı ile ilgili yüksek bilgi düzeyinin belirleyicilerinin; genç erişkin yaş, yüksek gelir ve eğitim düzeyi, doktor kontrollerine düzenli gitmek, doktorun aşığı önermiş olması, grip aşısını yaptırmış olmak, yakınlarına grip yapmalarını önermek olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada önceden aşılanmış olanların bilgi düzeyinin daha yüksek seyrettiği saptanmıştır (25). Başka bir çalışmada ise influenza aşısını bilmek ile cinsiyet, eğitim, gelir düzeyi ve risk grubunda olmanın ilişkili olmadığı gözlemlenmiş olup, hastaların %90,3'ünün aşığı bilmesine ve %53,6'sının aşının gerekli olduğunu düşünmesine rağmen influenza aşısı yaptırmama oranının sadece %8,6 olduğu saptanmıştır (22).

Pnömonok aşısı yaptırmama durumunu ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu arasında istatistiksel olarak

anlamli bir farklılık saptamadık. Doktorun aşısı önerme sıklığı artıkça hastaların pnömokok aşısını yaptırma sıklığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığını belirledik. Literatürde pnömokok aşısı yaptırma durumunun çalışmamızdan farklı olarak sosyodemografik özelliklere bağlı olarak değiştiği görülmektedir. Sistematik bir derlemede (29) genç yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi, kronik hastalık varlığı, sağlık güvencesinin olmayışı, sigara içme alışkanlığının düşük aşılama oranlarıyla korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Scheenberg ve arkadaşlarının (30) yaptığı çalışmada ise yüksek aşılama oranlarının, kadın hastalarda, 70 yaş ve üstünde, lise düzeyinde eğitimi almış olmak, komorbite ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda düzenli pnömokok aşısı yaptırma oranının %21,2 olduğunu belirledik. Literatürde pnömokok aşılama düzeylerinin düşük olduğu görülmekte olup oranlar ülkemizde %3,5-9,9 (17,18,14,21,22), yurtdışında ise %11,5-62,5 arasında değişmektedir (12,25,27). Pnömokok aşısını olmama sebepleri arasında; doktorun önermemesi, aşı ile ilgili bilgi sahibi olmamak, aşının gereksiz olduğunu düşünmek, ihmal etmek, aşının koruyuculuğuna güvenmemek yer almaktadır. Literatürde haberdar olmamak, güvenliğini, güvenilirliğini, hastalığı önleyici rolünü, dozajını bilmiyor olmak, bilgi eksikliği, sağlık uzmanının aşidan bahsetmemesi ve önermemesi aşılama önündeki engeller olarak karşımıza çıkmaktadır (18,22,27,30). Çalışmamızda aşığı düzenli yapma sebebi olarak, ilk sırada doktorun önermesi yer almaktadır. Literatürde de doktor önerisi ilk sıradadır (18,22,27,30). Katılımcıların %34,3'ü aşığı yakınlarına, çevresine önereceğini belirtmiş olup bu davranış biçimi yüksek eğitim düzeyi ve doktor tavsiyesi olması ile ilişkilidir. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda sosyodemografik özelliklere bağlı değişiklik saptanmamış ve sağlık uzmanı önerisinin en güçlü davranış belirleyici olduğu belirlenmiştir (22,25). Çalışmamızda pnömokok aşısı bilgi düzeyi ile ileri eğitim düzeyi, doktor tavsiyesinin olması, rutin egzersiz yapması, rutin doktor kontrollerine gitmesi, zatürre aşısını düzenli yapması, zatürre aşısını çevresindekilere önermesi ile pozitif yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttur. Literatürde pnömokok aşısı bilgi düzeyi ile aşılama arasında güçlü bir ilişki olduğu ama genel olarak bilgi düzeyi ve aşılama oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir (21,25,30).

SONUÇ

Çalışmamız da aşılama, aşığı önerme oranları ve bilgi düzeyi en çok doktor önerisine bağlı pozitif yönlü ilişki içinde olduğu halde, doktor önerisinin yeterli düzeyde (%32,6) olmadığını gördük. Bu oranın yeterli düzeyde olmamasının; sağlık sisteminde hastalara verilen muayene süresinin kısalığı, aşılama hatırlatma sisteminin olmaması, iletişim eksikliği, tüm doktorlara verilecek erişkin bağışıklama eğitim seminerlerin her yıl düzenli olmaması, yetişkin aşılama konusuna gerektiği önemin verilmemesi gibi nedenlere bağlı olabileceğini düşündük.

Birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yanısıra kişiye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunan aile hekimi aşılama konusunda da eşsiz stratejik bir konumda bulunmaktadır.

Aile hekimleri hastalarına koruyucu hekimlik gereği, erişkin aşılama ile ilgili bilgilendirmeleri rutin görüşmeler ve seminerlerde anlatmalı, aşılardan her fırsatta bahsetmelidir. Aşılarla engellenebilir ölümcül hastalıkları, aşıların etkinliği, güvenilirliği, SGK tarafından karşılandığı vurgulamalı, aşılama durumlarını, bebek-çocuk aşı sisteminde olduğu gibi erişkin aşıları da veri takip sistemi ve aşı kartları ile takip etmelidir.

Böylelikle aşılama oranlarını arttırmak için bireylerin erişkin aşılama ile ilgili farkındalık düzeyleri artırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- World Health Organization (WHO). Immunization. <http://www.who.int/topics/immunization/en/>. Erişim tarihi: 15 Şubat 2021.
- World Health Organization (WHO) Seasonal Influenza Factsheet 2018. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/Influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/Influenza-(seasonal)) Erişim tarihi: 04 Nisan 2020.
- TÜİK. İstatistiklerle yaşlılar, 2017. Türkiye İstatistik Kurumu, yayın no:27595, Ankara: Mart 2018. <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33712>. Erişim tarihi: 15 Ekim 2020.
- Toprak D, Köksal İ, Sargin M. Erişkin aşılması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri. Aile hekimlerinin erişkin aşılama sürecindeki rolü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22 (3): 166-174. doi: 10.15511/tahd.18.00366.
- Koldaş Z. Yaşlı popülasyonda bağışıklama (Aşılama). Turk Kardiyol Dern Ars 2017;45 (S5): 124-7. doi: 10.5543/TKDA.2017.62379.
- Badur S. Pandemi İnfluenza A (H1N1) 2009: Ülkemizde ve dünyada epidemiyolojik özellikleri. Journal of Istanbul Faculty of Medicine. 2012; 73(0): 1-11.
- Öztürk R. Erişkinde bağışıklama. Klinik Gelişim 2012; 25: 49-59.
- CDC. Recommended adult immunization schedule-United States-2016. <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/downloads/adult/adult-combined-schedule.pdf> Erişim tarihi: 15 Ekim 2020.
- Türkiye enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlık derneği (EKMUD)- Erişkin bağışıklama rehberi çalışma grubu 2016 ISBN:978-605-84584-6-8. <http://ekmud.org.tr/wp-content/uploads/EriskinBagisiklamaRehberi-web.pdf> Erişim tarihi: 08 Şubat 2020.10.
- Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi (2009/17). Tarih: 13.03.2009 Sayı: 7941. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11137/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi-2009.html>. Erişim tarihi: 08 Şubat 2020.
- Mo PK, Lau JT. Influenza vaccination uptake and associated factors among elderly population in Hong Kong: the application of the health belief model. Health Education Research 2015; 30(5): 706-18. <https://doi.org/10.1093/her/cyv038>.
- Poethko-Muller C, Schmitz R. Vaccination coverage in German adults: results of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; 56(5-6): 845-57. doi: 10.1007/s00103-013-1693-6.
- Bödeker B, Remschmidt C, Schmich P, Wichmann O. Why are older adults and individuals with underlying chronic diseases in Germany not vaccinated against flu? A population-based study. BMC Public Health 2015; 15:618. doi: 10.1186/s12889-015-1970-4.
- Vural R, Yazıcı S, Özen M, Kurşun H. Antalya'da bir kliniğe başvuran 60 yaş ve üzeri bireylerin aşılama durumları. STED 2016;25(2):62-9.15. Egici MT, Gelmez Taş B, Özkarafakılı MA, Öztürk GZ. Evaluation of Factors Affecting Adult Immunization. Haydarpaşa Numune Med J 2018;58(3):128-132. DOI: 10.14744/hnhj.2018.34713
- Portero de la Cruz S, Cebrino J. Trends, coverage and influencing determinants of influenza vaccination in the elderly: a population-based national survey in Spain (2006-2017). Vaccines (Basel) 2020; 19; 8 (2):327. doi: 10.3390/vaccines8020327. PMID: 32575497; PMCID: PMC7350209.
- Bal H, Börekçi G. Mersin ilindeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı altmış beş yaş ve üstü bireylerin erişkin aşılama durumları ve etkileyen faktörler. Istanbul Med J 2016; 17: 121-30. doi: 10.5152/imj.2016.69783.
- Mutlu HH, Coşkun FO, Sargin M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü kişilerde aşılama sıklığı ve farkındalığı. Ankara Med J 2018; 18(1): 1-13.
- La EM, Trantham L, Kurosky SK, Odom D, Aris E, Hoge C. An analysis of factors associated with influenza, pneumococcal, TDAP, and herpes zoster vaccine uptake in the US adult population and corresponding inter-state variability. Hum Vaccin Immunother 2018; 14 (2): 430-41. doi:10.1080/21645515.2017.1403697.
- Taheri Tanjani P, Babanejad M, Najafi F. Influenza vaccination uptake and its socioeconomic determinants in the older adult Iranian population: a national study. Am J Infect Control 2015; 43(5): e1-5. doi: 10.1016/j.ajic.2015.02.001, Epub 2015 Mar 19, PMID: 25798776.
- Akman M, Sarısoy M, Uzuner A ve ark. Altmış beş yaş üstü erişkinlerde aşılama durumu ve bilgi düzeyleri. The Journal of Turkish Family Physician 2014; 5 (3): 19-23.
- Ahmad Hamidi A, Gelmez Taş B, Gündüz A et al. Immunization rates of pneumococcal, influenza and tetanus vaccines and knowledge and attitudes of adult patients who receive inpatient treatment at hospital: point prevalence study. Hum Vaccin Immunother 2018; 14 (11): 2649-53. Doi: 10.1080/21645515.2018.1489187.23. Erbay A, Kader Ç, Ede H et al. Influenza and pneumococcal vaccination uptake in adults aged [greater than or equal to] 65 years and high risk groups admitted to Yozgat Bozok University research and application hospital. KLİMİK Journal 2018; 31(3): 205-9. Gale OneFile: Health and Medicine.
- Chan D.P, Wong N.S, Wong E.L, Cheung A.W, Lee S.S. Household characteristics and influenza vaccination uptake in the community-dwelling elderly: a cross-sectional study. Prev Med Rep 2015; 2:803-808. doi: 10.1016/j.pmedr.2015.09.002.
- Klett-Tammen CJ, Krause G, Seefeld L, Ott JJ. Determinants of tetanus,

- pneumococcal and influenza vaccination in the elderly: a representative cross-sectional study on knowledge, attitude and practice (KAP). *BMC Public Health* 2016; 16:121. doi: 10.1186/s12889-016-2784-8.
24. Heo JY, Chang SH, Go MJ, Kim YM, Gu SH, Chun BC. Risk perception, preventive behaviors, and vaccination coverage in the Korean population during the 2009–2010 pandemic influenza A (H1N1): comparison between high-risk group and non-high-risk group. *PLoS ONE* 2010; 8(5): e64230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064230>.
25. Nichol KL, Mac Donald R, Hauge M. Factors associated with influenza and pneumococcal vaccination behavior among high-risk adults. *J Gen Intern Med* 1996; 11:673– 7. doi: 10.1007/BF02600158.
26. Xakellis GC. Predictors of influenza immunization in persons over age 65. *J am Board Fam Pract* 2005; 18 (5):426-33. doi: 10.3122/jabfm.18.5.426. PMID: 16148255.
27. Kohlhammer Y, Schnoor M, Schwartz M, Raspe H, Schäfer T. Determinants of influenza and pneumococcal vaccination in elderly people: a systematic review. *Public Health* 2007; 121(10): 742-51. doi: 10.1016/j.puhe.2007.02.011. Epub 2007 Jun 18. PMID: 17572457.
28. Schneeberg A, Bettinger JA, McNeil S et al. Knowledge, attitudes, beliefs and behaviours of older adults about pneumococcal immunization, a public health agency of Canada/Canadian institutes of health research influenza research network (PCIRN) investigation. *BMC Public Health* 2014; 12; 14: 442. doi: 10.1186/1471-2458-14-442. PMID: 24884433; PMCID: PMC4046143.

Oral Presentation / Research

**Kanser Tanısı/Evrelmesi Amacıyla Trakya
Üniversitesi'nde PET/BT Görüntülemesi Yapılan
Hastaların Mesleki Faktörler Başta Olmak Üzere
Demografik Analizi**

Selin Soyluoglu

Trakya University Faculty of Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail:
fselinsoyluoglu@trakya.edu.tr

Presentation on 26/03/2021 06:30 in "Oral presentations 8" by Selin Soyluoglu

Keywords / Anahtar Kelimeler: kanser, PET/BT, onkoloji, risk faktörleri

Aim:

Kanser dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer almaktadır. Oluşum mekanizmaları hala bütünüyle bilinmemekle birlikte, ölümlerin %30-%50'sinin risk faktörlerinin kontrolü ile önenebilir olduğu, erken teşhis ve etkili hasta yönetimi ile kanser yükünün azaltılabildiği kabul edilmektedir. Günümüzde PET/BT primer araştırma, tanı ve evrelemede yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada Trakya Bölgesinin kanser vakalarının büyük çoğunluğunun yönetimini üstlenen Trakya Üniversitesi Hastanesi'nin PET/BT ünitesine onkolojik hastalık için başvuran hastaların retrospektif olarak incelenmesi ve önemli bir risk faktörü kabul edilen meslek başta olmak üzere demografik verilerle ilgili durumun ortaya konması hedeflenmiştir.

Method:

2010 ve 2020 yılları arasında onkolojik tanı/evreleme amacıyla PET/BT'ye başvuran, arşiv sisteminden verilerine ulaşılabilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hasta verileri retrospektif olarak incelenerek, malignite türleri, yaş, cinsiyet, meslek özellikleri kaydedildi. Alt gruplar oluşturularak bu grupların kendi içerisindeki özellikleri değerlendirildi.

Results:

10 yıllık süre boyunca 34977 PET/BT görüntülemesi yapılmış, bunlardan 24679 tanesi çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların 16236'sı erkek (%65,8), 8443'ü kadındır (%34,2). Yaş ortalaması 57,5±12'dir (min=4aylık, maks=99yaş). Toplamda en sık endikasyon akciğer kanseridir (N=9378,%38,0). Erkeklerde kolorektal kanser ikinci (N=4631,%18,8), prostat kanseri üçüncü (N=958,%5,9) sıradadır. Kadınlarda sırasıyla meme kanseri (N=1980,%23,5), akciğer kanseri (N=1460,%17,3) ve kolorektal kanserler (N=673,%8,0) izlenmektedir. En sık görülen meslek grubu çiftçiler (N=4537,%18,4) ve fabrika işçileri (N=4024,%16,3) olup çiftçilerde en sık akciğer (N=2156,%47,5), kolorektal (N=341,%7,5) kanserler ve lenfomalar (N=223,%4,9); fabrika işçilerinde akciğer (N=1719,%42,7), prostat (N=290,%7,2) kanseri ve lenfomalar (N=266,%6,6) görülmüştür. İşçilerde mesane kanseri oranı diğerlerine kıyasla yüksek bulunmuştur (%2,3). Sağlık çalışanlarında (N=212) akciğer kanseri yine birinci sırada yer alırken (%32,1), madencilerde (N=64) yüksek akciğer kanseri oranı dikkati çekmiştir (%76,6).

Conclusions:

Trakya bölgesinde genel olarak Türkiye geneli ile uyumlu veriler saptanırken, kadınlarda akciğer kanseri kolorektal kanserin önüne geçmiştir. Bölgede çiftçilik ve fabrika işçiliği oranı yüksek olup, risk taşıyan bu mesleklerde diğer gruplara kıyasla yüksek

akciğer kanseri, fabrika işçilerinde ek olarak yüksek lenfoma ve mesane kanseri oranları bulunmuştur.

Full Text

Giriş:

Kanser dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almakta olup altı ölümden birinin nedenidir. Akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri erkeklerde en yaygın kanser türleriyken; kadınlar arasında en yaygın kanserler meme, kolorektal, akciğer, servikal ve tiroid kanseridir. Her geçen gün giderek artan kanser yükü, bireyler, aileler ve sağlık sistemleri üzerinde muazzam fiziksel, duygusal ve finansal baskı uygulamaktadır. Bugün kanser ölümlerinin %30-%50'sinin risk faktörlerinin kontrolü ve mevcut kanıta dayalı önleme stratejilerinin uygulanmasıyla önenebilir olduğu bilinmektedir. Bunun yanı sıra erken teşhis ve mevcut kanser hastalarının etkin yönetimi ile kanser yükü azaltılabilir.

Pozitron emisyon tomografisi (PET), günümüzde çeşitli malignitelerin teşhisi, evrelendirilmesi ve takibi için giderek yaygınlaşmaktadır. Soliter pulmoner nodüller, akciğer karsinomu, lenfoma, melanom, meme kanseri, prostat kanseri ve kolorektal kanserler başta olmak üzere pek çok çeşitli tümörün değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme, kanserin teşhisi, evrelendirilmesi ve takibi için anatomik değişikliklere dayanır. Bununla birlikte PET, morfolojik kriterlere göre henüz anormallik göstermeyen organlarda moleküler düzeydeki anormal metabolik aktiviteyi gösterme yeteneğine sahiptir. Malign lezyonların benign lezyonlardan ayrılmasına ve malignitelerin evrelendirilmesine yardımcı olur. PET ayrıca, kemoterapi/radyoterapi ve cerrahi rezeksiyon sonrası, BT veya MR görüntülemeye postoperatif değişiklikler veya skar dokusu nedeniyle rezidü/nüks ayırımı net yapılamayan hastaların takibinde yararlıdır (1).

Bu çalışmada Trakya Bölgesinin kanser vakalarının büyük çoğunluğunun yönetimini üstlenen Trakya Üniversitesi Hastanesi'nin PET/BT ünitesine onkolojik hastalık için başvuran hastaların retrospektif olarak incelenmesi ve önemli bir risk faktörü kabul edilen meslek başta olmak üzere demografik verilerle ilgili durumun ortaya konması hedeflenmiştir.

Yöntem:

Ocak 2010 – Aralık 2020 tarihleri arasında Nükleer Tıp Anabilim Dalı'na PET/BT görüntülemesi için başvuran hastalar geriye dönük olarak değerlendirildi. Onkolojik tanı/evreleme amacıyla başvuran ve arşiv sisteminden verilerine ulaşılabilen hastalar çalışmaya dahil edilirken, onkoloji dışı endikasyonla başvuranlar hastalar ve eksik verisi bulunanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Hasta verileri incelenerek, malignite türleri, yaş, cinsiyet, meslek özellikleri kaydedildi. Alt gruplar oluşturularak bu grupların kendi içerisindeki özellikleri değerlendirildi.

Bulgular:

On yıllık süre boyunca toplam 34977 PET/BT görüntülemesi yapılmış, bunlardan 24679 tanesi çalışmaya dahil edilmiştir. PET/BT görüntülemelerinin 16236'sını erkekler (%65,8), 8443'ü kadınlar (%34,2) oluşturmaktadır. Takipte birden fazla görüntülemesi bulunan hastalar nedeniyle hasta bazında

değerlendirme yapıldığında toplam hasta sayısı 18581 olup bunların 12286'sı erkek (%66,1), 6395'i (%33,9) kadındır. Yaş ortalaması 57±12'dir (min=4aylık, maks=99yaş). Toplamda en sık endikasyon akciğer kanseridir (endikasyon oranı: %38,0, hasta bazında: %39,9).

Cinsiyetlere göre sınıflandırıldığında erkeklerde en sık endikasyonlar akciğer kanseri, kolorektal kanser, prostat kanseri ve larenks kanseridir (N= 7947, 4631, 958, 792, sırasıyla). Kadınlarda en sık endikasyonlar meme kanseri, akciğer kanseri ve kolorektal kanserlerdir (N= 1980, 1460, 673, sırasıyla). Bu oranlar hasta bazlı değerlendirmede de değişiklik göstermemektedir.

Pediyatrik hasta grubunda 171 hastaya 364 PET/BT görüntülemesi yapılmıştır (96 erkek, 75 kız, ortalama yaş:9±5,5). Çocuklarda en sık PET/BT endikasyonu yumuşak doku sarkomları iken (N= 37), bunu Nonhodgkin lenfoma (N= 33) izlemektedir.

En sık görülen meslek grubu çiftçiler (N=4537,%18,4) ve fabrika işçileridir (N=4024,%16,3). Çiftçilerde en sık endikasyonlar akciğer kanseri (N= 2156,%47,5), kolorektal kanserler (N=341,%7,5), prostat kanseri (N= 259, %5,7) ve lenfomalardır (N= 223,%4,9). Fabrika işçilerinde en sık endikasyonlar akciğer kanseri (N= 1719,%42,7), prostat kanseri (N= 290,%7,2) ve lenfomalardır (N= 266,%6,6). Mesane kanseri endikasyonu oranı toplamda %1,0 iken, bu oran işçilerde genele kıyasla yüksek bulunmuştur (%2,3). Sağlık çalışanlarında (N= 212) akciğer kanseri yine birinci sırada yer alırken (%32,1), madencilerde (N= 64) oldukça yüksek akciğer kanseri oranı dikkati çekmiştir (%76,6).

Tartışma:

Kanser gelişmesinde birçok faktör rol oynamakta olup bu faktörlerin önemi kanserin türüne göre farklılık göstermektedir. Bir kişinin belirli bir kansere yakalanma riski, günümüzde hala mekanizmaları tam olarak netleştirilemeyen pek çok faktörün etkileşmesine bağlı olarak meydana gelir. Günümüzde bilinen en önemli faktörler yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü, sigara ve alkol tüketimi, diyet, çevresel etkenlere (güneş, hava kirliliği ve bazı enfeksiyöz etkenler) ve mesleki kanserojen ajanlara maruziyettir.

Dünyada 2020 verilerine göre kadınlarda en sık kanser türleri sırasıyla meme, kolorektal, akciğer, serviks ve tiroid kanseridir. Türkiye'de global sıralamadan farklı olarak ikinci sırada yüksek bir oranla tiroid kanseri yer almaktadır (2). Tiroid kanseri tanı ve evrelemesinde PET/BT'nin yeri sınırlı olduğu için çalışmamızda tiroid kanseri ile ilgili yorum yapamıyoruz. Ancak bu sıralamada yer alan diğer kanser türlerinde PET/BT etkin olarak kullanılmakta olup bulgular incelendiğinde kadınlarda akciğer kanseri oranlarının Türkiye geneline kıyasla, neredeyse meme kanserine yaklaşıp derecede yüksek oluşu dikkati çekmektedir.

Erkeklerde dünya genelinde en sık kanser türleri akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer iken Türkiye'de akciğer, prostat, kolorektal kanserlerini mesane kanseri izlemektedir. Bizim çalışmamızda akciğer çok yüksek bir oranla birinci sıradaydı. Bunu kolorektal ve prostat kanserleri takip etmekteydi. Prostat kanserinin kolorektal kanserlerin arkasında yer almasının nedeni PET/BT görüntüleme ihtiyacının kolorektal kanserlere kıyasla daha düşük olmasına bağlanabilir. Buna rağmen oranlar yaklaşık bulunmuştur. Çalışmamızda Trakya bölgesinde dördüncü sırada erkeklerde larenks kanseri yer

almaktadır.

Her iki cinsiyet için yüksek akciğer kanseri ve erkeklerde larenks kanseri yüksekliği dikkat çekici olup bu kanserler için sigara içiciliğinin açık ara önde gelen risk faktörü olduğu bilinmektedir. Akciğer kanseri ölümlerinin yaklaşık %80'inin sigaradan kaynaklandığı düşünülmektedir ve bu sayı muhtemelen küçük hücreli akciğer kanseri için daha da yüksektir. Hiç sigara içmemiş birinin küçük hücreli akciğer kanserine sahip olması çok nadirdir. Larenks kanseri için de kanser geliştirme olasılığının sigara içenlerde, içmeyenlere kıyasla yaklaşık 40 kat; düzenli olarak fazla miktarda alkol tüketen kişilerin, içki içmeyenlere kıyasla yaklaşık 3 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Akciğer kanseri aynı zamanda mesleki maruziyetlerin en fazla risk artışına neden olduğu kanserdir. Kanser yükünün bu kadar önemli bir kısmını oluşturan bu kanserlerin, önenebilir veya kontrol edilebilir faktörlere bağlı olması önemlidir.

Mesleki kanserler, oluşum mekanizmasında tamamen veya kısmen işyerinde bir kanserojene maruz kalmanın rol oynadığı kanserlerdir. Dünya çapındaki tüm kanserlerin %3-6'sının işyerindeki kanserojenlere maruziyetten kaynaklandığı tahmin edilmekte olup bu sayı gün geçtikçe keşfedilen yeni mekanizmalar ve ajanlar nedeniyle daha da artabilir (3,4). Mesleki kanserlerin diğer kanser türlerinden ayrıldığı önemli nokta kanser oluşum riskini artıran bilinen veya şüphelenilen kanserojenlere maruziyet azaltılabiliyorsa önenebilir nitelikte olmasıdır (5-7). Dünyada ve Türkiye'de milyonlarca işçi, araştırmalarda kanserojen veya muhtemelen kanserojen olduğu tespit edilen maddelere maruz kalmaktadır. Türkiye'de yaklaşık 14 milyon işçi çalışmaktadır.

Akciğer kanserinde polisiklik aromatik hidrokarbon (sigara dumanı, duman, gaz, kurum, ve ısı bozulmaya uğramış yağlar), asbest, silika (granit fabrikası), dizel yakıt maruziyeti, bis(klorometil)eter, radon (madenciler); larenks kanserinde formaldehit, sülfirik asit maruziyeti (çelik işçileri); lenfoma ve hematopoetik kanserlerde sentetik lastik, polimer yapımı-1,3-butadin, etilen oksit-dezenfektan; mesane kanserlerinde boya ve tekstil işlemlerinde kullanılan benzidin, β-naftilamin türevi boyalar, lastik/kauçuk endüstrisi-4-aminobifenil; prostat kanserinde kadmiyum (pil yapımı, metal işi, pestisit) günümüzde en bilinen mesleki kanser etkenleridir. Trakya topraklarının büyük bir kısmı tarım alanı olarak kullanılmakta olup, en önemli geçim kaynağı tarım ve tarıma dayalı sanayidir. Bizim çalışmamızda da en sık görülen meslek grubunu çiftçiler ve fabrika işçileri oluşturmaktadır. Çiftçilerde akciğer, kolorektal, prostat kanseri ve lenfomalar; fabrika işçilerinde akciğer, prostat kanseri ve lenfomalar sık görülmüştür. Madencilerde oldukça yüksek akciğer kanseri oranı dikkati çekmiştir.

Sonuç:

Trakya bölgesinde genel olarak Türkiye geneli ile uyumlu veriler saptanırken, kadınlarda akciğer kanseri kolorektal kanserin önüne geçmiştir. Bölgede çiftçilik ve fabrika işçiliği oranı yüksek olup, risk taşıyan bu mesleklerde diğer gruplara kıyasla yüksek akciğer kanseri, fabrika işçilerinde ek olarak yüksek lenfoma ve mesane kanseri oranları bulunmuştur.

Kaynaklar:

- 1.Boellaard, Ronald, et al. "FDG PET and PET/CT: EANM procedure guidelines for tumour PET imaging: version 1.0." European journal of nuclear medicine and molecular imaging 37.1 (2010): 181-200.

2. GLOBOCAN 2020 Database. <https://gco.iarc.fr/>
3. Driscoll T, Takala J, Steenland K, Corvalan C, Fingerhut M. 2005. Review of estimates of the global burden of injury and illness due to occupational exposures. *Am J Ind Med* 48:491-502.
4. Rushton L, Hutchings SJ, Fortunato L, et al. 2012. Occupational cancer burden in Great Britain. *Br J Cancer*. 107(Suppl 1):S3-7.
5. Boffetta P [2004]. Epidemiology of environmental and occupational cancer. *Oncogene*. 23:6392-6403.
6. Landrigan PJ [1996]. The prevention of occupational cancer. *CA Cancer J Clin*. 46:67-69.
7. Siemiatycki J, Richardson L, Straif K, et al [2004]. Listing occupational carcinogens. *Environ Health Perspect*. 112(15):1447-1459.

Oral Presentation / Research

Periferik Fasiyal Paralizi Hastalarında Vitamin B 12, Folat, Homosistein Düzeylerinin Hastalık Evresi İle İlişkisinin Değerlendirilmesi - Ön Sonuçlar

Mehmet Fatih Karakuş¹, Mervegül Kaya², Tuba Gül³, Özgür Enginyurt⁴, Soner Çankaya⁵, Murat Cihan⁶

1. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ordu, Turkey
E-mail: mfkarakus@yahoo.com

2. Ordu Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği

3. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

4. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

5. Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesi, Spor Yöneticiliği

6. Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya

Presentation on 26/03/2021 06:30 in "Oral presentations 8" by Mervegül Kaya

Keywords / Anahtar Kelimeler: Periferik fasiyal paralizi, homosistein, vitamin B12

Aim:

Çalışmamızda periferik fasiyal paralizi (PFP) hastalarında homosistein, vitamin B12, folat düzeyleri ile hastalığın evreleri arasında bir ilişkinin bulunup bulunmadığı araştırılmıştır.

Method:

Çalışmaya Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğine Ekim 2020 - Şubat 2021 tarihleri arasında PFP tanısı ile başvuran ve araştırma katılmaya gönüllü olan 12 hasta dahil edildi. PFP tanıları House-Brackmann Skorlaması (HBS) sistemine göre evrelendi. Çalışma kapsamında hastaların yaşları, cinsiyetleri, tutulan taraf, HBS'na göre evreleri, homosistein, vitamin B12, folat düzeyleri değerlendirildi. Veriler tek yönlü varyans analizi ve Tukey çoklu karşılaştırma testi ile analiz edilmiş olup, bulgular $p<0.05$ önem seviyesinde anlamlı olarak kabul edildi.

Results:

Hastaların yaş ortalaması 54.6 ± 16.7 'di. 8'i (%67,7) erkek, 4'ü (%33,3) kadındı. Hastaların 4'ünün evre 3 (%33,3), 2'sinin evre 4 (%16,7), 6'sının (%50) evre 5 olduğu saptandı. Paralizilerin 9'unun (%75) sağ, 3'ünün (%25) sol hemifasiyal bölgede yerleştiği görüldü. İncelenen 3 farklı evre arasında homosistein düzeyi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.018$). Farklılığı oluşturan grubun evre 3 ve evre 5 olduğu belirlendi ($p=0.011$). Vitamin B12 ve folat düzeylerinde ise evreler arasında farklılık bulunmadı.

Conclusions:

PFP etiyojisi çoğunlukla belirlenemeyen, ancak iskemik durumlar, otoimmün hastalıklar ve viral enfeksiyonlarla ilişkisi olabileceği düşünülen bir klinik tablodur. Ayrıca tromboemboli ve vazospazma neden olabilen pıhtılaşma bozukluklarına yol açması durumu göz önüne alındığında homosistein yüksekliğinin de nöronal-vasküler patolojilerle ilişkili etiyojide önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir. Bu genellikle vitamin B12 düzeyinin düşüklüğü ile birliktedir. Bizim çalışmamızda da homosistein yüksekliğinin PFP'nin ileri evreleriyle ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır, ancak vitamin B12 düzeyinin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Ayrıca yapılan literatür araştırması neticesinde PFP ile homosistein düzeyi arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanılmamış olması alana

sağlayacağı katkısı artıracaktır. Bu çalışma ile PFP ile homosistein düzeyi arasındaki ilişkinin varlığına yönelik bulguların PFP tedavi seçenekleri bakımından da yol gösterici olabileceği düşüncesi ile daha kapsamlı araştırmalarla desteklenmesi oldukça önem arz etmektedir.

Oral Presentation / Research**Etiological, topographic and clinical evaluation of patients with cerebral vein thrombosis**Suna Aşkin Turan¹, Şule Deveci¹, Canan Bolcu Emir², Cihat Örken²

1. Başakşehir Çam And Sakura City Hospital, 34480 İstanbul, Turkey E-mail: sunaaskin1@gmail.com

2. Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Nöroloji, İstanbul, Türkiye.

Presentation on 26/03/2021 08:00 in "Oral presentations 9" by Suna Aşkin Turan

Keywords / Anahtar Kelimeler: Cerebral venous thrombosis, clinical features, etiology, prognosis, MR venography**Aim:**

Cerebral vein thrombosis is a rare cerebrovascular disease that affects all age groups. It often has a good prognosis and clinical presentation varies. Early coma and intracranial hemorrhage have been reported as poor prognostic factors.

Method:

During the 5-year period between January 1, 2006 and October 1, 2011, a total of 46 patients, 30 females, 16 males, followed up with a diagnosis of CVT were analyzed retrospectively.

Results:

The average age is 39.3 + 12.29, the age range is 13-69. The subjects were admitted to hospital 22 of them were subacute, 20 were acute, and 4 were admitted in the chronic period. The most common complaint was headache (69.6%) and the most common finding was papillae edema (56.5%). Epileptic seizures were observed in 15 patients included in the study. When imaging findings were examined, 24 of them had no parenchymal lesions, 13 had hemorrhagic infarction, 6 had ischemic infarction, 2 had subarachnoid hemorrhage, and one had an epidural abscess. While a single dural sinus thrombosis was observed in 16 patients, 30 patients had more than one sinus involvement. When isolated and non-isolated sinuses were taken together, the most common transverse sinus (n = 37), thrombosis was found. While no etiological cause was found in 11 of the patients, more than one etiology was found in 18 patients. Detected predisposing factors; infection (n = 8), puerparum (n = 5), oral contraceptive medication (n = 7), hereditary thrombophilia (n = 21), Behçet's disease (n = 2), ulcerative colitis (n = 1), head trauma (n = 1). During the follow-up of the patients, complete recovery was noted in 38 patients, 1 patient died, and 7 patients were disabled.

Conclusions:

In our daily practice, every case should be approached with suspicion in order not to miss the diagnosis of SVT. Mortality and morbidity may decrease by the help of early treatment. Cerebral venous thrombosis must be remembered in the differential diagnosis of headaches of unknown etiology.

Full Text**Giriş ve Amaç**

Beyin damar hastalıklarının %1'ini oluşturan Serebral Ven Trombozu (SVT), intrakraniyal venlerin ve sinüslerin trombozudur. Serebral ven trombozu özellikle gençlerde önemli

bir inme nedenidir (1). SVT bir aydır süren başağrısından ani gelişen komaya kadar çeşitli kliniklerle karşımıza çıkabilir. Son yıllarda SVT'ye bağlı ölümler azalsa da mortalite %5-10 arasında bildirilmiştir (2).

Bu çalışmanın amacı Ocak 2006 – Ekim 2011 tarihleri arasında SVT tanısıyla izlenen 46 hasta retrospektif olarak değerlendirilirken başvuru şikayetleri, klinik özellikler, etiyolojik nedenler ve tedavi yöntemleri açısından literatürü yeniden gözden geçirmektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmanın etik kurulu onayı alındı (etik kurul no: 278). Çalışmaya dahil edilen tüm olguların verilerinin kullanım onayı yatışları sırasında alınmıştır. 01 Ocak 2006 – 1 Ekim 2011 tarihleri arasındaki 5 yıllık dönemde, SVT tanısı ile takip edilen 30 kadın 16 erkek toplam 46 hasta retrospektif olarak incelendi.

Hastalar, SVT etiyolojini sorgulamak için genetik veya edinsel koagülopatiler, malignite, santral sinir sistemi anomalileri (dural fistül, venöz anomali, arteriyovenöz malformasyon), hematolojik nedenler (anemi, polisitemi, trombositoz), vaskülitler, diğer inflamatuvar ve sistemik hastalıklar, infeksiyon (santral sinir sistemi, diş apsesi, otit, üst solunum yolu infeksiyonu, sinüzit), puerperium (gebelik ve postpartum), ilaç kullanımı (oral kontraseptif, kemoterapötik ilaçlar), travma ve cerrahi girişimler açısından sorgulandı.

Hastalara detaylı fizik ve nörolojik muayene (göz dibi muayenesi dahil) rutin hematolojik ve biyokimyasal kan tetkikleri (vitamin B12, tiroid fonksiyon testleri, tam kan sayımı, ESR, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, elektrolitler, Antitrombin III aktivitesi, Protein C, Protein S, Faktör V Leiden mutasyonu, Anti nükleer antikor profili, ANA, antifosfolipid antikorları, Antikardiyolipin IgG-IgM antikorları, homosistein, protrombin II gen mutasyonu, MTHFR gen mutasyonu) yapıldı. Hastaların tümüne Kraniyal MRG, 42 hastaya Beyin BT, 44 hastaya MRV tetkikleri yapılarak trombus lokalizasyonu ve parankimal lezyonları incelendi. SAK saptanan 2 hasta ise DSA sırasında tanı almışlardır.

Ensefalit öntanısı ile yatan iki hastaya lomber ponksiyon yapıldı, BOS biyokimyası, direkt mikroskopik inceleme ve kültürü alındı.

Hastaların semptomlarının başlama süresi ile hastaneye başvurdıkları süre sorgulandı. Buna göre semptomların başlangıcı ile hastaneye başvuru arasında geçen süre akut (<48 saat), subakut (48 saat – 30 gün) ve kronik (>30 gün) olmak üzere gruplandı.

Hastaların sigara/alkol kullanımı, sürekli kullandığı ilaçlar ve daha önceden kraniyal/ekstrakraniyal ven trombozu geçirip geçirmediikleri sorgulandı. Hastaların başvuru şikayetleri başağrısı, nöbet geçirme, şuur bulanıklığı, baş dönmesi, görme bozukluğu, uyuma-güçsüzlük şeklinde gruplara ayrıldı. Nörolojik muayene bulguları, kraniyal sinir tutulumlarına göre gruplandırıldı.

Görüntülemelerde BT veya MRG'de parankimal bulgular hemorajik, iskemik, apse ve parankimal bulgu yok şeklinde gruplara ayrıldı. Ayrıca MRG ve BBT'de normal görünüm, sinüs hiperdansite/hiperintensite, parankimal bulgu değerlendirildi. parankimal lezyonlar, lokalizasyona göre kortikal (frontal, pariyetal, temporal, oksipital lob), subkortikal (talamus, bazal ganglia, korpus kallozum) ve arka sistem (pons, mezensefalon,

bulbus, serebellum) ve parankimal bulgu yok şeklinde gruplara ayrıldı.

Etiyolojik nedenleri, idiyopatik, genetik trombofili, edinsel protrombotik durum (puerperium, OK, malignensi, ülseratif kolit, Behçet Hastalığı), infeksiyon (SSS, otit, mastoidit, sinüzit, diş apsesi, sistemik), diğer (mekanik, AVM, travma, dehidratasyon) olarak gruplandırıldı. Trombofili paneli bir parametre patolojik ile birden fazla parametre patolojik ve normal olarak 3 gruba ayrıldı.

Hastaların prognozu; takiplerde defisit yok, dizabilite (hemiparezi/hipoestezi/ görme kaybı) ve eksitus şeklinde incelendi.

Tüm veriler Statistical Package for Social Science (SPSS Inc. Released 2007. SPSS for Windows, Version 16.0. Chicago, SPSS Inc.) 16.v ile istatistiksel olarak çalışıldı. Tanımlayıcı çalışma ölçütleri (ortalama, standart sapma, medyan, sıklık, 4 gözülü tablolar) ile analiz edildi.

Bulgular

Çalışmaya 30'u kadın (%65,2), 16'sı erkek (%34,8) toplam 46 hasta alındı . 13 - 69 yaş aralığında olan hastaların yaş ortalaması 39,3 + 12,9 (erkek yaş ortalaması 40,3 + 14,3 kadın ortalaması 38,8 + 11,2) saptandı. 20 hastada akut (%43,5), 22 hastada subakut (%47,8), 4 hastada (%8,7) kronik başlangıç mevcuttu.

Hastaların başvuru şikayetleri Tablo 1'te yer almaktadır.

Tablo 1: Çalışmadaki başvuru şikayetleri

Şikayet	N	%
baş ağrısı	20	43,5
baş ağrısı-görme kaybı	7	15,2
baş ağrısı-nöbet geçirme	1	2,2
baş ağrısı-uyuşma	2	4,3
baş ağrısı-vertigo	2	4,3
görme kaybı	2	4,3
görme kaybı-uyuşma	1	2,2
güçsüzlük-konuşmada bozulma	1	2,2
nöbet geçirme	6	13,0
şuur kaybı	3	6,5
uyuşma	1	2,2
Toplam	46	100,0

Baş ağrısı en sık görülen semptomdu. (%69,6). Baş ağrısı şikayetine en sık görme bozukluğu (7 hasta) eşlik etmekteydi. Yalnız baş ağrısı şikayeti ile gelen toplam 20 hasta vardı. Çalışmadaki hastaların nörolojik muayenesinde patolojik bulgular Tablo 2'de gruplandırılmıştır.

Tablo 2: Çalışmadaki hastaların nörolojik muayenesindeki patolojik bulguların dağılımı

NÖROLOJİK MUAYENE	HASTA SAYISI	%
Motor defisit	8	17,4
Papilla ödemi	27	56,5
VI.kraniyal sinir felci	4	8,7
III.kraniyal sinir felci	3	6,5
VII.kraniyal sinir felci	8	17,4
Duyusal defisit	9	19,6
Konuşma bozukluğu/afazi	4	8,7
Koma	2	4,3

En sık tespit edilen bulgu papilla ödemi (%56,5) olup onu duysal (%19,6) ve motor (%17,4) defisitler izlemektedir. Papilla ödemi olan 27 hastanın 4'ünde ek nörolojik defisit saptanırken, 23'ünde izole intrakraniyal hipertansiyon kliniği mevcuttu. Komada olan (Glasgow koma skalası <6) toplam hasta sayısı 2'dir (%4,3). En sık VII. kraniyal sinir (%17,4) felci izlenmiş olup birden fazla kraniyal sinir felci 2 hastada saptandı.

Çalışmaya alınan hastaların 15'inde epileptik nöbet (%33,6) izlendi, bu hastaların 7'sinde (%15,2) hastalığının başlangıcından itibaren epileptik nöbet vardı. 8 hastada (%17,4) ise yatışından sonra epileptik nöbet izlendi.

Hastaların 24'ünde (%52,2) parankimal bulgu yoktu. parankimal bulgu saptanan hastaların 13'ünde hemorajik infarkt (%28,2), 6'sında venöz iskemik infarkt (%13,0), 1'inde apse (%2,2), 2'sinde (%4,3) SAK tespit edildi. (Tablo 3)

Tablo 3: Çalışmadaki hastaların BT veya MRG'de parankimal bulgu özellikleri

Parankimal bulgu	N	%
yok	24	52,2
parankim venöz enfarkt hemisfer sağ	3	6,5
parankim venöz enfarkt bilateral parankimal	3	6,5
hemorajik hemisfer sağ	1	2,2
hemorajik hemisfer sol	8	17,4
hemorajik bilateral parankimal	4	8,7
supratentoryal sak	1	2,2
serebellar sak	1	2,2
multiplepiduralabseler-bilateral kavernoöz sinüs trombozu-	1	2,2
Toplam	46	100,0

42 hastaya ilk görüntüleme yöntemi olarak Beyin BT çekildi. Beyin BT çekilen 13 hastada (%28,3) normal, 9 hastada hiperdens sinüs (%19,6), 6 hastada parankimal venöz infarkt (%13,0), 2 hastada SAK (%4,4), 1 hastada epidural apse (%2,2) saptandı.

Hastaların 16'sında tek bir dural sinüste (%34,7), 14 hastada (%30,4) iki sinüste, 16 hastada ise ikiden fazla sinüste (%34,9) tromboz mevcuttu. Ayrıntılı olarak tablo 4 te sunulmuştur.

Tablo 4: Çalışmadaki hastaların izole ve çoklu sinüs trombozu lokalizasyonu

TROMBOZE SINÜSLER	N-HASTA SAYISI	%
superior sagittal sinüs (sss)	6	13,0
transvers sinüs (ts)	7	15,2
kavernöz sinüs (ks)	3	6,5
sss+ts+ss	9	19,6
ts+ss	8	17,4
sss+ts	6	13,0
tüm sinüsler+derin venler	1	2,2
ijv+ss+ts	3	6,5
ts+derin ven trombozu	2	4,3
sss+ss+ts+ijv	1	2,2
ks+ts+sss+ss	1	2,2
Toplam	46	100,0

Hastaların 11'inde (%23,9) etyoloji saptanamadı. Birden fazla etyolojik neden 18 hastada (%39,1) saptandı. SVT etyolojisini açıklayan sistemik hastalık (durum) ve ilaç kullanımı analiz edildiğinde; 8 hastada (1'i merkezi sinir sistem kaynaklı, 7'si otit/sinüzit/mastoidit/diş apsisi kaynaklı) enfeksiyon (%17,4) saptandı. Enfeksiyonu olan 2 hasta postpartum dönemdeydi, 1 hasta gebeliğin son trimesterindeydi. Merkezi sinir sistemi enfeksiyonu olan hastada multipl epidural apseler saptandı. SVT tanısı ile yatan 2 hastaya (%4,3) Behçet Hastalığı teşhisi kondu. 2 hasta gebe (%4,3), 3 hasta postpartum dönemde (%6,5), 2 hastanın bilinen malignensisi (Akciğer Kanseri, Meme Kanseri) (%4,3), 1 hastada ülseratif kolit (%2,2) mevcuttu. Kronik alkol kullanan bir hasta kafa travması ile başvurmuşken (%2,2), 65 yaş üstünde olan 2 hastada ağır dehidratasyon (%4,3) mevcuttu. OKS kullanan 7 hasta (%15,2) vardı. 3 hastada diğer (travma, dehidratasyon, Arteriyovenöz fistül) (%6,5) nedenler bulundu.

SVT etyolojisini açıklayan sistemik hastalık (durum) ve ilaç kullanımı analiz edildiğinde; 8 hastada (1'i merkezi sinir sistem kaynaklı, 7'si otit/sinüzit/mastoidit/diş apsisi kaynaklı) enfeksiyon (%17,4) saptandı. Enfeksiyonu olan 2 hasta postpartum dönemdeydi, 1 hasta gebeliğin son trimesterindeydi. Merkezi sinir sistemi enfeksiyonu olan hastada multipl epidural apseler saptandı. SVT tanısı ile yatan 2 hastaya (%4,3) Behçet Hastalığı teşhisi kondu. 2 hasta gebe (%4,3), 3 hasta postpartum dönemde (%6,5), 2 hastanın bilinen malignensisi (Akciğer Kanseri, Meme Kanseri) (%4,3), 1 hastada ülseratif kolit (%2,2) mevcuttu. Kronik alkol kullanan bir hasta kafa travması ile başvurmuşken (%2,2), 65 yaş üstünde olan 2 hastada ağır dehidratasyon (%4,3) mevcuttu. OKS kullanan 7 hasta (%15,2) vardı.

Etyolojik araştırma sırasında her hastadan istenen trombofil panelinde; 25 hasta normal (%54) değerlendirilirken, 9 hastada (%19,6) bir parametre patolojik, 12 hastada (%26,10) birden fazla patolojik parametre saptandı. Trombofil paneli değerlendirilirken, en sık saptanan kalıtsal trombofil nedenleri sırasıyla; 10 hastada Protein S eksikliği (%21,7), 8 hastada Protein C eksikliği (%17,4), 6 hastada homosisteinemi (%13,0), 6 hastada MTHFR gen mutasyonu homozigot (%13), 3 hastada Faktör V Leiden mutasyonu (%6,5), 2 hastada Antitrombin III eksikliği (%4,3), 1 hastada Protrombin gen mutasyonu (%2,2), bir hastada Antikardiyolipin IgG-IgM yüksekliğidir (%2,2) (Tablo 5).

Tablo 5: Çalışma Hastalarında Saptanan Kalıtsal Trombofil Nedenleri

SAPTANAN TROMBOFİLİ NEDENİ	N	%
Antikardiyolipin IgG-IgM yüksekliği	1	2,2
Antitrombin 3 1 eksikliği-protein C-S eksikliği	1	2,2
Faktör 5 Leiden mutasyonu, Homosisteinemi, Protein S eksikliği	1	2,2
Homosisteinemi	3	6,5
Homosisteinemi-Faktör 5 Leiden mutasyonu	1	2,2
MTHFR gen 3 mutasyonu homozigot	3	6,5
MTHFR gen 1 mutasyonu homozigot-Homosisteinemi	1	2,2
MTHFR gen 1 mutasyonu homozigot-Protein C-S eksikliği	1	2,2
Normal	25	54,3
Protein C eksikliği	1	2,2
Protein C-S eksikliği	4	8,7
Protein C-S eksikliği-Faktör 5 Leiden mutasyonu	1	2,2
Protein S eksikliği	2	4,3
Protrombin Gen mutasyonu-Antitrombin 3 eksikliği-MTHFR gen mutasyonu	1	2,2
Toplam	46	100,0

Çalışma grubunda komada olan 2 hastaya önce intravenöz heparin, sonra LMWH verildi. Bu hastaların biri ağır sekel ile düzelerken, diğeri exitus oldu. Kavernöz sinüs arteriyovenöz fistülü olan hasta Gamma - Knife ile tedavi oldu. Multipl epidural apseleri olan hasta cerrahi tedavi ve antibiyoterapi ile tedavi edilerek, MTHFR gen mutasyonu eşlik ettiği için antikoagulan tedavi ile izlendi. Behçet Hastalığı tanısı koyduğumuz hastaların birine intravenöz yüksek doz metilprednizolon verilirken diğerine de oral antikoagulan tedavi (Warfarin) uygulandı. Diğer tüm hastalar önce LMWH sonra oral antikoagulan tedavi (Warfarin) ile takip edildi. Enfeksiyon saptanan hastalara uygun antibiyoterapi, epileptik nöbeti olan hastalara antiepileptik tedavi verildi. Bir hasta; kafa içi basınç artışı nedeniyle görme alanı defekti olduğu için asetolozamid verildi ve bu tedaviden fayda gördü.

Çalışmaya alınan 46 hastanın biri vefat etmiş, 7'si dizabilite olarak (motor/duyusal/görme) takip edilmektedir. Ortalama 3 yıllık izlem süresince 38 hastanın takibinde defisite rastlanmadı.

Tartışma

Serebral ven trombozu, özellikle gençleri etkileyen, nadir bir inme formudur. İlk tanımlandığı dönemlerde, ölümcül seyirli ender bir hastalık kabul edilen SVT' nin, günümüzde yeni tanı araçları sayesinde, farklı bir klinik seyir yelpazesine sahip

olduğu görülmüştür(3).

Genel olarak, milyonda 5 kişiyi etkileyip; tüm inme tipleri içinde %0,5 ile %1'lik bir grubu oluşturduğu bildirilmiştir(4). Genç kadınlarda daha sık görülmektedir. Hollanda'dan bir çalışmada insidans 1.32/100000/yıl ve 31-50 yaş arasındaki kadınlarda insidansı 2.78/100000/yıl bildirilmiştir (5). En az 40 hastadan oluşan 74 vaka seri çalışmalarının sistematik derlemede ;8829 SVT hastasında yaş ortalaması 32.9 ve erkek/kadın oranı 2:3 olarak bildirilmiştir (6).

Sinüs ven trombozu genellikle subakut başlangıçlıdır. Gebelik ve postpartum nedenli SVT, genellikle akut başlangıçlıdır(4).

Serebral ven trombozunun klinik bulgu ve başlangıç şekli çok çeşitlidir. Başağrısı en sık başvuru nedeni olup diğer bulgulardan önce çıkar, %50 hastada akut başlangıçlı, şiddetli olan, yaygın ve sürekli bir ağrıdır(7). Bu çalışmada da en sık başvuru şikayeti başağrısı idi. Ancak başağrısı karakteri veri eksikliği nedeniyle değerlendirilememiştir.

Türkiye'den çok merkezli retrospektif çalışma olan VENOST çalışmasında; 1144 hasta değerlendirilmiş olup; en sık klinik semptom ve bulgular sırası ile başağrısı (%87), izole başağrısı (%25), bulantı ve kusma (%28), nöbet (%18), görsel problemler (%27), diğer fokal nörolojik defisitler (%18) ve bilinç bozukluğu (%18), kraniyal sinir felci (%18) olarak bildirilmiştir (8). 624 hastadan oluşan SVT kohort çalışmasında (The International Study on Cerebral Venous and Dural Sinuses Thrombosis [ISCVT]), 624 SVT hastasının verilerine göre saptanan klinik bulgular sırası ile motor parezi (%37), papilla ödemi (%28), afazi (%19), koma (%5) şeklinde saptanmıştır (9). Kamışlı ve arkadaşlarının 32 SVT olgusundan oluşan retrospektif çalışmasında %81 baş ağrısı, %37,5 epileptik nöbet, %34 papilla ödeminin eşlik ettiği görme bozukluğu, %47 duyuşsal kayıp veya hemiparezi gibi fokal bulguların geliştiği bildirilmiştir(10). Başka bir çalışmada ise SVT'de tek nörolojik bulgunun başağrısı olduğu 17 vakadan 15'inde lateral sinüs trombozu izlenmiştir(11). Damak ve arkadaşları "62 izole lateral sinüs trombozlu hasta ile 157 diğer sinüs trombozlu hastaları karşılaştırdıkları çalışmada papilla ödemi ve başağrısının izole lateral (transvers) sinüs trombozunda daha sık bulunduğunu belirtmişlerdir (12).

Bu çalışmada da literatürle istatistiksel uyumlu olarak en sık tespit edilen bulgu papilla ödemi idi (%56,5). Papilla ödemi saptanan 27 hastanın 4'ünde VI.kraniyal sinir felci ve ek nörolojik defisit saptanırken 23'ünde izole intrakraniyal hipertansiyon mevcuttu. Diğer muayene bulguları sırası ile duyuşsal (%19,6), motor (%17,4) defisittir. Komada olan hasta sayısı 2 (%4,3) idi. En sık tutulan kraniyal sinir VII . kraniyal sinir olup (%17,4) bunu VI. kraniyal sinir (%8,7) ve III. kraniyal sinir (%6,5) izlemektedir.

Literatürde fokal defisit ve komanın bu çalışmaya göre daha sık saptanması; ilerleyen görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşması ile erken tanı imkanının artmasına bağlandı. Ayrıca IIKH sıklığının yüksek bulunması, benign intrakraniyal hipertansiyon tanısı koymadan önce MRG ve MRV tetkiklerine başvurmanın önemini vurgulamaktadır (13).

SVT' den kuşkulandığında acil koşullarda genellikle ilk gerçekleştirilen araştırma yöntemi kontrastsız beyin BT'dir. SVT tanı ve izlemi için en iyi yöntem MRG ve buna eşlik eden MRV'dir (14). ISCVT çalışmasında BT veya MRG'de %46,5 iskemik, %39,3 hemorajik lezyonlar bulunmuş, genel parankimal lezyon sıklığı %62,9 saptanmıştır (15). Zubkov ve

arkadaşlarının 56 hastadan oluşan 'SVT'de Beyin Lezyonları' adlı çalışmalarında %34 oranında beyin lezyonu izlediklerini, bu parankimal lezyonların yaş, cinsiyet ve edinsel/kalıtımsal trombofililiyle ilişkili olmadıkları ancak hastalığın prognozunda etkili olduğunu bildirmişlerdir (16).

Bu çalışmada; BT veya MRG'de parankimal lezyonları %47.8 oranında (hemorajik infarkt %32.6, venöz iskemik infarkt %13.0 , apse % 2. 2) tespit edildi. Bu lezyonların lokalizasyonu 17 hastada kortikal, 4 subkortikal, 1'i de arka sistemde saptandı.

Parankimal kanamalar daha sık görülmekle birlikte subaraknoid kanama (SAK) da bildirilmiştir. Sekonder venöz hipertansiyona bağlı kortikal ven rüptürü ile SAK geliştiği öne sürülmüştür(17). Domaç ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi bizim çalışmamızda da 2 hasta SAK tanısı ile istenen DSA'da anevrizma gözlenmezken sinüs trombozu saptanmıştır(18).

SVT etyolojisinin %85'inde protrombotik risk faktörü bildirilmiştir. Genellikle, genetik yatkınlığı olan ve diğer riskleri taşıyan bireylerde puerparum veya travma gibi predispozan durum sonrası gözlenir(19). Tanıda geniş çaplı bir etyolojik araştırma gerekmede ve çoğu zaman birden fazla nedenin, özellikle kalıtsal trombofilik sendromların olabileceği unutulmamalıdır. Ancak ayrıntılı araştırmalara karşın nedeni bulunamayan olgu oranı %15 dolayında bildirilmektedir. Altta yatan hastalığın diğer belirtilerin ancak zaman içinde izlemler sırasında ortaya çıkabileceği düşünülerek İdiyopatik SVT tanısı koyarken acele davranılmaması gerekir(1). Çok merkezli 624 erişkin hastayı kapsayan ISCVT çalışmasında olguların %44'ünde birden fazla neden ve %22'sinde kalıtsal trombofilik sendromlar bildirilmektedir (20).

Bizim çalışmamızda da 11 hastada (%23,9) etyolojik neden saptanamadı. Birden fazla etyolojik neden 18 hastada (39,1) izlendi. Etiyolojik neden olarak 6 hastada (%13,0) genetik trombofilili, 4 hastada (%8,7) edinsel protrombotik durum saptandı.

Genç kadınlarda gebeliğin son trimesterinde ve doğum sonrasında; kilo artışı, varisler, immobilizasyon, preeklampsi, venöz staz, koagülatif ve fibrinolitik fizyolojik değişiklikler nedeniyle gelişen hiperkoagülapatiye sekonder sinüs trombozu riski artar (21,22). Eşlik eden genetik faktörler ve vaskülit varlığında, oral kontraseptif kullanan kadınlarda da SVT riski yüksek orandadır(23).

Lansko ve arkadaşları yaptıkları çalışmada peripartum dönemde SVT riskinin maternal yaş artışı, hastanede yatış süresi, sezaryen, hipertansiyon (HT), infeksiyon ve gebelik döneminde aşırı kusma ile arttığını bildirmişlerdir (24).

Pakistan ve Orta Doğu'da çok merkezli çalışmada kadın SVT'li hastaların %31'inde peripartum dönemde olduğunu ve bu oranın batıdaki çalışmalara göre fazla olduğunu bildirilmektedir. Bunun nedeni olarak; Pakistan ve Orta Asya ülkelerinde doğum hızının fazla olması, hijyenik olmayan ev doğumlarının yaygınlığı ve doğum sonrası su kısıtlanması gibi geleneksel inançların toplumda sık olmasına bağlamışlardır (25).

Çalışmamızda 30 kadın hastanın 2'si gebe (son trimester), 3'ü postpartum dönemde olup Gebe hastaların birinde Protein C - S eksikliği ve Faktör 5 Leiden mutasyonu varken diğerinde sinüzit mevcuttu. Postpartum dönemdeki hastaların birinde MTHFR gen mutasyonu homozigot ve otit, diğerinde diş absesi eşlik etmekteydi. Puerparum dönemindeki beş hastanın prognozu iyi

olup sekelsiz iyileştiler. Ancak olgu sayısı azlığı ve birden fazla etiyolojik neden birlikteliği nedeniyle diğer etiyolojilere bağlı hastalarla klinik, radyolojik ve prognostik veriler açısından kıyaslama yapılmadı.

Etyolojik nedenler arasında %15-35 oranında bildirilen kalıtsal protrombotik nedenler antitrombin III, Protein C veya Protein S eksikliği, lupus antikoagülanları ile Faktör V Leiden mutasyonu ile ilişkili aktive Protein C rezistansıdır. Koagülopatiler, yarı hastada birden fazla koagülopati saptanabilir veya diğer risk faktörlerine eşlik edebilir. (26,27).

Bu çalışmada da literatüre benzer olarak trombofili paneli 25 hastada normal (%54,3), 9 hastada bir parametre patolojik (%19,6), 12 hastada birden fazla parametre patolojik (%26,1) saptanmıştır.

Akdeniz ve Ortadoğu ülkelerinde sık görülen Behçet Hastalığı; rekürren oral aft, genital ülser ve üveitlerle seyrederek, etiyolojisi bilinmeyen sistemik inflammatuar hastalıktır (28). VENOST çalışmasında, SVT hastalarının %9,4'ünde Behçet Hastalığı tespit edilip bu hastaların çoğunda da subakut seyir ve transvers sinüs trombozu ile ilişkili İKH görüldüğü bildirilmiştir (29). Yeşilot ve arkadaşlarının Behçet Hastalığına bağlı SVT'li ve diğer etiyolojilere bağlı SVT'li hastalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında; Behçet Hastalarında venöz infarktın nadir olduğu, intrakraniyal hipertansiyon kliniği ile daha sık geldikleri için daha geç teşhis konduğu belirtilmiştir. Behçet Hastalığı'nda trombozun koagülasyon defisitine değil, endotelial disfonksiyona bağlı olduğu için hastalığın gelişiminin uzun zaman aldığı bildirilmiştir (30). Gülşen Akman Demir ve arkadaşlarının derlemesinde Behçet Hastalığı'nda görülen SVT tedavisinin tartışılmalı olduğuna dikkat çekilmiştir. Kendi birimlerinde oral veya intravenöz yüksek doz metilprednizolon ile aspirin kullanmakta olduklarını, ancak bazı yazarların LMWH ve sonrasında pulmoner arter anevrizma olasılığı Toraks BT ile dışlanarak oral antikoagülan tedaviye geçtiklerini de bildirmişlerdir. Ancak ortak sonuç uzun süreli antikoagülan tedavi gerekmediğidir (31).

Nadir bir neden olan travmaya bağlı dural sinüs trombozu ilk kez 1934'te Bugley tarafından bildirilmiş olup çoğunlukla transvers ve superior sagittal sinüsleri etkilemektedir (32,33).

ISCVT çalışmasında; SVT hastaların %7,4'ünde etiyolojik neden olarak malignensi saptanmıştır (20). Malignensilerde özellikle hematolojik malignensilerde, SVT sıklığının arttığına dair spekülasyonlar olsa da; kontrol gurubu ile birlikte yapılan bir çalışma henüz yoktur. Malignensinin SVT'ye yol açmasına dair olası mekanizmalar; direkt tümör kompresyonu, serebral sinüslere tümör invazyonu ya da kansere bağlı hiperkoagülabilitate olabilir. Ayrıca kemoterapötik ve hormonal ajanlar da rol oynamaktadır (3).

İnflammatuar barsak hastalığı (İBH) gastrointestinal sistemin idiyopatik inflammatuar hastalığıdır. Patogenezi net olarak bilinmeyen İBH'nin tromboza eğilimi arttırdığı bilinmektedir. İnflammatuar aktiviteyi azaltmak için kullanılan kortikosteroid, eşlik eden koagülasyon bozuklukları (Faktör V Leiden mutasyonu, Protein C-S eksiklikleri, Protrombin II gen mutasyonu, hiperhomosisteinemi) tromboemboli komplikasyonlarını artırır. Derin ven trombozu ve pulmoner emboli en sık trombotik komplikasyonlar iken, serebral vasküler tromboemboliler nadirdir. Ülseratif kolitli hastalarda, SVT; Crohn hastalarına göre daha sık olup SSS ve lateral sinüs tutulumu daha çok mevcuttur. Ümit ve arkadaşları 53 yaşında SVT

geçiren ülseratif kolit vakası eşliğinde İBH ve SVT ilişkisini tartışmışlardır (34). Suda ve arkadaşları SVT nedeniyle 36 yaşında ülseratif koliti olan erkek hastada önce pulse steroid tedavisi ardından ömür boyu antikoagülan tedaviden fayda gördüklerini bildirmişlerdir (35).

Bizim çalışmamızda toplam 8 hastada infeksiyon (%17,4) saptanırken bunların biri multipl epidural apseli olan santral sinir sistemi, diğer 7 hastada otit, dış apsesi/sinüzit/mastoidit gibi infeksiyonlar bulundu. 2 hastada etiyolojik araştırma sırasında Behçet Hastalığı teşhisi kondu. Hastaların birine yüksek doz intravenöz metilprednizolon tedavisi verilirken diğer hastaya LMWH ve oral antikoagülan tedavi verildi. İki hastanın takiplerinde nörolojik defisit saptanmadı. Bir hasta ülseratif kolit nedeniyle takip edilmekteydi. Etiyolojik araştırmada başka neden saptanmayan hastada etiyoloji ülseratif kolite bağlandı ve oral antikoagülan tedavi verildi. Ağır dehidratasyon bulguları olan 65 yaşındaki SVT hastamızın etiyolojisini dehidratasyon olarak düşündük. Diğer dehidratasyon bulguları olan 58 yaşında kadın hastada ek neden olarak Protein C eksikliği saptandı. Kronik alkol kullanan bir hastamızda da kafa travması öyküsü olduğundan etiyolojisi travmaya bağladık. Bu hastanın SSS ve sağ transvers sinüste trombozu mevcuttu. Bu bulgular da literatürdeki kafa travmasına bağlı SVT olguları ile uyumlu idi. 27 yaşında erkek hastamızda da kavernoöz sinüste arteriyovenöz fistül saptayıp Gamma Knife ile tedavisi için yönlendirdik. 2 hastamızda malignensi (Meme Kanseri, Akciğer Kanseri) mevcuttu.

SVT erken tanı ve tedavi sayesinde mortalite ve morbidite azalır. 50 hastadan fazla rapor edilmiş SVT serilerinde mortalite ve morbidite oranı %4 ile %23 arasında değişmektedir (2). Canhan çalışmasında ölüm ihtimalini arttıran sebepler olarak nöbet, bilinç kaybı, derin ven trombozu, hemoraji ve arka çukur lezyonlarını bildirmiştir(36). Literatürde prognozun kötüleşmesi ve yatağa bağımlılığı arttıran risk faktörleri; erkek cinsiyet, >37 yaş, ileri yaş, koma bulgusu, mental bozukluğun eşlik etmesi, başlangıçta intrakraniyal kanama olması, derin kortikal venlerin tutulması, merkezi sinir sistemi infeksiyonları ve kanser varlığıdır (37).

Bu çalışmada koma ile gelen, derin venöz sinüs trombozlu bir hastamız erken dönemde vefat etmiştir. Takip edilen diğer hastalardan 7'sinde nörolojik sekel (motor/duysal/görsel) saptanırken, 38'inde belirgin defisit saptanmamıştı. Bu çalışmada olguların azlığı ve çeşitli olması nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Bu çalışmanın en büyük limitasyonu hasta sayısının azlığı idi. Olguların demografik özellikleri genellenemediği ve geniş bir yelpazeye dönüştüğü için veriler arasında istatistiksel analiz yaparken sadece tanımlayıcı yöntemler kullanıldı.

Hasta sayısının az olması çalışmamızın kısıtlı olan tarafı gözükse de hastalığın yıllık insidansının milyonda 3-4 olduğu düşünülürse; ilimizin nüfusuna kıyasla yüksek sayıda bir tanı oranına sahibiz. Bunda da özellikle ayırıcı tanıda bu hastalığı göz önüne alıp ek incelemeler istememizin rolü olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç olarak, SVT yüksek klinik şüphencilik gerektiren bir durumdur. SVT olgularında etiyoloji farklı olabildiği için detaylı araştırma yapılmalıdır. Nedeni bilinmeyen başağrısı ile gelen her hastada bu tanı düşünülmelidir. Erken tedavi, ölüm ve ağır nörolojik defisit riskini azaltabildiğinden, erken tanı çok önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Afşar N, Aktan S. Serebral Venöz Tromboz. İn: Balkans (editör), Serebrovasküler Hastalıklar (3. Basım) Güneş Tıp Kitabevi, Ankara 2009; 135-147.
2. Silvis SM, de Sousa DA, Ferro JM, Coutinho JM. Cerebral venous thrombosis. *Nat Rev Neurol*. 2017;13(9):555-565.
3. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD Jr, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, et al. American Heart Association Stroke Council and the Council on Epidemiology and Prevention. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011 Apr;42(4):1158-1192.
4. Bousser MG, Ferro JM. Cerebral venous thrombosis: an update. *Lancet Neurol*. 2007;6(2):162-170.
5. Coutinho JM, Zuurbier SM, Aramideh M, Stam J. The incidence of cerebral venous thrombosis: a cross-sectional study. *Stroke*. 2012;43(12):3375-3377.
6. Coutinho JM, Zuurbier SM, Stam J. Declining mortality in cerebral venous thrombosis: a systematic review. *Stroke*. 2014;45(5):1338-1341.
7. Mehta A, Danesh J, Kuruvilla D. Cerebral Venous Thrombosis Headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23(7):47.
8. Duman T, Uluduz D, Midi I, Bektas H, Kablan Y, Goksel BK, Milanlioglu A, Necioglu Orken D, Aluclu U; VENOST Study Group. A Multicenter Study of 1144 Patients with Cerebral Venous Thrombosis: The VENOST Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2017 Aug;26(8):1848-1857.
9. Ferro JM, Canhão P, Stam J, Bousser MG, Barinagarrementeria F; ISCVT Investigators. Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis: results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT). *Stroke*. 2004;35(3):664-670.
10. Kamaşlı Ö, Arslan R, Altinkaya S, Kamaşlı S, Kablan Y. Serebral venöz sinüs trombozu: Klinik değerlendirme. *Journal of Turkish Cerebrovascular Diseases*. 2009; 15: 2: 39-42.
11. Cumurciuc R, Crassard I, Sarov M, Valade D, Bousser MG. Headache as the only neurological sign of cerebral venous thrombosis: a series of 17 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76(8):1084-1087.
12. Damak M, Crassard I, Wolff V, Bousser MG. Isolated lateral sinus thrombosis: a series of 62 patients. *Stroke*. 2009;40(2):476-481.
13. Agrawal K, Burger K, Rothrock JF. Cerebral Sinus Thrombosis. Headache. 2016;56(8):1380-1389.
14. Behrouzi R, Punter M. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis [published correction appears in *Clin Med (Lond)*. 2018 Mar;18(2):192]. *Clin Med (Lond)*. 2018;18(1):75-79.
15. Giroi M, Ferro JM, Canhão P, Stam J, Bousser MG, Barinagarrementeria F, Leys D; ISCVT Investigators. Predictors of outcome in patients with cerebral venous thrombosis and intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2007 Feb;38(2):337-342.
16. Zubkov AY, McBane RD, Brown RD, Rabinstein AA. Brain lesions in cerebral venous sinus thrombosis. *Stroke*. 2009;40(4):1509-1511.
17. Sahin N, Solak A, Genc B, Bilgic N. Cerebral venous thrombosis as a rare cause of subarachnoid hemorrhage: case report and literature review. *Clin Imaging*. 2014;38(4):373-379.
18. Domaç F M, Mısırlı H, Adıgüzel T, Mestan E. Serebral venöz sinüs trombozunda klinik, etiyoloji ve prognoz. *Türk Nöroloji Dergisi*. 2008; 14 (1): 27-32.
19. Stam J. Thrombosis of the cerebral veins and sinuses. *N Engl J Med*. 2005;352(17):1791-1798 .
20. Giroi M, Ferro JM, Canhão P, Stam J, Bousser MG, Barinagarrementeria F, Leys D; ISCVT Investigators. Predictors of outcome in patients with cerebral venous thrombosis and intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2007 Feb;38(2):337-342.
21. Silvis SM, Lindgren E, Hiltunen S, Devasagayam S, Scheres LJ, Jood K, Zuurbier SM, Kleinig TJ, Silver FL, Mandell DM, Middeldorp S, Putaala J, Cannegieter SC, Tatlismak T, Coutinho JM. Postpartum Period Is a Risk Factor for Cerebral Venous Thrombosis. *Stroke*. 2019 Feb;50(2):501-503.
22. Mehraein S, Ortwein H, Busch M, Weih M, Einhüpl K, Masuhr F. Risk of recurrence of cerebral venous and sinus thrombosis during subsequent pregnancy and puerperium. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(6):814-816.
23. de Bruijn SF, Stam J, Koopman MM, Vandenbroucke JP. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group [published correction appears in *BMJ* 1998 Mar 14;316(7134):822]. *BMJ*. 1998;316(7131):589-592.
24. Lanska DJ, Kryscio RJ. Risk factors for peripartum and postpartum stroke and intracranial venous thrombosis. *Stroke*. 2000;31(6):1274-1282.
25. Khealani BA, Wasay M, Saadah M, Sultana E, Mustafa S, Khan FS, Kamal AK. Cerebral venous thrombosis: a descriptive multicenter study of patients in Pakistan and Middle East. *Stroke*. 2008 Oct;39(10):2707-2711.
26. Bugnicourt JM, Rousset B, Tramier B, Lamy C, Godefroy O. Cerebral venous thrombosis and plasma concentrations of factor VIII and von Willebrand factor: a case control study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007;78(7):699-701.
27. Lee MK, Ng SC. Cerebral venous thrombosis associated with antithrombin III deficiency. *Aust N Z J Med*. 1991;21(5):772-773.
28. Rahil AI, Errayes M, Salem KM. Cerebral venous thrombosis as the initial presentation of Behçet's disease. *Chang Gung Med J*. 2009;32(2):220-223.
29. Uluduz D, Midi I, Duman T, Colakoglu S, Tüfekci A, Bakar M, Nazliel B, et al. Behçet's disease as a causative factor of cerebral venous sinus thrombosis: subgroup analysis of data from the VENOST study. *Rheumatology (Oxford)*. 2019 Apr 1;58(4):600-608.
30. Yesilot N, Bahar S, Yilmazer S, Mutlu M, Kurtuncu M, Tuncay R, Coban O, Akman-Demir G. Cerebral venous thrombosis in Behçet's disease compared to those associated with other etiologies. *J Neurol*. 2009 Jul;256(7):1134-1142.
31. Akman G, Yeşilot N, Serdaroglu P. Behçet hastalığında nörolojik tutulum: Klinik özellikler, tanı ve tedaviye yaklaşım. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)* 2006; 2: 3-7.
32. Crimmins TJ, Rockswold GL, Yock DH Jr. Progressive posttraumatic superior sagittal sinus thrombosis complicated by pulmonary embolism. Case report. *J Neurosurg*. 1984;60(1):179-182.
33. Ochagavía AR, Boque MC, Torre C, Alonso S, Sirvent JJ. Dural venous sinus thrombosis due to cranial trauma. *Lancet*. 1996;347(9014):1564.
34. Umit H, Asil T, Celik Y, Tezel A, Dokmeci G, Tuncbilek N, Utku U, Soyulu AR. Cerebral sinus thrombosis in patients with inflammatory bowel disease: a case report. *World J Gastroenterol*. 2005 Sep 14;11(34):5404-5407.
35. Suda S, Katsura K, Okubo S, Abe A, Suzuki K, Suzuki M, Katayama Y. Successful treatment of cerebral venous thrombosis associated with ulcerative colitis. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2013 Nov;22(8):e684-686.
36. Canhão P, Ferro JM, Lindgren AG, Bousser MG, Stam J, Barinagarrementeria F; ISCVT Investigators. Causes and predictors of death in cerebral venous thrombosis. *Stroke*. 2005 Aug;36(8):1720-1725.
37. Ferro JM, Aguiar de Sousa D. Cerebral Venous Thrombosis: an Update. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2019;19(10):74.

Oral Presentation / Research**The Effect of the Diagnosis of Chronic Disease on Adult Immunization Behaviour**Başak Korkmazer¹, Banu Sarigül², Erkan Melih Şahin³

1. İSTANBUL BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA CITY HOSPITAL, İstanbul, Turkey E-mail: basakkorkmazer@gmail.com

2. ERZİNCAN KEMAH AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ SAĞLIĞI

3. CANAKKALE ONSEKİZ MART UNIVERSITY, DEPARTMENT OF FAMILY MEDICINE

Presentation on 26/03/2021 08:00 in "Oral presentations 9" by Başak Korkmazer

Keywords / Anahtar Kelimeler: adult vaccination, chronic diseases

Aim:

Mortality and morbidity can be observed in adults due to diseases preventable by vaccine. Since there is no routine adult vaccination program in our country, the physicians have an important role in informing individuals and increasing the vaccination rates of adult patients. In this study, we examined the adult vaccination status of individuals with chronic disease history who consulted to our outpatient clinic.

Method:

A survey was conducted for six months at the Family Medicine Outpatient Clinics of a university hospital. Adult patients were asked to fill out a questionnaire on their perceptions and attitudes about vaccination and their vaccination status.

Results:

We interviewed 299 (59.8%) women, 201 (40.2%) men total 500 patients aged between 18–79 years. 130 of the participants (26.0%) had one or more chronic disease. Adulthood vaccination administration rate were significantly higher among those with chronic disease (33.8%) then without (19.1%). Rejection rate of previous adult vaccination recommendation between participants with chronic diseases (14.6%) and without a chronic disease (16.7%) was not statistical different.

Conclusions:

Programs targeting infectious disease control are an important aspect of the prevention and control of chronic diseases. Successful strategies to improve adult immunization coverage rates will result in reductions in morbidity, mortality, and chronic disease burden. All medical and public healthcare providers must collaborate to realize the significant health benefits that come with a strong adult immunization program.

Oral Presentation / Research

Üçlü Negatif Meme Kanseri Hastalarda Hastalık Nüksü ve Sağ Kalımı Predikte Eden Faktörlerin İncelenmesi

Aysun Fatma Akkuş

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, 22020 Edirne, Turkey E-mail: aysunfatma_88@hotmail.com

Presentation on 26/03/2021 08:00 in "Oral presentations 9" by Aysun Fatma Akkuş

Keywords / Anahtar Kelimeler: Üçlü negatif meme kanseri, genel sağ kalım, hastaliksız sağ kalım.**Aim:**

Kadınlarda en sık görülen kanser tipi meme kanseridir ve üçlü negatif meme kanseri diğer meme kanseri türlerinden daha kötü seyirlidir. Bu retrospektif çalışmanın amacı üçlü negatif meme kanserli hastalarda hastalık nüksü ve sağ kalımı etkileyen faktörleri saptamayı amaçladık.

Method:

1 Ocak 2012 ile 1 Mart 2019 yılları arasında Trakya Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Medikal Onkoloji polikliniğine başvurmuş ya da servisinde yatarak tedavi almış, 69 tane üçlü negatif meme kanser tanılı hasta grubunun klinikopatolojik karakteristik nüks ve sağ kalımı predikte eden faktörler ve tedavi yaklaşımı incelenmiştir.

Results:

Çalışmaya alınan 11 hasta neoadjuvan tedavi, 58 hasta ise adjuvan tedavi grubunu oluşturmaktaydı. Hastaların ortanca hastaliksız sağ kalım süresi 50.2 (24.3-76.0) ay idi. Ortanca genel sağ kalım süreleri ise 123.1 (100.5-145.7) ay idi. Ki 67'si %30'ü üzerinde olan hastaların hastaliksız sağ kalımlarının daha kısa olma eğiliminde olduğu gözlemlendi (HR 4.52 %95 GA 0.96-21.19, p:0.006).

Sonuç olarak ileri yaş (>60 yaş) ve neoadjuvan tedavi olan grubun hastaliksız sağ kalım açısından bağımsız bir prediktör olduğu saptandı. Genel sağ kalım ileri yaş hastalarda (>60 yaş) daha düşük olduğu gözlemlendi. BRCA mutasyonu yüzde 23.9 idi. BRCA mutant olan hasta grubuyla mutant olmayan hasta grubu arasında hastaliksız sağ kalım ve genel sağ kalım üzerine anlamlı ilişki saptanmadı.

Conclusions:

Üçlü negatif meme kanser tanılı hastalar BRCA gen mutasyonu araştırılması için genetik danışmanlık almalıdır. Sağ kalım süreleri ile diğer klinik ve demografik (menarş yaşı, primer tümör yerleşimi, ilk doğum yaşı, doğum öyküsü, postmenapozal dönem, komorbidite varlığı, primer cerrahi, BRCA mutasyonu, histoloji, klinik TNM evre, patolojik evre, grade, lenfovasküler invazyon ya da in situ komponent varlığı) verileri incelendiğinde anlamlı sonuç saptanmadı. Çalışmamızın retrospektif olması ve hasta sayısının az olması nedeniyle verilerimiz yetersizdi. Yeni tedavi stratejilerini geliştirmek için daha fazla hasta gruplarının olduğu yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Full Text**GİRİŞ VE AMAÇ**

Kadınlarda en sık görülen kanser tipi meme kanseridir. Meme kanseri tiplendirmesinde %10-20 kadarı üçlü negatif meme kanseri grubunu oluşturmaktadır (1). Üçlü negatif meme kanseri

(ÜNMK) moleküler klasifikasyonda kullanılan markerlardan, östrojen reseptörü (ER), progesteron reseptörü (PR) ve insan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 (HER2) ekspresyonu olmayan meme kanser alt tipidir. ÜNMK, diğer meme kanseri türlerinden daha agresif davranma eğilimindedir (2).

ÜNMK, dünyada teşhis edilen meme kanserlerinin yaklaşık yüzde 15'ini oluşturur ve bu da her yıl yaklaşık 200.000 vaka anlamına gelir (3) ÜNMK, meme kanserinin diğer tipleriyle kıyaslama yapıldığında sıklıkla agresif, invaziv, yüksek gradeli ve lenf nodu pozitif olarak tanı almaktadır ve bu durum mortalite ve morbidite için artmış prognostik faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (4). Çalışmamızda üçlü negatif meme kanseri tanısıyla takip ettiğimiz hastaların klinikopatolojik karakteristik nüks ve sağ kalımı predikte eden faktörler ve tedavi yaklaşımı incelenmiştir. Çalışmamız sonucunda hastanemiz verilerini hem literatür verileri ile kıyaslamak, hem de hastaların tedavisine ve literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışmamız 1 Ocak 2012 - 1 Mart 2019 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji polikliniğine başvurmuş ya da servisinde yatarak tedavi almış üçlü negatif meme kanser tanılı dosya verileri tam olan 69 hasta dâhil edildi. Hasta dosyaları taranarak tüm hastaların yaş, primer tümör yerleşimi, menarş yaşı, ECOG performans durumu, ilk doğum yaşı, doğum öyküsü, postmenapozal dönem, komorbidite varlığı, primer cerrahi, aile öyküsü, BRCA mutasyonu, tümör histopatolojisi, klinik TNM evresi, patoloji evre, grade, Ki67 durumu, lenfovasküler invazyon varlığı, in situ komponent varlığı, tedavi grubu, neoadjuvan ve adjuvan tedavi alanları tespit edildi. Çalışma verileri kaydedilirken; hastaliksız sağ kalım (HSK); tanı anından ilk progresyonun tespit edildiği tarihe kadar geçen süre ile genel sağ kalım süresi ise (GSK); ilk tanı ile ölüm tarihine kadar geçen süre alınmıştır. Tek değişkenli ve çok değişkenli analizler yapıldı. Standart sapma (±) olarak belirtildi. Parametrik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılması bağımsız değişken testi ile yapıldı. Parametrik olmayan değişkenlerin birbiri ile ilişkileri Ki-kare testi ile değerlendirildi. Sağ kalım analizleri için Kaplan-Meier analizleri kullanıldı. Çok değişkenli analiz için Cox Regresyon analizi yapıldı. Güvenilirlik aralığı %95, istatistiksel anlamlılık için p değeri Veriler SPSS 22 paket programına girilmiş ve p<0.005 anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda 69 tane üçlü negatif meme kanseri tanılı hastanın primer tümör yerleşim yeri sağ meme 34 kişi (%49.8), sol meme 35 kişi (%50.2) olarak saptandı. Vakaların yaş ortalaması 52±11, menarş yaşı ortalama 13±1 yaş olup, hastaların ilk doğum yaşı 22±3 saptandı. Komorbidite varlığı saptanan 38 hastamızda saptandı (%53.5). Primer cerrahi Modifiye radikal mastektomi yapılan 34 kişi (%47.8), Meme koruyucu cerrahi 35 kişi (%49.2) olarak tespit edildi. Meme veya jinekolojik malignite aile öyküsü olan 18 kişi (%25.3), aile öyküsünde diğer maligniteler tespit edilen 13 kişiydi (%18.3). BRCA 1-2 mutasyonu 6 kişi (%8.4) saptandı. Patolojisi invazivduktalkarsinom olarak bulunan 61 kişi (%88.4), diğer karsinomlar olarak 8 kişi (%11.6) saptandı. Klinik TNM evrelemede Evre 1a 25 kişi (%36.6, Evre 2a-2b 20 kişi (%29.6), Evre 3a-3b-3c 14 kişi (%19.8), Evre 4 1 kişi (%1.4), bilinmeyen grup 9 kişiydi (%12.7). Neoadjuvan tedavi alan 18 grup 11 kişi (%15.9), Adjuvan tedavi alan grup 58 kişi (%84) saptandı. Patolojik evre Tx-1-2 olan 50 kişi, T3-4 olan 11 kişiydi. Patolojik evre lenf nodu Nx-0 30 kişi (%42.2), N1 13 kişi (%18.3), N2 8

kişi(%11.2), N3 9 kişi (%12.7) saptandı. Grade 1 olan 6 kişi (%8.6), Grade 2 olan 8 kişi 30 (%43.4), Grade 3 olan 33 kişi (%47.8) saptandı. Ki67'si \leq %15 olan 3 kişi (%4.3), Ki67'si %15-30 arası olan 16 kişi (%23.1), Ki67'si %30-60 arası olan 21 kişi (%30.4), Ki67'si $>$ %60 olan 4 kişi (%5.6), Ki67'si bilinmeyen 25 kişiden (%36.2) oluşmaktaydı. Lenfovaskülerinvazyonu varlığı olan 30 kişi (%42.2) olup İnsitukomponent varlığı olan 24 kişi (%33.8) tespit edildi .

Neoadjuvan tedavi alan 11 kişi ve adjuvan tedavi alan grup 58 kişiden oluşan grubun yaş ortancası neoadjuvan grup 53 yaş (40-59), adjuvan grup yaş ortancası 52 yaş (46- 58) olup p değeri: 0.82 saptanmıştır. Neoadjuvan tedavi alan grupta modifiye radikal mastektomi yapılan 9 kişi (%90) ve adjuvan tedavi alan grupta 24 kişi (%42.9) olup p değeri:0.01 idi.

Hastaların ortanca hastaliksız sağ kalım süresi 50.2 (24.3-76.0) ay idi. 60 yaş altı kişilerin ortancası 64.7 ay (34.1-95.4), 60 yaş ve üstü kişilerin ortancası 14.6 ay (3.8-25.4) p değeri: :0.88 olarak hesaplandı. . Meme koruyucu cerrahi yapılan kişilerin ortancası 72.8 ay (17.6-128.1) ve modifiye radikal mastektomi yapılan kişilerin ortancası 34.9 ay (6.9-62.8) olup p değeri:0.17 idi. BRCA mutasyonu, BRCA ½ saptanan kişilerin ortancası 14.6 ay (1.0-40.4) olup, mutasyon olmayan hastaların ortancası 14 ay (8.3-19.6) olup p değeri:0.13 saptandı. Histolojisi invazifduktalkarsinom gelen hastanın ortancası 50.2 ay (21.1-79.2), diğer histolojik bulgular gelen hastanın ortancası 19 ay (7.8-20.1) p değeri:0.04 hesaplanıp, klinik evre T1 olan kişilerin ortancası 50.2 ay (20.7-79.7) klinik evresi T2-T4 ortancası 43 ay (1.4-84.7) p değeri:0.90 saptandı. Klinik N0 evre saptanan kişilerin ortancası 100.9 ay (23.3-178.5), klinik evre N+ saptanan kişiler 43 ay (1.0-87.3) olup p:0.12 idi. . Patolojik evre Nx-0 olan kişilerin ortancası 100.9 ay (23.3-178.5), N + olan kişilerin ortancası 43 ay (1.0-87.3) olup p değeri:0.12 idi. Neoadjuvan tedavi alan grupta ortancası 15.1 (7.3-22.8) olup adjuvan tedavi alan grupta kişilerin ortancası 61.3 ay (32.1-90.6) p değeri:0.008 idi. Ki67'si $<$ 30 olan kişilerin ortancası 77.9 (57.2-98.6),Ki67'si \geq %30 olan kişilerin 44.4 ay (34.3-54.5) olup p değeri:0.04 idi.

İleri yaş ve neoadjuvan tedavi olan grubun progresyonsuz sağ kalım açısından bağımsız prediktör olduğu saptandı. Diğer tarafından Ki67'si %30'un zerinde olan hastaların progresyonsuz sağ kalımlarının daha kısa olma eğiliminde olduğu gözlemlendi (HR 4.52 %95 GA 0.96-21.19, p:0.006). Genel sağ kalım ileri yaş hastalarda ($>$ 60 yaş) daha düşük olduğu gözlemlendi. 60 yaş üstünde ortanca sağ kalım süresi 63.4 ay (1-143.7) iken 60 yaş altında ortanca sağ kalım süreleri 134.8 ay (104.4-165.3) olduğu gözlemlendi (p=0.2).

TARTIŞMA

Meme kanseri kadınlarda en sık görülmekte ve kanser ilişkili ölümlerin başında gelmektedir. ÜNMK'iprognozları diğer meme kanseri alt tiplerine göre daha kötüdür. Hastaların prognozlarını etkileyen klinikopatolojik faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Bizim çalışmamızda genel sağ kalımın yaşlı popülasyonda daha kötü olduğunu saptadık. Bunun yanında hastaliksız sağ kalım sürelerini etkileyen faktörlerin yaş, neoadjuvan tedavi ve invazifduktalkarsinom dışı patolojisi olanlarda saptadık. Çalışmamızda üçlü negatif meme kanseri tanısı alan hastaların tümör yerleşimi, menarş yaşı, ilk doğum yaşı, ECOG-performans skoru, komorbidite varlığı, patolojik evre sınıflamasında fark saptanmadı.

ÜNMK diğer meme kanseri alt tiplerine göre daha çok genç

yaşlarda görülmektedir. 40 yaşın altında ki kadınlarda ÜNMK'i oranın yüksek olduğu tespit edilmiştir (5). Güneş ve ark.'nın(6) 47 ÜNMK hastası ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması 52 bulunup, %51 hasta 50 yaş üstü saptanmıştır. Demografik ve klinik veriler incelendiğinde çalışmamızda yaş ortalaması 52 olarak saptandı. Neoadjuvan grupta yaş ortancası 53 (40-59), adjuvan grupta yaş ortancası 52 (46-58) olarak saptandı ve anlamlı fark görülmedi. ÜNMK diğer alt tiplere göre daha genç hasta gruplarında görülmektedir. Carey K. Anders ve ark.(7) 40 yaşın altındaki hastalarda ÜNMK'nin daha invaziv bir seyir izlediğini göstermiştir. WenjiZhu ve ark.(8) 70 yaşın üzerindeki hastaların tedaviden sonraki ilk iki yıl içinde daha yüksek mortalite ve morbiditeye sahip olduklarını göstermiştir. Bizim çalışmamızda ise 60 yaşın üzerindeki hastalarda hastalık sağ kalım ve genel sağ kalım süresi anlamlı olarak düşük bulundu. Sağ kalım sürelerinin düşüklüğünün nedenlerinin, ileri yaştaki hastaların ek komorbid hastalıklarının olması, komplikasyon ve uyum zorluğu nedeniyle kemoterapinin kesilmesi ya da etkin dozda verilememesi ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

ÜNMK'lı hastaların yüzde 35'i BRCA1, yüzde 8'i BRCA2 mutasyonuna sahiptir (9- 10). Bayraktar ve ark.'ı(11) yaptıkları çalışmada yüzde 21 oranında BRCA mutasyonu saptamışlardır. Bu oran ise bizim çalışmamızda yüzde 23.9 olarak saptanmıştır. BRCA mutant olan hasta grubuyla mutant olmayan hasta grubu arasında hastaliksız sağ kalım ve genel sağ 33 kalım üzerine anlamlı ilişki saptanmadı. Bu oranlar dikkate alındığında, ÜNMK saptanan hasta grubunda BRCA gen mutasyonu araştırılması için genetik danışmalık birimine sevk edilmesi önemli olduğu düşünülmektedir.

ÜNMK histopatolojilerinin büyük bir kısmını invazifduktalkarsinom tanımlı hastalar oluşturmaktadır. İnvazifduktal kanser dışı patolojiler içerisinde medüller, metaplastik, lobuler ve adenoidkistikarsinomlar yer alabilmektedir (12). Bunlar arasında özellikle metaplastik tip daha kötü prognozludur. Diğer taraftan medüller tip daha çok BRCA ile ilişkili olup, daha iyi prognoz göstermektedir. Livasy ve ark.'ı(13) ÜNMK hastalarının patolojileri içerisinde invazifduktalkarsinom en fazla oranda saptanmış. Çalışmamızda da patolojisi invazifduktalkarsinom gelenlerin oranı en fazla saptandı. Hastaliksız sağ kalım süresi en uzun invazifduktalkarsinomda görülürken nadir görülen diğer histolojik alt tipler ise en kısa hastaliksız sağ kalım süresi ile ilişkili bulundu. Genel sağ kalım süresi ile ilişkili anlamlı istatistiksel sonuç saptanmadı. Bizim de çalışmamızda invazifduktalkarsinom dışındaki histolojik tiplerin en kısa hastaliksız sağ kalım süresi göstermiş olması ÜNMK olgularında tedavi modalitesini tespitite histopatolojik tipin de mutlaka göz önüne alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Makar ve ark.(14) ÜNMK hastalarını araştırdıkları retrospektif çalışmalarında neoadjuvan kemoterapi alan hastalarının 1 yıllık sağ kalım oranını %84 bulurken, adjuvant kemoterapi alan hastalarının 1 yıllık sağ kalım oranını %97 olarak saptamışlardır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte çalışma disaynı ve hasta sayısının yeterli olmayışı aynı zamanda daha ileri evre hastaların neoadjuvankemoterapi almaları nedeniyle bu konuda sağlam bir kaniya varmanın mümkün olamayacağını belirtmişlerdir.

Neoadjuvankemoterapi alan hastaların sağ kalım süreleri adjuvant kemoterapi alan hastalara kıyasla anlamlı daha kısa olarak tesbit edildi. Clifton ve ark.(15) evre I ve II ÜNMK hastalarında standart antrasiklin ve taxan içeren rejimlerle uygulanan adjuvant ve neoadjuvankemoterapi etkinliğini

karşılaştırdıkları çalışmalarında ise, BRCA statüsünden bağımsız hastalısız sağ kalım ve genel sağ kalım sürelerinin her iki tedavi modalitesi ile istatistiksel olarak benzer olduğu yönünde sonuç elde etmişlerdir. Adjuvan ve neoadjuvan tedavi alan ÜNMK'li hasta grubu kıyaslamasında bizim çalışmamızda adjuvan tedavi alan hasta sayısı daha fazla saptandı. Bunun nedenin hastaların daha çok sayıda lokal ileri evre hasta içermesi ve bu hastaların aksilla tutulumlarının daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü. Neoadjuvan tedavi grubunda yer alan hastaların adjuvan gruba göre kıyaslandığında daha kısa hastalısız sağ kalım süresine sahipti. Bunun nedeni olarak hastaların aksilla tutulumları daha fazla 35 olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü. Çalışmamızda Neoadjuvan ve adjuvan tedavi alan gruplara göre klinik demografik özellikler incelendiğinde neoadjuvan tedavi alan grupta radikal mastektomi tercih edildiği saptandı (P=0.01). Bunun nedeninin de neoadjuvan grupta ki hastaların aksilla lenf nodu pozitifliğinin fazla olması nedeni radikal mastektomi yönteminin tercih edildiği düşünüldü. Bununla birlikte ne yazık ki her iki grubun da klinik özelliklerinin benzer olmaması, hasta sayılarının yetersiz olması ve retrospektifdisayn nedeniyle kesin bir yargıya varmak mümkün olamamaktadır.

Ki67, meme kanserlerinde neoadjuvankemoterapi tedavisi sonrası remisyon açısından bir prediktif faktördür. Neoadjuvan 36 kemoterapiyi takiben artmış Ki67 düzeyi kötü prognoz göstergesidir. Li ve ark.'ı(16) Ki67 over ekspresyonunun üçlü negatif meme kanserlerinde kötü prognoz açısından bir belirleyici olabileceği vurgulanmıştır. Ki67 ekspresyonu yüksek olan tümörlerin kemoterapiye yanıtının daha iyi olduğu ancak prognozun kötü olduğu gösterilmiştir (17). Bizim çalışmamızda ki67'si %30'un üzerinde olan hastaların progresyonsuz sağ kalımlarının daha kısa olma eğiliminde olduğu gözlemlendi.

Çalışmamızın önemli zayıf noktaları retrospektif olması ve hasta sayısının azlığıdır. Tek merkezli çalışma olması beraberinde dosya kayıt verilerinin standartize olmaması kısıtlılık oluşturan faktörlerden biriydi. Diğer taraftan neoadjuvan tedavi grubunun postoperatif patolojik yanıtları eksikti. Prognozla ilişkili olan tam yanıtı ya da rezidüel hastalığı olan gruplar ne yazık ki tespit edilemedi. Bu grup hasta için nüks ve sağ kalımı predikte edebilecek daha güvenilir göstergelerin saptanması ancak çok merkezli benzer bir çalışma ile çalışmaya alınan hasta sayısı artırılarak prospektif olarak planlanarak yapılmalıdır. Bulgularımız kesin bir şekilde böyle bir çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Ek olarak çalışmamızda ortaya çıkan sonuçlar, ÜNMK hastalarının hastalık nüksü ve sağ kalımını predikte edebilecek, kanıt değeri yüksek biyokimyasal, immünolojik, genetik ve patolojik ek göstergelerin araştırılması gerekliliğini ön görmektedir.

Kaynaklar

- Cheang MC, Voduc D, Bajdik C, Leung S, McKinney S, Chia SK, et al. Basal-likebreastcancerdefinedbyfivebiomarkers has superiorprognosticvaluethantriple-negativephenotype. ClinCancerRes 2008;14(5):1368-76
- Anders, C.K., L.A. Carey, and H.J. Burstein, ER/PR negative, HER2-negative (triple-negative) breastcancer.
- Swain, S., Triple-negativebreastCancer: metastatic risk and role of platinumagents 2008 ASCO clinicalsciencesymposium, 2008. 2008, June.
- Davis, A.A. and V.G. Kaklamanı, Metabolicsyndromeandtriple-negativebreastcancer: a newparadigm. International journal of breastcancer, 2012. 2012.
- Forrest AP, Stewart HJ, Everington D, Prescott RJ, McArdle CS, Harnett AN, et al. Randomisedcontrolledtrial of conservationtherapyforbreastcancer: 6-year analysis of theScottishtrial. ScottishCancerTrialsBreastGroup. Lancet 1996;348(9029):708-13. 47
- Güneş ME Çelik G, Trabulus FD, Aksoy Ş, Özoran E, Aren A, et al. Üçlü (ER, PGR, HER2) negatif 47 meme kanserli hastanın değerlendirilmesi. İstanbul Tıp Derg 2012;13:166-8.
- Anders CK, Johnson R, Litton J, Phillips M, Bleyer A. Breastcancerbeforeage 40 years. Semin Oncol 2009;36(3):237-49.
- Zhu W, Perez EA, Hong R, Li Q, Xu B. Age-RelatedDisparity in ImmediatePrognosis of PatientswithTriple-NegativeBreastCancer: A Population-BasedStudyfrom SEER CancerRegistries. PLoSOne. 2015;10(5):e0128345.
- Peshkin, BN, Alabek ML, Isaacs C. BRCA1/2 mutationsandtriple-negativebreastcancers. BreastDisease 2011;32(1-2): 25-33.
- Gonzalez-Angulo AM, Timms KM, Liu S, Chen H, Litton JK, Potter J et al. Incidenceandoutcome of BRCA mutations in unselectedpatientswithtriple-receptor-negativebreastcancer. ClinCancerRes 2011;17(5):1082-89
- Bayraktar S, Gutierrez-Barrera AM, Liu D, Tasbas T, Akar U, Litton JK, et al. Outcome of triple-negativebreastcancer in patientswithorwithoutdeleterious BRCA mutations. BreastCancerResTreat 2011;130(1):145-53.
- Kumar P, Aggarwal R. An overview of triple-negativebreastcancer. ArchGynecolObstet 2016;293(2):247-69.
- Livasy CA, Karaca G, Nanda R, Tretiakova MS, Olopade OI, Moore DT, et al. Phenotypicevaluation of thebasal-likesubtype of invasivebreastcarcinoma. ModPathol 2006;19(2):264-71.
- Makar WS. ClinicopathologicalCharacteristicsandSurvival of Triple-NegativeBreastCancerPatients: A singleInstitutionStudyfromEgypt. Research in Oncol 2019;15(1):31-4.
- Clifton K, Gutierrez-Barrera A, Ma J, Bassett R, Litton J, Kuerer H, et al. Adjuvantversusneoadjuvantchemotherapy in triple-negativebreastcancerpatientswith BRCA mutations. BreastCancerResTreatment 2018;170(1):101-9.
- Albain KS, Allred DC, Clark GM. Breastcanceroutcomeandpredictors of outcome: arethereagedifferentials? J NatlCancerInstMonogr 1994;(16):35-42.
- Wang RX, Chen S, Jin X, Shao ZM. Value of Ki-67 expression in triple-negative breastcancerbeforeandafterneoadjuvantchemotherapywithweeklypaclitaxelplus carboplatin. SciRep 2016;6:30091.

Tablo:4 Progresyonsuz sağ kalım ile ilişkili faktörler

	Tek değişkenli		Çok değişkenli	
	HR	p	HR	p
	(%95 GA Alt-Üst sınır)		(%95 GA Alt-Üst sınır)	
Yaş, yıl				
<60	1.00	<0.001		
≥60	3.55 (1.83-6.85)		5.81 (2.07-16.23)	0.001
Primer tümör yerleşimi, n (%)				
1.00	0.88			
1.04 (0.55-1.96)				
Sol meme				
Sağ meme				
Menarş yaşı, yıl				
1.00	0.31			
0.71 (0.37-1.37)				
<13				
İlk doğum yaşı, yıl				
1.00	0.09			
0.54 (0.27-1.11)				
<21				
≥21				
Doğum öyküsü				
1.00	0.18			
Yok				
0.54 (0.22-1.32)				
Var				
Postmenopozal dönem				
1.00	0.07			
Yok				
1.88 (0.93-3.80)				
Var				

Komorbidite varlığı				
Yok	1.00	0.34		
Var	0.74 (0.40-1.37)			
Primer cerrahi				
Modifiye radikal mastektomi	1.00	0.18		
Meme koruyucu cerrahi	0.64 (0.33-1.22)			
BRCA mutasyonu, BRCA 1/2				
Yok ya da bilinmiyor	1.00	0.13		
Var	0.46 (0.17-1.28)			
Histoloji, n (%)				
Invazivduktal/lobulerkarsinom	1.00	0.04	2.89 (0.73-11.38)	0.12
Diğer*	2.30 (1.01-5.28)			
Klinik T evre, n (%)				
cT1	1.00	0.90		
cT2-T4	1.04 (0.54-1.99)			
Klinik N evre, n (%)				
cN0	1.00	0.13		
cN (+)	1.72 (0.84-3.50)			
Klinik TNM evre, n (%) /n (%)				
Evre IA- IIA	1.00	0.16		
Evre IIB-III	1.66 (0.81-3.38)			
Tedavi grubu, n (%)				
Neoadjuvan tedavi	1.00	0.01	0.17 (0.01-0.64)	0.009
Adjuvan tedavi	0.35 (0.15-0.79)			
Patoloji evre, tümör boyutu (pT_n)				
Tx-1-2	1.00	0.40		
T3-4	1.42 (0.62-3.22)			
Patoloji evre, lenf nodu (L_n)				
Nx-0	1.00	0.20		
N (+)	0.65 (0.34-1.26)			

Grade, n (%)				
Grade 1	1.00			
Grade 2	0.99 (0.33-2.95)	0.99		
Grade 3	0.79 (0.26-2.37)	0.68		
Ki-67 durumu, n (%)				
<30	1.00	0.06	4.52 (0.96-21.19)	0.06
≥30	4.03 (0.92-17.65)			
Lenfovaskulerin vazyonu varlığı,				
Yok	1.00	0.61		
Var	1.19 (0.60-2.37)			
İn situkomponent varlığı				
Yok	1.00	0.73		
Var	1.16 (0.48-2.79)			

Üreme Çağındaki Kadın Hastaların Anne Sütü ve Emzirme Hakkında Genel Bilgi Düzeyi ve Etki Eden Faktörler

Faize Kamiş¹, Ali Özdemir², Berrin Telatar²

1. ATAŞEHİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ, 34912 İSTANBUL, Turkey E-mail: drfaizekamis@gmail.com
2. SBÜ FATİH SULTAN MEHMET SUAM

Presentation on 26/03/2021 08:00 in "Oral presentations 9" by Faize Kamiş

Keywords / Anahtar Kelimeler: Anne Sütü,Bilgi Düzeyi,Emzirme,Üreme Çağındaki Kadınlar

Aim:

Toplumda obezite ve kronik hastalıkların artması nedeniyle sağlıklı beslenmenin önemi anlaşılmıştır.Sağlıklı beslenmenin temelleri doğum öncesi dönemde atılmaktadır. Bu çalışma ile aile hekimiğine başvuran üreme çağındaki kadın hastaların anne sütü ve emzirme hakkındaki genel bilgi düzeylerini saptamak ve etki eden faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Method:

Kesitsel çalışmamızın evrenini İstanbul İli Ataşehir Aile Sağlığı Merkezi 34.03.066 birime kayıtlı olan 18-49 yaş arası 1009 kadın hasta oluşturdu.Çalışma 205 katılımcı ile Ocak 2020-Nisan 2020 arasında gerçekleştirildi.Katılımcılara bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan altı sorudan oluşan bir anket uygulandı.

Results:

Çalışmaya dahil edilen kadınların yaş ortalaması; 33.78±8.65 yıldı. Katılımcıların %66.8'i evli, %27.8'i bekar; %7.3'ü düşük %57.6'sı orta ve %35.1 'i yüksek gelir seviyelerine sahipti. Cevaplar değerlendirildiğinde yenidoğan bebeğe ilk verilmesi gereken besinin anne sütü olduğu %99,5;bebeğe kolostrom verilmesi gerekliliği %78,5; doğum sonrası bebeğin ilk bir saat içinde emzirilme gerekliliği %75,1;0-6 aylık bebeğin emzirilme sıklığının her ağıladığında olması gerektiği %32,2; ilk altı ay sadece anne sütü verilmesi %87,8;bebeğin emzirilme süresinin 24 aya kadar olması gerekliliği %58,1olarak bulundu. Katılımcıların yaş, medeni durum, emzirilen çocuk sayısına göre genel bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmazken, eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0,01). Lise ve üniversite mezunlarının puanları ilk ve orta öğretim mezunlarından daha yüksekti. Katılımcıların %16.1-ilkokul mezunu; %8.8-ortaokul mezunu;%23.9-lise mezunu ve %50.2'si üniversite mezunu idi. Katılımcıların %65.4 gebelik yaşamış olup ,%91.8'i bebek emzirmişti. Katılımcıların %86.8'i anne sütü ve emzirme hakkında bilgi almıştı.Bilgi kaynakları dağılımlarına bakıldığında %69.1 oranında aile hekimiği sağlık personelinden bilgi alındığı öğrenildi.

Conclusions:

Katılımcılardan 26-35 yaş aralığında olanlarda, evli ,eğitimli , yüksek gelirli olanlarda anne sütü ve emzirme hakkında sağlık çalışanlarından eğitim alanlarda bilgi düzeyi yüksek saptandı. Çalışmamızda üreme çağındaki kadınların anne sütü ve emzirmeye ilişkin genel bilgi düzeylerinin iyi olduğu görülmekle birlikte bebeğin her ağıladığında emzirilmesi gerekliliği ve 24 aya kadar emzirilmesi konusunda bilgi seviyesinin düşük olması bu

Oral Presentation / Research

Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Diyabetik Hastaların Diyabetik Retinopati Farkındalığı ve Sıklığının Değerlendirilmesi

Yeşim Yıldırım¹, Yasemin Çayır², Gökhan Yıldırım³

1. Atatürk University
2. Erzurum, Erzurum, Turkey E-mail: dryasemincayir@yahoo.com
3. Erzurum Şehir Hastanesi

Presentation on 26/03/2021 09:30 in "Oral presentations 10" by Yasemin Çayır

Keywords / Anahtar Kelimeler: diyabet, diyabetik retinopati, aile sağlığı merkezi

Aim:

Çalışmamızda Atatürk Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (EASM) kayıtlı diyabet hastalarımızın diyabetik retinopati (DRP) farkındalık düzeyini ve DRP sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

Method:

Çalışma Şubat 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi EASM'lerinde yürütülmüştür. Kayıtlı diyabet (DM) hastalarına telefonla ulaşıp çalışma hakkında bilgi verildi ve çalışmaya davet edildi. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan diyabet hastalarına tarafımızca hazırlanan DRP farkındalık anketi uygulandı. Hastaların kan basınçları ölçüldü, rutin laboratuvar testleri (açlık kan şekeri, HbA1c, tam idrar tahlili, açlık lipidleri) için venöz kan ve idrar numunesi alındı. Kabul eden hastalar ikinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirildi ve bir göz hekimi tarafından detaylı oftalmolojik muayeneleri yapıldı. Veriler SPSS 20.0.0 ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

Results:

Çalışmamıza katılan 200 hastasının yaş ortalaması $56,8 \pm 9,9$ yılı. %54,5'i (n=109) erkekti. Oftalmolojik muayene olan 133 kişinin %36'sında (n=48) DRP mevcuttu. DRP'si olanların %93,8'inde (n=45) nonproliferatif DRP (NPDRP) tespit edildi. NPDRP'li hastaların ise %62,2'si (n=28) hafif evredeydi. DRP'si olanların %60,4'ünde (n=29) mikrohemoraji mevcuttu. Sigara kullananlarda, ileri yaşta, DM tanı süresi fazla, HbA1c ortalaması yüksek, sistolik kan basıncı ortalaması yüksek olanlarda DRP sıklığı daha fazlaydı ($p < 0,05$). Bu değişkenler içinde DM tanı süresi, HbA1C düzeyi ve sigara kullanımı DRP olasılığını tahmin ettiren en önemli değişkenler olarak tespit edildi. "Şeker hastaları ne sıklıkla göz muayenesi olmalıdır?" sorusuna %33,5 (n=37) oranında bir yıl cevabı verilmişti. Katılımcıların %58,5'i (n=117) en son göz muayenesine bir yıldan daha uzun zaman önce giderken; %6,5'i (n=13) hiç göz muayenesi olmamıştı. Bir hekim tarafından göz muayenesi önerilenlerin %20'sine aile hekimi tarafından öneri yapılmıştı.

Conclusions:

Araştırma popülasyonunda DRP oranı %36 olup; sigara kullananlarda, ileri yaşta, uzun süredir DM olanlarda, HbA1c ve sistolik kan basıncı yüksek olanlarda DRP görülme oranı daha fazlaydı. Ayrıca hastalarımızın DRP hakkında bilgi ve farkındalığı düşüktü. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan ve koruyucu hekimlik için kilit noktada bulunan aile hekimlerinin bu konudaki rolü göz ardı edilmemelidir.

Oral Presentation / Research

Colorectal cancer screening behaviors

Selda Tekiner¹, Gülsen Ceyhan Peker¹, Mine Ceylan Doğan²

1. Ankara University, 06100 Ankara, Turkey E-mail: seldatekiner@gmail.com

2. Ankara University School of Medicine

Presentation on 26/03/2021 09:30 in "Oral presentations 10" by Selda Tekiner

Keywords / Anahtar Kelimeler: Primary care, Colorectal cancer, Health belief model, Screening

Aim:

Colorectal cancer screening program compliance in Turkey is around 20–30%. Factors that may affect preventive health behavior, mainly individuals' values, beliefs and attitudes, should be explored. A "Health Belief Model" (HBM) scale was developed in 1950 to explain the insufficient participation of some individuals in screening programs. The scale was adopted for colon cancer in 2002. In this study we aim to evaluate the health beliefs of relatively young individuals before the age of screening in relation to attitudes to colorectal cancer screening via the Turkish version of the scale.

Method:

A questionnaire composed of 14 sociodemographic questions and 33 HBM scale questions were applied to the patients of a Family Medicine outpatient clinic where the majority of the patients are relatively young people. The data was analyzed using the IBM SPSS version 21.0.

Results:

The study was completed with 215 subjects. The average age of the participants was 35.4 ± 12.8 years; 62.8% of them were women; 26.0% were students. 58.1% agreed that "A colonoscopy should be done every ten years starting at age 50 to screen for colon cancer." Age, marital status, education and occupation status were found to have an effect on barrier scores. Young participants, singles, and those with a primary and/or secondary school education had statistically significant higher barrier scores. The motivation scores of high school graduates were higher than university graduates. The seriousness scores of men were found to be higher than women.

Conclusions:

Our study points out that attitudes about preventive health measures are mainly associated with age, gender, education level and marital status. These personal characteristics should be taken into consideration while offering screening programs and preventive health measures to individuals in order to protect against colorectal cancer. It is better to give specific messages according to personal characteristics and specific barriers.

Full Text

Introduction and Aim

According to the most recent reports of the WHO, Colorectal Cancer (CRC) is the 2nd most common cause of mortality from cancer globally with 862,000 deaths. In Turkey, CRC is the 3rd most common cancer type after lung and prostate cancer in

men, and breast and thyroid cancer in women (1). Early diagnosis is a crucial public health strategy in all settings especially in high risk populations, and effective screening methods are available for CRC. CRC screening is one of the few methods for decreasing CRC incidence and invasive cancer morbidity and mortality with a proven efficiency. A realizable target is public screening between 50 and 70 years of age. So, each individual older than 50 is invited to participate in a colorectal cancer screening via his/her own family physician. For the CRC screening programs to reach the desired outcomes the participation rate should be at least 70%, but in Turkey it is around 20–30% (1,2). In an effort to explain the insufficient participation of some individuals in prevention and screening programs while other people adopt preventive health behaviors, Hochbaum, Kegeles, Leventhal and Rosenstock developed the "Health Belief Model" (HBM) scale in 1950 (3). They identified that age, gender, socioeconomic status and ethnicity have an effect on preventive health behaviors. However, even if health services are provided for free, people with a lower socioeconomic status use this service less often. This observation suggests that other factors also affect preventive health behaviors, namely the individuals' values, beliefs and attitudes. If we can identify problematic beliefs and attitudes, we can personalize health education and treatments for the individual accordingly (4). Attitudinal components of health related behaviors are important. If attitudes related to health behaviors can be identified, interventions for attitude changes can be developed and an increase in desirable health behaviors would result (5).

The Health Belief Model scale was adapted by Champion for breast cancer in 1984 and it was emphasized that it can also be used for other cancers by revising some items (6). Then in 2002 Jacobs adapted the scale to colorectal cancer by changing a few questions and changing the word "breast cancer" in each of its six dimensions to "colon cancer" (7). The validity and reliability study of this scale for the Turkish language was conducted by Özsoy, Ardahan & Özmen (8). They showed that the Turkish version of the Champion's Health Belief Model Scales has good structural characteristics and is a reliable and valid instrument that can be used to measure beliefs related to colorectal cancer. However, they stated that there is a need to test these scales with different groups. So in this study, we aimed to evaluate the health beliefs of all people aged 18 and over who applied to our outpatient clinic via the Turkish version of the scale. Thus, it is aimed to raise awareness among those under the age of screening.

Material and Methods

This study was carried out in the Ankara University Family Medicine policlinic. Based on the health belief scale scores of the participants in the article, "Some sociodemographic characteristics, healthy life style behaviors and health beliefs of individuals aged 50 and over effect on screening behaviors of colon cancer," (Yılmaz, Dereli, Yelten, 2016) (5) it was calculated that at least 199 people should be included in the study at a 0.20 effect size ($d = 0.20$) with 80% power and a = 0.05 error level. The G Power 3.1.9.2 Package program was used for calculation. We prepared a form containing sociodemographic data and asking for some CRC information. This 14-item form was presented to the participants first. Then the "Health Belief Model" scale consisting of 33 items was administered. A written informed consent form was obtained from the participants. The study was approved by the Ethics Committee of Ankara University (Ankara, Turkey) for non-

clinical research with a reference number of 14/223.

The Turkish version of the HBM scale used in this study with permission from Özsoy, consists of a total of 33 items clustered into five subscales: confidence, benefits, and health motivation (first subscale = 11 items); susceptibility (second subscale = 7 items); barriers (third subscale = 6 items); health motivation (fourth subscale = 5 items); and seriousness (fifth subscale = 6 items). The subscales are evaluated independently from each other. Items were formatted with a 5-point Likert scale, from "strongly agree" to "strongly disagree". "I strongly disagree" is 1 point, "I disagree" is 2 points, "I somewhat agree" is 3 points, "I agree" is 4 points and "I strongly agree" is designated 5 points. The minimum (min) and maximum (max) points are 11–55 for benefits, 6–30 for susceptibility, 6–30 for barriers, 5–25 for motivation and 5–25 for seriousness. Increased scores mean increased confidence and benefits, increased susceptibility, increased motivation and increased seriousness. Increased score barriers mean the person perceives the barriers to be higher.

The Cronbach alpha values of the scale were between 0.54 and 0.88. Confidence and benefits: 0.88; Susceptibility: 0.76; Barriers: 0.60; Health Motivation: 0.54; Seriousness: 0.58 (8).

"IBM SPSS Version 21.0" was used in data analysis, $p < 0.05$ was accepted as the statistical significance limit.

Mean standard deviation, median, minimum and maximum values are given in descriptive statistics regarding continuous data. Percentage values are given in discrete data.

The Shapiro Wilk test was used to examine the appropriateness of scale scores in relation to a normal distribution. When comparing the scores of the Health Belief Model scale with independent variables, a T test and a Mann Whitney U Test were used for two-group independent variables; and a ANOVA and a Kruskal Wallis Variance analysis were used for independent variables with more than two groups. The group or groups the difference originated from were evaluated via the Tukey and Kruskal Wallis multiple comparison test.

Results

The study included 215 subjects. The average age of participants was 35.4 ± 12.8 and 62.8% of them were women, 54.4% were married and about half of them were university graduates (50.2%). While 58.1% agreed that "A colonoscopy should be done every 10 years starting at age 50, in order to screen for colon cancer", 31.6% had no idea and 10.3% disagreed. Some sociodemographic characteristics of participants are given in Table 1. Distribution of points in HBM subscales for prevention of colon cancer are given in Table 2. Distribution of subscales' points (mean[\pm sd]) according to the sociodemographic characteristics are given in Table 3.

The barrier scores of participants aged 18–29 were significantly higher than those aged 30–39, 40–49, and over 50 ($p = 0.004$, $p = 0.005$, $p = 0.006$ respectively). When evaluated by gender, both motivation and barrier scores were higher in women than men ($p > 0.05$). There was a difference between the seriousness scores of the female and male participants. The seriousness scores of men were found to be higher than women ($p < 0.05$). The barrier scores of single participants were significantly higher than married participants ($p < 0.01$). The motivation scores of singles although not statistically significant

were also higher than married ones. Also, married people have a slightly higher confidence score ($p > 0.05$). The motivation scores of high school graduates were higher than university graduates. Susceptibility, seriousness and motivation scores were low in the lower education group. There was a difference between education levels in relation to barriers scores ($p < 0.05$). The barrier scores of the participants whose education level was secondary school and below were found to be significantly lower than the participants with both high school and university degrees ($p = 0.015$, $p = 0.043$ respectively).

Discussion

HBM is based on the idea that there is a correlation between the beliefs and behaviors of individuals and it is frequently used to explain preventive health behavior. It is viewed as an effective guide that explains and measures behaviors to protect and improve health, as well as what motivates or prevents patients in relation to compliance with therapy in various health problems (4-6).

Although a well organized screening program is mediated through the Ministry of Health for CRC in primary health care facilities in Turkey, the habit of complying with this is insufficient. Many people resist screening decisions.

This study shows that the benefit perception for the prevention of CRC is lowest among young people. This means that the person is not open to implementing the health behavior in her/his life. Meanwhile, the barrier subscale has high points among the young ones, single ones, high school graduates and students.

Conclusion

Our study points out the fact that attitudes about preventive health measures are mainly affected by age, gender, education level and marital status. These personal characteristics should be taken into consideration while offering screening programs and preventive health measures to individuals for protection from colorectal cancer.

References:

1. Armelao F, Paternolli C, Franceschini G, Franch R, Orlandi PG, Miori G, Avancini I, Togni M, Rossi M, Meggio A, Tasini E, Manfrini R, Giagomin D, Fasoli R, Faltini K, Mastromuro M, Costa S, Ridolfi F, Rosi P, De Pretis G. 2011. Colonoscopic findings in first-degree relatives of patients with colorectal cancer: a population-based screening program. *Gastrointest Endosc* 73(3):527–534.
2. Sağlık Bakanlığı TC. 2013. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013–2018. Available at www.hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf.
3. Hochbaum GM. 1958. Public participation in medical screening programs: a socio-psychological study. Washington, D.C.: Public Health Service.
4. Gözüm S, Çapık C. 2014. A guide in the development of health behaviours: Health Belief Model (HBM). *DEUHYO ED* 7:230–237.
5. Yılmaz M, Dereli F, Yelten G. 2016. Some sociodemographic characteristics, healthy lifestyle and health beliefs of individuals aged 50 and over effect on screening behaviors of colon cancer. *HEAD* 13:226–234.
6. Champion VL, Scott CR. 1997. Reliability and validity of breast cancer screening belief scales in African American women. *Nursing Research* 4(6):331–337.
7. Jacobs LA. 2002. Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: a population-based survey. *Cancer Nursing* 25(4):251–265.
8. Ozsoy SA, Ardahan M, Ozmen D. 2007. Reliability and validity of the colorectal cancer screening belief scale in Turkey. *Cancer Nursing* 30(2):139–145.

Table 1: Sociodemographic characteristics of participants

Characteristic:		n	%
Age	18-29	88	40.9
	30-39	49	22.8
	40-49	45	20.9
	50+	33	15.3
Sex	Woman	135	62.8
	Man	80	37.2
Marital status	Married	117	54.4
	Single	98	45.6
Education level	Secondary school /lower	24	11.2
	High school	83	38.6
	University	108	50.2
Employment	Working	121	56.3
	Student	56	26.0
	Retired	19	8.8
	Housewife+ Unemployed	19	8.8
Health coverage	Yes	206	95.8
	No	9	4.2
Colon cancer history in first degree relative	Yes	12	5.6
	No	203	94.4
TOTAL:		215	

Table 2: Distribution of points in HBM subscales for prevention of colon cancer

Subscale	mean	sd	median	min	max
Confidence / benefits	17.1	5.3	16	11.0	37.0
Susceptibility	24.4	3.9	24.0	6.0	30.0
Barriers	20.5	4.1	21.0	8.0	30.0
Health motivation	14.1	2.7	14.0	6.0	25.0
Seriousness	13.7	3.4	14.0	5.0	25.0

Table 3: Distribution of subscales' points (mean±sd) according to the sociodemographic characteristics

	Confidence	p value	Susceptibility	p value	Barrier	p value	Motivation	p value	Seriousness	p value
Age										
18-29	16.31 ±5.18	0.127	23.93 ±3.97	0.115	22.03 ±3.74	<0.001	14.36 ±2.65	0.523	13.82 ±3.44	0.185
30-39	16.82 ±4.19		25.46 ±3.54		19.63 ±4.28		14.28 ±2.64		12.84 ±3.66	
40-49	18.40 ±5.42		24.53 ±3.92		19.60 ±4.38		13.93 ±3.05		14.29 ±3.17	
50+	18.09 ±6.31		23.67 ±4.57		19.39 ±3.05		13.42 ±2.78		14.03 ±3.28	
Sex										
Man	18.02 ±6.14	0.213	24.11 ±3.99	0.541	19.89 ±4.45	0.058	13.92 ±3.05	0.374	14.50 ±3.86	0.016
Woman	16.06 ±4.60		24.52 ±3.99		20.98 ±3.80		14.22 ±2.57		13.27 ±3.07	
Marital status										
Single	16.48 ±4.87	0.125	24.07 ±4.04	0.329	21.54 ±3.86	0.001	14.36 ±2.90	0.306	13.93 ±3.53	0.428
Married	17.68 ±5.52		24.61 ±3.96		19.76 ±4.09		13.91 ±2.62		13.56 ±3.35	
Education										
Secondary school /lower	18.04 ±4.95	0.533	23.67 ±4.37	0.352	18.45 ±3.73	0.020	13.25 ±3.02	0.021	12.92 ±3.36	0.403
High school	17.19 ±5.56		24.07 ±4.47		21.07 ±4.44		14.69 ±2.54		13.99 ±3.54	
University	16.89 ±5.10		24.75 ±3.48		20.66 ±3.73		13.86 ±2.79		13.70 ±3.36	
Work status										
Working	17.59 ±5.59	0.029 NS	24.77 ±3.89	0.144	19.97 ±4.34	0.001	14.07 ±2.93	0.128	13.83 ±3.59	0.917
Student	15.46 ±4.59		23.27 ±4.46		22.43 ±3.57		14.27 ±2.39		13.73 ±3.34	
Retired	18.53 ±5.07		24.95 ±4.03		19.21 ±2.57		13.05 ±2.70		13.53 ±3.61	
Housewife + Unemployed	17.84 ±4.21		24.47 ±2.46		20.26 ±3.38		15.00 ±2.47		13.26 ±2.51	

Oral Presentation / Research**Covid-19 Pandemisinde Uzaktan Eğitim Alan
Dönem 1 Öğrencilerinin Duygudurum
Değerlendirmesi**

Fethi Sada Zekey

Yozgat Bozok University, 66900 Yozgat, Turkey E-mail:
f.sada.zekey@bozok.edu.tr

Presentation on 26/03/2021 09:30 in "Oral presentations 10" by Fethi Sada Zekey

Keywords / Anahtar Kelimeler: Uzaktan Eğitim, Covid- 19
Pandemisi, Duygudurum**Aim:**

Tıp fakültesini kazanarak üniversite yaşamına adım atmış olan ancak pandemi sürecinde uzaktan eğitim, üniversiteye giriş sınav stresi ve birçok sosyal faktör nedeniyle zor bir süreçten geçmiş olan yeni tıbbiyeli öğrencilerin psikojenik etkilenme düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Method:

Pandemi ile birlikte uzaktan eğitim modeline geçiş yapan tıp fakültesi dönem 1 öğrencilerine online olarak iletilmiş anket yaş, cinsiyet ve pandemi dinamikleriyle değişen yaşam tarzını değerlendiren 20 sorudan oluşmuştur. Ulusal ve uluslararası geçerlilik ve güvenilirliği kabul edilmiş olan beck depresyon ölçeği de 105 öğrenci tarafından doldurulmuştur. Kesitsel analiz için SPSS 20.00 yazılımı kullanılmıştır, $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Results:

Katılımcıların yaşları 18 ila 22 arasında değişkenlik göstermektedir. 53 katılımcı kadın iken 52 katılımcı erkek olup cinsiyetlerin dağılımı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0.05$). Pandemi ile birlikte bilgisayar yada farklı teknolojik aygıtlar üzerinden ders takibinde konsantrasyon kaybı yaşadığını belirtenler %81,9'luk dilimi oluşturmaktadır. Pandemi süreci ile beraber beslenme alışkanlıkları değişenler %70,2lik kesimi oluşturmaktadır. Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite değişimine sekonder kilo alımı yaşayan öğrenciler %47,6'lık kısmı oluşturmaktadır. Pandemi öncesinde sigara kullanmakta olan katılımcılar %16,2'lik kesimi oluştururken pandemi süreci bu öğrencilerin %26,7 sinde sigara kullanımında artış ile sonuçlanmıştır. Pandemi döneminde üniversiteye hazırlık dönemi geçirmiş ve örgün üniversite ortamından mahrum kalmış olan öğrencilerden %5,7'si beck depresyon ölçeğine göre sınırdaki klinik depresyon düzeyinde %1'i ise orta derece depresyon düzeyinde tespit edilmiş olup bu öğrenciler psikiyatrik değerlendirmenin yapılabilmesi için yönlendirildi.

Conclusions:

Pandeminin tüm dünyada biyopsikososyal negativite içeren dinamikleri arttırdığı aşikardır. Üniversite hayatına yeni başlamış olan ve üniversiteden beklentileri evinden elektronik ortam ile karşılayamamış olan tıbbiyeli hem hekim olacak olmanın verdiği hazzı yaşayamamakta, hem de uygulamaların geniş kapsam içerdiği tıp eğitimine yönelik güdülenmesi azalmaktadır. Teorik derslerin online, uygulamalı derslerin ise örgün olarak işleneceği hibrit eğitim modeli öğrencilerin tıp eğitimindeki uygulamalardan mahrum bırakmayacağı gibi biyopsikososyal iyilik halini arttırabilir.

Oral Presentation / Research**Erişkinlerde Aşı Reddinin, Aşılarla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışların Değerlendirilmesi**

Tuğba Koşmaz Kara, Zeynep Aşık

UNİVERSİTY OF HEALTH SCIENCES ANTALYA TRAINING AND RESEARCH HOSPİTAL, 07100 Antalya, Turkey E-mail: kosmazit@gmail.com

Presentation on 26/03/2021 09:30 in "Oral presentations 10" by Tuğba Koşmaz Kara

Keywords / Anahtar Kelimeler: Aşı Reddi, Bağışıklama, Ebeveyn**Aim:**

Aşılar yüzyılın halk sağlığı zaferidir ancak toplumun tamamının aşı uygulamasını kabul etmediği, aşılarla güvenmediği ve toplumda aşı reddinin arttığı bir gerçektir. Çalışmamızda amaçlarımız bireylerin çocukluk ve erişkin bağışıklaması konularında bilgi, tutum, davranışlarını tanımlamak; günümüzde artan aşı karşıtı görüşlerin nedenlerini tanımlanmak; çözümüne ilişkin veriler elde edebilmektir.

Method:

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmaya, Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş aralığındaki 351 katılımcı dahil edilmiştir. Araştırmacılar tarafından 290 katılımcıya yüz yüze anketle, 61 katılımcıya telefonla 38 soru sorulmuştur.

Results:

Katılımcıların %60,2'si kadın, %51,1'i evli, %30,4'ü lise mezunuydu. Kadınların yaş ortalaması 39,76±13,66, erkeklerin yaş ortalaması 36,02±13,5 yıldı. Katılımcıların %72,4 'ü çocukluk çağı aşılarını, %71,3'ü erişkin aşılarını biliyordu. KKK, suçiçeği, tetanoz-difteri çocukluk aşılarında; tetanoz-difteri, influenza, kuduz erişkin aşılarında en çok bilinen aşılarıydı. Katılımcıların %52,3'ü ebeveyn ve ebeveynlerin %99,5'i çocuklarına rutin, %25 'i özel aşıları yaptırmışlardı. Katılımcıların %84,9'u erişkin aşısı yaptırmıştı. Tetanoz-difteri, influenza, HBV aşıları yaptırılan aşıların başındaydı. Katılımcıların %26,1'i aşı yaptırmamanın hak olması gerektiğini belirtmişti ve %16,5'i aşı karşıtıydı, ebeveynlerinse %21,2'si aşı karşıtıydı. Katılımcıların %76,6'sı grip aşısını yaptırmak istemediklerini belirtti. Kadınlarda, yaşlılarda, ilkokul ve lise mezunlarında, düşük gelirlielerde aşı karşıtlığı daha fazlaydı. Aşıların içeriği, ithal oluşu, hijyen kurallarına uyarak enfeksiyondan korunabilme ve aşılarla ilgili yetersiz bilgilendirilmiş olma düşüncesi başlıca aşı karşıtlığı nedenleriydi. Aşı bilgi kaynaklarında sağlık kurumları/eczane, aşı karşıtı bilgi kaynaklarında sosyal medya en baştaydı.

Conclusions:

Bilgi kaynaklarının denetimi, sağlık okuryazarlığının artırılması, yerli aşı üretiminin desteklenmesi, aşı karşıtlığıyla ilgili yasal düzenlemelere gidilmesi, sağlık profesyonellerinin mezuniyet öncesi ve sonrasında eğitimlerle, aşılama ile ilgili tüm soru, endişe ve kaygıya tatminkar yanıtlar verebilecek şekilde desteklenmesi, ebeveyn ve ebeveyn adaylarına danışmanlık verilmesinin bireylerin bilgi düzeylerini, aşıya güvenlerini ve aşı yapma davranışlarını artıracacağı, aşı tereddüdünü ve aşı karşıtlığını azaltacağı düşüncesindeyiz.

Oral Presentation / Research**Obez Hastalarda 25-OH D Vitamin Düzeyinin Uyku Kalitesi ve Metabolik Parametreler İle İlişkisinin Değerlendirilmesi**

Ayşenur Akin Poçanoğlu, Duygu İlke Yıldırım, Mehmet Ali Eryılmaz

KONYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, 42090 Konya, Turkey E-mail: aknaysnr@hotmail.com

Presentation on 26/03/2021 09:30 in "Oral presentations 10" by Ayşenur Akin Poçanoğlu

Keywords / Anahtar Kelimeler: D vitamini, Obezite, Uyku kalitesi

Aim:

Obez hastalarda D vitamini eksikliği ve kalitesiz uyku sık görülen bir durumdur. Bu üç durum birbiri ile ilişkili olmasına rağmen bu üç değişken arasındaki ilişki tam çözülememiştir. Bu çalışmanın amacı obezite tanısı alan hastalarda çok sık karşılaşılan 25-OH D vitamini eksikliğinin; uyku kalitesi üzerine olan etkisini göstermek ve metabolik kan parametreleri ile olan ilişkisini değerlendirmektir.

Method:

Çalışma 01.04.2019-31.10.2019 tarihleri arasında SBÜ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri, VKİ >30 kg/m² olan, herhangi bir ek hastalığı olmayan ve medikal tedavi almayan 317 hastanın verilerinin ele alındığı tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara sosyodemografik veri formu ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ölçeği doldurtuldu. Hastaların kan parametreleri; 25-OH D vitamini, açlık insülini, HbA1c ve lipid paneli ile bu veri toplama formu ve uygulanan ölçek birlikte değerlendirildi.

Results:

Çalışmaya alınan hastaların %82,6'sı (n=262) kadın, %17,4'ü (n=55) erkekti. Hastalar D vitamini düzeylerine göre gruplara ayrıldığında; vitamin D seviyesi 20 ng/mL'nin altında 208 hasta (%65,7), ≥30 ng/mL'nin üzerinde 29 hasta (%9,1) saptandı. Hastalar PUKİ düzeylerine göre değerlendirildiğinde %35,6 hastanın 4 ve altında, %64,4 hastanın 5 ve üzerinde puan aldığı saptandı. Hastaların D vitamini değerleri ile PUKİ değerleri arasında negatif korelasyon olduğu (-r=0,119 p=0,035) tespit edildi. Eğitim durumu, HDL, egzersiz durumu ve psikiyatrik tedavi alıp/almama durumu tek değişkenli analizlerimizde PUKİ düzeylerinin artışına etki eden önemli belirleyicilerdi. Egzersiz durumu ve psikiyatrik tedavi alıp/almama durumu ise PUKİ düzeylerinin artışına etki eden çok değişkenli prediktörler olarak tanımlandı.

Conclusions:

Obez hastalarda D vitamini eksikliğinin uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediğini desteklemektedir. Ayrıca obez hastaların eğitim durumunun kötü olması, HDL değerinin yüksekliği, egzersiz düzeyinin az olması ve hastaların psikiyatrik tedavi görmeleri uyku kalitesinin bozulmasına etki eden belirleyicilerdir. Tedavisi oldukça basit ve ucuz olan D vitamini takviyesini sağlamak, hastaların egzersiz durumunu artırmak ve mevcut ruhsal durumlarını düzeltmek uyku kalitesini de olumlu yönde etkileyecektir.

Oral Presentation / Research

semptomların hissedilmesinde de etkili olabileceği sonucuna varılmıştır.

Postmenopozal Kadınlarda Vazomotor, Somatik ve Psikolojik Yakınmaların Şiddeti ve El 2-4. Parmak Oranının İlişkisi

Tuğba İş Kara, Raziye Desdicioğlu

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 06145 ankara, Turkey E-mail: is.tugba@gmail.com

Presentation on 26/03/2021 09:30 in "Oral presentations 10" by Tuğba İş Kara

Keywords / Anahtar Kelimeler: Menopoz, 2P:4P oranı, Postmenopozal semptomlar.

Aim:

Araştırma, postmenopozal dönemdeki kadınların, menopoz semptomlarının şiddetinin 2P:4P oranı ile ilişkili olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Ortaya koyulacak olası ilişki postmenopozal semptomları şiddetli yaşayacak kadınları önceden saptamak, bilgilendirmek ve gerekli önlemleri almak konusunda yardımcı olacaktır. Literatür incelendiğinde daha önce bu konuda yapılan çalışmaya rastlanmamıştır.

Method:

Araştırmanın örneklemini, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 213 postmenopozal dönemdeki kadından oluşmaktadır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak oluşturulmuş Sosyodemografik Bilgi Formu, El Ölçüm Formu ve Greene Klimakterik Skalası kullanılmıştır. 2P:4P oranı, 2. parmak uzunluğunun 4. Parmak uzunluğuna bölünmesi ile hesaplandı. Kategorik verilerin gösteriminde sıklık ve yüzde, sürekli verilerin gösteriminde ise ortalama ve standart sapma kullanıldı. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında Spearman korelasyon analizi, ortalamaların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı.

Results:

Çalışmaya dahil edilen bireylerin, yaş ortalaması $57,21 \pm 7,66$ olarak bulundu. GKS kapsamında sorgulanan semptomlar tek tek değerlendirildiğinde en sık izlenen semptom %84,98 oranla "kas ve eklem ağrıları" olarak izlenmiştir. "Şiddetli" olarak belirtilen semptomlar arasında en sık izlenen %39,44 oranla cinsel isteksizlik olarak saptandı.

Demografik özellikler ile ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde yaş ile anksiyete, psikolojik semptomlar, vazomotor semptomlar, ve toplam puan arasında negatif korelasyon saptanırken yaş ile cinsel semptomlar puanı arasında pozitif korelasyon saptandı.

2P:4P oranı sağ el için $0,997 \pm 0,048$ sol el için $0,999 \pm 0,043$ olarak bulundu. Çalışmamızın hipotezi ile uyumlu olarak 2P:4P oranları ile ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde ise sol dördüncü parmak uzunluğu ile toplam puan arasında negatif korelasyon saptandı. Ayrıca her iki el için de 2. ve 4. parmak oranları ile anksiyete, depresyon, psikolojik semptomlar, somatik semptomlar, vazomotor semptomlar, toplam puanlar arasında pozitif korelasyon saptandı.

Conclusions:

Araştırmamızın sonucunda, hem bireyin fenotipik özelliklerinin gelişimi hem de birçok hormonal davranışsal ve somatik durumlarla ilişkili olan 2P:4P oranının, postmenopozal

Oral Presentation / Research

Sağlık Çalışanlarında Covid-19, Temas ve Risk Durumlarının Değerlendirilmesi

Kamile Marakoğlu, Zeynep Ebru Şener, Hüsamet'tin Vatansav,
Özge Gül, Merve Balci

Selçuk University Faculty of Medicine, 42080 SELÇUKLU, Turkey E-mail:
kmarakoglu@yahoo.com

Presentation on 26/03/2021 09:30 in "Oral presentations 10" by Kamile Marakoğlu

Keywords / Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanları, Covid-19, Temas, Risk Durumları

Aim:

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının Covid-19 enfeksiyonu geçirme, Covid-19 hastası ile temas, risk durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Method:

Retrospektif tipte olan bu çalışmanın, çalışma grubunu iş sağlığı ve güvenliği birimine 16 Mart 2020-01 Mart 2021 tarihleri arasında başvuran 3847 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmada veri toplamak için iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. İlk bölüm araştırmacılar tarafından katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini saptamaya yönelik oluşturulmuştur. İkinci bölümde Sağlık Bakanlığı Covid-19 Rehberinden yararlanılarak Sağlık Çalışanı Covid-19 Temas Vaka İzlem Formu kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analiz için IBM SPSS for Windows 22.0 programı kullanılmıştır.

Results:

Sağlık çalışanların %86.4'ünden (n=3284) PCR testi çalışılmış olup, %14.6'sında (n=563) PCR testi çalışılmasına gerek görülmemiştir. Genel olarak %17.8'sinin PCR testi pozitif sonuçlanmıştır. PCR testi yapılan 3284 sağlık çalışanı arasında %20,7 PCR pozitifliği mevcuttu. Sağlık Çalışanlarında aylara göre PCR pozitifliği; Nisan 2020'de %1.4 (n=8), Mayıs 2002'de %1.1 (n=5), Haziran 2020'de %7.1 (n=24), Temmuz 2020'de %15.9 (n=54), Ağustos 2020'de %26.2 (n=142), Eylül 2020'de %19.7 (n=62), Ekim 2020'de %28.8 (n=64), Kasım 2020'de %35.4 (n=181), Aralık 2020'de %28.5 (n=101), Ocak 2021'de %22.9 (n=27), Şubat 2021'de %14.9 (n=14) olarak tespit edildi. PCR pozitif sağlık çalışanların; %90.2'si (n=615) başvuru anında semptom bildirirken, %9,8'i (n=9) herhangi bir semptom belirtmemiştir. PCR pozitiflerde (%28.1), PCR negatiflere (%12.1) göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede aile içi ve dış ortam teması yüksekti (p<0.001). Sağlık çalışanlarında genel olarak (Kişisel Koruyucu Ekipman) KKE tam kullanım sıklığı %45.5 olup, PCR pozitiflerde (%37,5), PCR negatiflere göre (28,0) KKE tam kullanmama sıklığı anlamlı derecede yüksekti (p<0.001). Yüksek Riskli bireylerde (%32.7); Orta (%11.4), Düşük (%14.9), ve Riskli Değerlendirilemeyenlere (%23.3) göre PCR pozitifliği sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksekti (p<0.001).

Conclusions:

Çalışmamızda genel olarak sağlık çalışanlarında Covid-19 PCR pozitifliği sıklığının DSÖ'nün verdiği sıklıktan yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle son aylarda sokağa çıkma yasağının kısmi ve tam zamanlı uygulanması ile PCR pozitifliğinin azaldığı görülmektedir.

Full Text

GİRİŞ

Koronavirüsler, Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) gibi hastalıklara neden olmasının ardından, Aralık 2019'da Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan'da yeni bir salgına neden oldu ve dünya çapında yayıldı (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu epidemik hastalığı 11 Şubat 2020'de yeni tip koronavirüs (Covid-19) olarak açıklamıştır ve 11 Mart 2020 tarihinde küresel salgın (Pandemi) olarak ilan edilmiştir (2, 3). Ülkemizde ilk olgu bildirimini 11 Mart 2020 tarihinde yapılmıştır ve Covid-19 nedeniyle ilk ölüm 16 Mart 2020 tarihinde bildirilmiştir (4).

Asemptomatik de geçirilebilen enfeksiyonun belirtileri; ateş, kuru öksürük, boğaz ağrısı, nefes darlığı, yorgunluk, vücut ağrıları, miyalji, bulantı, kusma, ishalden şiddetli konsolidasyon ve pnömöniye, akut solunum sıkıntısı sendromuna (ARDS) ve çoklu organ işlev bozukluğuna kadar değişir.

Virüs; enfekte damlacıkların solunması veya enfekte damlacıklarla temas yoluyla bulaşmakta olup, kuluçka süresi iki ila on dört gün arasında değişmektedir. Muhtemel birincil rezervuar yarasalar olabilir, çünkü genomik analiz SARS-CoV-2'nin filogenetik olarak SARS benzeri yarasa virüsleriyle ilişkili olduğunu keşfedilmiştir. Menşei ve insanlara geçişin kaynağı bilinmemektedir, ancak hızla gelişen pandemi insandan insana geçişi doğrulamıştır (5).

Covid-19 enfeksiyonu açısından en yüksek risk grubu, hastalarla yakın teması olması ve bakımlarını yapması sebebiyle sağlık çalışanlarıdır. 2020 Eylül ayında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm vakaların %10'unun (1,4 milyondan fazla Covid-19 enfeksiyonu) sağlık çalışanı olduğunu, ayrıca dünya genelinde en az 7 bin sağlık çalışanının koronavirüse yakalanarak hayatını kaybettiğini bildirmiştir (6). 2020 Aralık ayında DSÖ'ne bildirilen Covid-19 vakalarının yaklaşık %14'ü sağlık çalışanıdır. Bazı ülkelerde oran %35'e kadar çıkmaktadır (7). Ülkemizde ise Mart 2021 itibarıyla 33'ü emekli, 354'ü aktif çalışan olmak üzere 387 sağlık çalışanı Covid-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir (8). Dünya çapında Covid-19 ile enfekte olan binlerce sağlık çalışanı hayatını kaybetmiştir. Ancak, veri mevcudiyeti ve kalitesi sınırlıdır ve sağlık çalışanlarının iş yerinde mi yoksa toplum ortamlarında mı enfekte olduğunu belirlemek mümkün değildir (7).

Bu araştırmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, İş Sağlığı ve Güvenliği kapsamında sağlık çalışanlarının Covid-19 enfeksiyonu geçirme, Covid-19 hastası ile temas, risk durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL METOD

Bu çalışma 16 Mart 2020 - 01 Mart 2021 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi'ne başvuran 3847 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının Covid-19 enfeksiyonu geçirme, Covid-19 hastası ile temas, risk durumlarının değerlendirilmesi amaçlanana bu çalışma retrospektif tipte bir araştırmadır.

Covid-19 hastalarına hizmet veren çalışanlarda, nöbet periyotları sonrası Covid-19 semptom sorgulaması, Covid-19 hastası ile temas durumunun değerlendirilmesi yapıp temas

riski belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Covid-19 Rehberine göre Temaslı Sağlık Çalışanı için Risk Kategorilerine göre laboratuvar algoritması ve tedavi uygulanmıştır (9).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 22.0 istatistik paket programı ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans ve yüzde, ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Kategorik yapıdaki verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Sağlık çalışanların %86,4'ünden (n=3284) PCR testi çalışılmış olup, %14,6'sında (n=563) PCR testi çalışılmasına gerek görülmemiştir. Tüm sağlık çalışanlarının %17,8'inin (n=682) PCR testi pozitif sonuçlanmıştır. PCR testi yapılan 3847 sağlık çalışanı arasında %20,7 PCR pozitifliği mevcuttu. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve PCR Sonuçları

	n	Ort±SS(min-max)	%
Cinsiyet			
Erkek	1940		50,4
Kadın	1907		49,6
Yaş		31,96 ± 7,44(18-64)	
Yaş Kategorik			
20-29 yaş	1773		46,1
30-39 yaş	1416		36,8
40 yaş ve üzeri	658		17,1
Sigara İçme Durumu			
Evet	1370		35,7
Hayır	2452		63,7
Bırakmış	25		0,6
Meslek Dağılımları			
Doktor	1139		29,6
Hemşire	1125		29,2
Personel	754		19,6
Tekniker/teknisyen	317		8,2
Sekreter	274		7,1
Diğer	238		6,3
Görev Yeri			
Covid-19 yüksek riskli birim (n=1130)			
Doktor	382		9,9
Hemşire	397		10,3
Personel ve diğer sağlık çalışanları	351		9,1
Covid-19 düşük riskli birim (n=2717)			
Doktor	757		19,7
Hemşire	728		18,9
Personel ve diğer sağlık çalışanları	1232		32,1
PCR Test Sonucu			
PCR pozitif	682		17,8
PCR negatif	2602		67,6
PCR alınmasına gerek görülmeyen	563		14,6
Toplam	3847		100,0

3284 sağlık çalışanının %76,1'inin (n=2498) başvuru anında semptomları vardı, %23,9'unun (n=786) semptomu yoktu. PCR pozitif çalışanların %90,2'si (n=615) başvuru anında semptom bildirirken, %9,8'i (n=67) herhangi bir semptom belirtmemiştir (Tablo 2).

Yüksek riskli değerlendirilenlerin %32,7'sinde (n=194) PCR pozitifken, orta riskli değerlendirilenlerin %11,4'ünde (n=110), düşük riskli değerlendirilenlerin %14,9'unda (n=42) ve riskli değerlendirilemeyenlerin %23,3'ünde (n=336) PCR pozitifliği saptanmıştır.

Tablo 2. PCR Pozitif ve Negatif Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik ve Covid-19 Risk Durumlarının Değerlendirilmesi

	PCR+		PCR-		Toplam		X ²	p
	(n=682)		(n=2602)		(n=3284)			
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Kadın	336	49,3	1308	50,3	1644	50,1		
Erkek	346	50,7	1294	49,7	1640	49,9	0,179	0,672
Yaş								
20-29 yaş	290	42,5	1219	46,8	1509	46,0		
30-39 yaş	255	37,4	981	37,7	1236	37,6		
40 yaş ve üzeri	137	20,1	402	15,5	539	16,4	9,298	0,010
Meslek								
Doktor	202	29,7	796	30,6	998	30,4		
Hemşire	179	26,2	773	29,7	952	28,9		
Personel	152	22,3	486	18,7	638	19,4		
Tekniker/teknisyen	54	7,9	204	7,8	258	7,9		
Sekreteler	48	7,0	187	7,2	235	7,2		
Diğer	47	6,9	156	6,0	203	6,2	6,748	0,240
Görev Yeri								
Covid-19 yüksek riskli birim	132	19,4	680	26,1	812	24,7		
Covid-19 düşük riskli birim	550	80,6	1922	73,9	2472	75,3	13,342	<0,001
Mesleklere Göre Görev Yeri								
Covid-19 yüksek riskli birim								
Doktor	45	6,6	236	9,1	281	8,6		
Hemşire	41	6,0	252	9,7	293	8,9		
Personel ve diğer çalışanlar	46	6,7	192	7,4	238	7,2		
Covid-19 düşük riskli birim								
Doktor	157	23,1	560	21,5	717	21,8		
Hemşire	138	20,2	521	20,0	659	20,1		
Personel ve diğer çalışanlar	255	37,4	841	32,3	1096	33,4	17,057	0,004

Semptom Durumu								
Yok	67	9,8	719	27,6	786	23,9		
Var	615	90,2	1883	72,4	2498	76,1	93,156	<0,001
Risk Durumu								
Yüksek riskli	194	28,4	399	15,3	593	18,1		
Orta riskli	110	16,1	859	33,1	969	29,5		
Düşük riskli	42	6,2	240	9,2	282	8,6		
Riskli değerlendirilmedi	336	49,3	1104	42,4	1440	43,8	115,325	<0,001
Temas Durumu								
Teması bilinmiyor	326	47,8	1036	39,8	1362	41,5		
Sağlık çalışanı ile	121	17,7	779	29,9	900	27,4		
Hasta ile	39	5,7	426	16,4	465	14,1		
Hem hasta hem çalışan ile	5	0,7	46	1,8	51	1,6		
Aile içi ve dış ortam	191	28,1	315	12,1	506	15,4	173,337	<0,001
Kişisel Koruyucu Ekipman								
Kullanılmamış	256	37,5	729	28,0	985	30,0		
Kısmi kullanılmış	87	12,8	719	27,6	806	24,5		
Tam kullanılmış	339	49,7	1154	44,4	1493	45,5	68,459	<0,001
Bilgisayarlı Tomografi								
Covid-19 uyumlu	116	17,0	63	2,4	179	5,5		
Covid-19 dışı veya normal	182	26,7	395	15,2	577	17,6		
Gerek görülmedi-red detti	384	56,3	2144	82,4	2528	77,0	299,469	<0,001
Toplam	682	100,0	2602	100,0	3284	100,0		

Sağlık çalışanlarında aylara göre PCR pozitifliği; Nisan 2020'de %1,4 (n=8), Mayıs 2020'de %1,1 (n=5), Haziran 2020'de %7,1 (n=24), Temmuz 2020'de %15,9 (n=54), Ağustos 2020'de %26,2 (n=142), Eylül 2020'de %19,7 (n=62), Ekim 2020'de %28,8 (n=64), Kasım 2020'de %35,4 (n=181), Aralık 2020'de %28,5 (n=101), Ocak 2021'de %22,9 (n=27), Şubat 2021'de %14,9 (n=14) olarak tespit edildi (Tablo 3).

Tablo 3. Aylara Göre Covid-19 Değerlendirmesi

	PCR+		PCR-		PCR gerek görülmemeyen-reddedilen		Toplam		X ²	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Nisan 2020	8	1,4	309	56,0	235	42,6	552	100,0		
Mayıs 2020	5	1,1	299	64,6	159	34,3	463	100,0		
Haziran 2020	24	7,1	246	72,8	68	20,1	338	100,0		
Temmuz 2020	54	15,9	253	74,6	32	9,4	339	100,0		
Ağustos 2020	142	26,2	356	65,8	43	7,9	541	100,0		
Eylül 2020	62	19,7	243	77,4	9	2,9	314	100,0		
Ekim 2020	64	28,8	156	70,3	2	0,9	222	100,0		
Kasım 2020	181	35,4	323	63,1	8	1,6	512	100,0		
Aralık 2020	101	28,5	247	69,8	6	1,7	354	100,0		
Ocak 2021	27	22,9	91	77,1	0	0,0	118	100,0		
Şubat 2021	14	14,9	79	84,0	1	1,1	94	100,0	992,779	<0,001
Toplam	682	17,7	2602	67,6	1,1	14,6	3847	100,0		

TARTIŞMA

Bir pandemi sırasında, sağlık çalışanları, salgınla mücadelenin ön safını oluşturur. Covid-19 pandemisi, sağlık çalışanlarını ve ailelerini benzeri görülmemiş risk seviyelerine maruz bıraktı. Birçok ülkede yapılmış çalışmada sağlık çalışanlarında Covid-19 enfeksiyon sıklığı %2,7-38,0 arasında değişmektedir. Toplum geneli çalışmalarda Covid-19 hastalarının %2,4 ila %29 kadarı sağlık çalışanı bulunmuştur (Tablo 4) (10-29)(8, 9). Bu çalışmada PCR testi yapılan 3847 sağlık çalışanı arasında %20,7 PCR pozitifliği mevcuttu.

Tablo 4. Farklı Çalışmalarda Sağlık Çalışanlarında (SÇ) Covid-19 Enfeksiyonunun Yükü

Yazar	Ülke	Genel Popülasyondaki Çalışmalar		Sağlık Çalışanlarındaki Çalışmalar	
		Covid-19 Hasta Sayısı	SÇ Covid-19 sayısı (%)	Test Edilen SÇ Sayısı	SÇ Covid-19 Sayısı (%)
Kang ve ark. (11)	Kore	10.062	241 (%2,4)		
Sağlık Bak anlığı(12)	İtalya	228.418	27.101 (%11,9)		
Sağlık Bak anlığı(13)	İspanya	250.287	40921 (%16,3)		
Wang ve ark.(14)	Çin	138	40 (%29)		
Keeley ve ark.(15)	Birleşik Krallık			1533	282 (%18)
Rivett ve ark. (16)	Birleşik Krallık			1032	30 (%3)
Hunter ve ark.(17)	Birleşik Krallık			1654	240 (%14)
Eyre ve ark.(18)	Birleşik Krallık			10034	1128 (%11,2)
Reusken ve ark.(19)	Hollanda			1097	45 (%4,1)
Kluytmans ve ark. (20)	Hollanda			1353	86 (%6)
Garcia-Sierra ve ark.(21)	İspanya			1050	323 (%30,8)
Folgueira ve ark.(22)	İspanya			2085	791 (%38,0)
Zhao ve ark.(23)	Çin			1407	160 (%15,1)
Porru ve ark.(24)	İtalya			5942	238 (%4)
Lombardi ve ark.(25)	İtalya			1573	139 (%8,8)
Lahner ve ark.(26)	İtalya			2057	58 (%2,7)
Lan ve ark.(27)	Amerika			592	83 (%14)
Martin ve ark.(28)	Belçika			326	41 (%12,6)
Çelebi ve ark.(29)	Türkiye			703	50(%7,1)
Tostmann ve ark.(30)	Hollanda			803	90 (%11,2)
Kantele ve ark.(31)	Finlandiya			1095	36 (%3,3)

Bizim çalışmamızda erkek sağlık çalışanlarında Covid-19 kısmen daha yüksekti. Ama anlamlı değildi. Avrupa geneli, Çin ve ABD'de yapılan çalışmalarda kadınlarda PCR pozitifliği daha yüksekti (21, 23, 24, 27). Bu durum, çalışma yapılan kurumdaki sağlık çalışanları arasındaki cinsiyet dağılımına göre değişmektedir.

Test edilen sağlık çalışanlarının %23,9'unun (n=786) semptomu yokken, %76,1'inde (n=2498) semptom bildirilmiştir. PCR testi pozitif saptanan sağlık çalışanlarının %90,2'si (n=615) başvuru anında semptom bildirirken, %9,8'i (n=67) herhangi bir semptom belirtmemiştir. Bu çalışmaya benzer olarak Lahner ve arkadaşlarının İtalya'da yaptıkları çalışmada; PCR pozitif sağlık çalışanlarının %67,3'ü semptomatik bulunmuştur (26). Garcia-Sierra ve arkadaşlarının İspanya'da yaptıkları çalışmada; PCR testi alınan 1050 sağlık çalışanından %73,6'sında (n=773) çeşitli semptomlar var iken; pozitif olan 323 kişiden %89,7'si

(n=290) semptomatik bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak yaklaşık her 10 kişiden 1'inin asemptomatik Covid-19 enfeksiyonu geçirdiğini belirtebiliriz.

Çalışmamızda PCR pozitif sağlık çalışanlarının %17,0'sinde (n=116), PCR negatif sağlık çalışanlarının %2,4'ünde akciğer tomografisi Covid-19 ile uyumluydu. Bizim çalışmamıza benzer şekilde, Lahner ve arkadaşlarının İtalya'da 18 Mart - 27 Nisan 2020 tarihleri arasında Roma'da yaptığı çalışmada PCR pozitif sağlık çalışanlarının %16,7'sinin akciğer tomografisinde Covid-19 bulgusu saptamışlardır (26).

Bu çalışmada PCR pozitiflerde (%28,1), PCR negatiflere (%12,1) göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede aile içi ve dış ortam teması yüksekti ($p<0,001$). Ayrıca PCR pozitifler arasında temas durumu bilinmeyenlerin (%47,8) sıklığı daha yüksekti. PCR pozitif sağlık çalışanlarının %19,4'ü (n=132) Covid-19 açısından yüksek riskli birimde çalışmaktayken; %80,6'sı (n=132) Covid-19 açısından düşük riskli birimlerde çalışmaktaydı. Benzer şekilde; Kantele ve arkadaşlarının Finlandiya Helsinki Üniversitesi'nde Mart-Nisan 2020 tarihlerinde 1095 sağlık çalışanında yaptığı çalışmada; en yüksek Covid-19 PCR pozitiflik sıklıkları; Covid-19 hastası bilinmeyen bir birimde çalışanlar, ancak iş çıkışı toplanan personel arasında görülmüştür. Personel arasında vakaların olduğu bir birimde böyle bir artış görülmemiş, ancak iş gününden sonra sosyalleşme olmamıştır. Bu sonuç sağlık çalışanlarının kendi aralarında aktarımını ön plana çıkararak çalışma saatleri dışında sosyal mesafeye de dikkat edilmesi gerektiğini göstermektedir (31).

Pandeminin başından itibaren 24 Kasım 2020'de günlük 7381 yeni tanı hasta sayısı ile Kasım ayında Türkiye'de Covid-19 pik yapmıştır (32). Benzer şekilde çalışmamızda da Kasım 2020'de 181 kişi ile aylara göre en yüksek Covid-19 enfeksiyonu saptanmış olup polikliniğe başvuran sağlık çalışanlarının %35,4'üne denk gelmektedir.

SONUÇ

Sağlık çalışanları hastalarına bakım sağlarken Covid-19 bulaşması için yüksek risk taşır. Sağlık çalışanlarının düzenli periyotlarla taranması; enfekte sağlık çalışanlarının erken tespitini ve izolasyonunu sağlayabilir. Covid-19 açısından hem işte hem de iş çıkışı temasların azaltılması konusunda gerekli tedbir ve önlemler alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- Malviya A, Ahirwar AK, Chandra Tripathi S, Asia P, Gopal N, Kaim K. COVID-19: a review on SARS-CoV-2 origin, epidemiology, virology, clinical manifestations and complications with special emphasis on adverse outcome in Bhopal Gas Tragedy survivor. *Horm Mol Biol Clin Investig.* 2021.
- World Health Organization. [Internet] WHO Director-General's remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. [cited 2020 July 4] Available from <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>.
- World Health Organization. [Internet] Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report -51. [cited 2020 June 4] Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>
- Türk Tabipler Birliği. [Internet] Covid-19 Pandemisi İki Aylık Değerlendirme Raporu. [cited 2020 June 22] Available from: <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/covid19-rapor.pdf>.
- Madabhavi I, Sarkar M, Kadakol N. COVID-19: a review. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2020;90(2).
- DW. [Internet] Coronavirus latest: WHO says health workers account for 10% of global infections. [cited 2020, December 23] Available from <https://www.dw.com/en/coronavirus-latest-who-says-health-workers-account-for-10-of-global-infections/a-54208221>.
- World Health Organization. [Internet] Keep health workers safe to keep patients safe: WHO. [cited 2021 March 16] Available from <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>.
- Türk Tabipler Birliği. [Internet] [cited 2021 March 16] Available from: <https://siyahkurdele.com/>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon.8 Şubat 2021 Ankara. [cited March 4 2021] Available from [covid-19rehberitemaslitakibievdehastazilemivefilyasyonpdf.pdf](https://www.siyahkurdele.com/covid-19rehberitemaslitakibievdehastazilemivefilyasyonpdf.pdf).
- Calo F, Russo A, Camaioni C, De Pascalis S, Coppola N. Burden, risk assessment, surveillance and management of SARS-CoV-2 infection in health workers: a scoping review. *Infect Dis Poverty.* 2020;9(1):139.
- Kang SK. COVID-19 and MERS infections in healthcare workers in Korea. *Saf Health Work.* 2020;11(2):125-126. doi: 10.1016/j.shaw.2020.04.007.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). [Internet] Integrated surveillance of COVID-19 in Italy. Rome, 2020. Available from: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Infografica_22maggio%20ITA.pdf.
- Red Nacional de Vigilancia epidemiológica. Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España a 21 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAIVE. CNE. CNM (ISCIII).
- Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA.* 2020;323(11):1061-9. doi: 10.1001/jama.2020.1585.
- Keeley AJ, Evans C, Colton H, Ankcorn M, Cope A, State A, et al. Roll-out of SARS-CoV-2 testing for healthcare workers at a large NHS Foundation Trust in the United Kingdom, March 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(14):2000433. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.14.2000433.
- Rivett L, Sridhar S, Sparkes D, Routledge M, Jones NK, Forrest S, et al. Screening of healthcare workers for SARS-CoV-2 highlights the role of asymptomatic carriage in COVID-19 transmission. *Elife.* 2020;9:e58728. doi: 10.7554/eLife.58728.
- Hunter E, Price DA, Murphy E, van der Loeff IS, Baker KF, Lendrem D, et al. First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England. *Lancet.* 2020;395(10234):e77-e78. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30970-3.
- Eyre DW, Lumley SF, O'Donnell D, Campbell M, Sims E, Lawson E, et al. Differential occupational risks to healthcare workers from SARS-CoV-2 observed during a prospective observational study. *Elife.* 2020;9.
- Reusken CB, Buiting A, Bleeker-Rovers C, Diederer B, Hooveld M, Friesema I, et al. Rapid assessment of regional SARS-CoV-2 community transmission through a convenience sample of healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Euro Surveill.* 2020;25(12):2000334. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.12.2000334.
- Kluytmans M, Buiting A, Pas S, Bentvelsen R, van den Bijllaardt W, van Oudheusden A, et al. SARS-CoV-2 infection in 86 healthcare workers in two Dutch hospitals in March 2020. *medRxiv.* 2020. doi: 10.1101/2020.03.23.20041913.
- Garcia-Sierra RM, Badia Perich E, Manresa Dominguez JM, Moreno Millan N, Sabate Cintas V, Romero Martinez M, et al. [Descriptive study of the health service workers of a Primary Care Department confined by Covid-19]. *Rev Esp Salud Publica.* 2020;94.
- Folgueira MD, Muñoz-Ruipérez C, Alonso-López MA, Delgado R. SARS-CoV-2 infection in health care workers in a large public hospital in Madrid, Spain, during March 2020. *medRxiv.* 2020. doi: 10.1101/2020.04.07.20055723.
- Zhao D, Wang M, Wang M, Zhao Y, Zheng Z, Li X, et al. Asymptomatic infection by SARS-CoV-2 in healthcare workers: A study in a large teaching hospital in Wuhan, China. *Int J Infect Dis.* 2020;99:219-25.
- Porru S, Carta A, Monaco MGL, Verlatto G, Battaglia A, Parpaiola M, et al. Health Surveillance and Response to SARS-CoV-2 Mass Testing in Health Workers of a Large Italian Hospital in Verona, Veneto. *International journal of environmental research and public health.* 2020;17(14).
- Lombardi A, Consonni D, Carugno M, Bozzi G, Mangioni D, Muscatello A, et al. Characteristics of 1573 healthcare workers who underwent nasopharyngeal swab testing for SARS-CoV-2 in Milan, Lombardy, Italy. *Clin Microbiol Infect.* 2020;26(10):1413.e9-e13.
- Lahner E, Dilaghi E, Prestigiaco C, Alessio G, Marcellini L, Simmaco M, et al. Prevalence of Sars-Cov-2 Infection in Health Workers (HWs) and Diagnostic Test Performance: The Experience of a Teaching Hospital in Central Italy. *International journal of environmental research and public health.* 2020;17(12).
- Lan FY, Filler R, Mathew S, Buley J, Iliaki E, Bruno-Murtha LA, et al. COVID-19 symptoms predictive of healthcare workers' SARS-CoV-2 PCR results. *PLoS One.* 2020;15(6):e0235460.
- Martin C, Montesinos I, Dauby N, Gilles C, Dahma H, Van Den Wijngaert S, et al. Dynamics of SARS-CoV-2 RT-PCR positivity and seroprevalence among high-risk healthcare workers and hospital staff. *J Hosp Infect.* 2020;106(1):102-6.
- Polat O, Korkusuz R, Berber M. Hydroxychloroquine Use on Healthcare Workers Exposed to COVID-19 -A Pandemic Hospital Experience. *Med J Bakirkoy.* 2020;16(3):280-6.
- Tostmann A, Bradley J, Bousema T, Yiek W-K, Holwerda M, Bleeker-Rovers C, et al. Strong Associations and Moderate Predictive Value of Early Symptoms for SARS-CoV-2 Test Positivity Among Healthcare Workers, the Netherlands, March 2020. *Eurosurveillance.* 2020;25(16):2000508.
- Kantele A, Lääveri T, Kareinen L, Pakkanen SH, Blomgren K, Mero S, et al. SARS-CoV-2 infections among healthcare workers at Helsinki University Hospital, Finland, spring 2020: Serosurvey, symptoms and risk factors. *Travel Med Infect Dis.* 2021;39:101949.

32. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Bilgilendirme Sayfası. [Internet] Genel Koronavirüs Tablosu. [cited 2021 March 16] Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>

Oral Presentation / Research

Uzaktan Eğitim Standartlarının Tıp Fakültesi Dönem 2 Öğrencileri Gözünden Değerlendirilmesi Yozgat Örneği

Fethi Sada Zekey¹, Zafer Cengiz Er¹, Kübra Uyar Zekey²

1. Yozgat Bozok University, 66900 Yozgat, Turkey E-mail: f.sada.zekey@bozok.edu.tr
2. Yozgat Community Health Center

Presentation on 26/03/2021 09:30 in "Oral presentations 10" by Fethi Sada Zekey

Keywords / Anahtar Kelimeler: Eğitim Standartları, Akreditasyon, Tıp Eğitimi, Uzaktan Eğitim

Aim:

Tıp fakültesi eğitimine örgün olarak başlamış, ardından pandemi ile beraber uzaktan eğitim modeline geçilmesi nedeniyle özellikle anatomi, histoloji, fizyoloji gibi temel derslerin uygulamalarından mahrum kalan dönem iki öğrencilerinin aldıkları örgün ve uzaktan eğitimi kıyaslayarak olumlu ve olumsuz yönlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Method:

Pandemi döneminde uzaktan eğitim modeli uygulamaya koyan Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 2 öğrencilerine online olarak iletilmiş gönüllük esası ile doldurmaları istenmiştir. Anket pandemi dinamikleriyle değişen eğitim dinamiklerini değerlendiren 20 sorudan oluşmaktadır. Ulusal geçerlilik ve güvenilirliği kabul edilmiş olan açık ve uzaktan eğitim akreditasyon ölçeği de 77 öğrenci tarafından doldurulmuştur. Kesitsel analiz için SPSS 20.00 yazılımı kullanılmıştır, p<0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Results:

Öğrencilerin yaş ortalaması 20,49±1,51 idi. Öğrencilerin %56,8'i kadın iken %43,2'si erkekti. Öğrenciler ve akademisyenlerin alışkın olmadığı uzaktan eğitime adaptasyon güçlüğü yaşadığını düşünenlerin oranı %81,5 olarak tespit edilmiştir. Uzaktan eğitim sürecinde öğrencilerin eğitim kaynağı kullanımı sorgulandığında yalnızca %16,9 u kitaptan faydalanmakta iken %66,2'si interneti, %15,6'sı ise mobil uygulamaları kullanmakta olduğunu belirtmiştir. Uzaktan eğitimin yeterliliği sorgulandığında ise %18,2'lik kısım yetersiz, %68,8'lik kısım ise kısmen yeterli bulmakta idi. Uzaktan eğitimde görev yapan akademisyenlerin tüm eğitim programı gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığı sorgulandığında ise %20,8'lik öğrenci akademisyenleri yetkin olarak görmüştür. Uzaktan eğitimde elektronik sistem eksikliklerinin gidermede destek personel nitelikleri sorgulandığında ise %19,5lik kesim yeterli olarak görülmüştür.

Conclusions:

Tüm dünya dinamikleri pandemi ile beraber yeniden şekillenmiştir. Eğitimcilerin, öğrencilerin, eğitim müfredat ve uygulamalarının da hızla yeni dinamiklere adapte olabilmesi geri dönüşsüz eğitim eksikliklerinin ortaya çıkmasına mani olacaktır. Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi olarak pandemi ilanı ve üniversitelerin uzaktan eğitim modeline geçişi ile beraber 2020 yılı mart ayında eğitimde zaman kaybını minimum tutabilmek adına eğitim programımızı hızla uzaktan erişime uyumlu hale getirmeye çalıştık. Çalışmamız ile yaşanan aksaklıkları ortaya çıkarmak ve çözüm yolları ortaya koymayı hedefledik. Tıp

eğitimindeki özellikle uygulamalı derslerin uzaktan eğitim modelinde nasıl işlenebileceğine dair ön veriler ve hedefler ortaya konmalıdır.

Oral Presentation / Research

Full Text

Ailelerin Çocukluk Çağı Aşılınmaları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları

Esra Böcek Aker¹, Yusuf Çetin Doğaner², Ümit Aydoğan²,
Sema Nur Koç², Ahmet Bolat³

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun, Turkey E-mail: esrabocek@hotmail.com

2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

3. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Presentation on 26/03/2021 11:00 in "Oral presentations 11" by Esra Böcek Aker

Keywords / Anahtar Kelimeler: Aile, çocukluk çağı aşıları, bilgi, tutum, davranış

Aim:

Çalışmamızın amacı; ailelerin çocukluk çağı aşılanmaları ile ilgili bilgi düzeylerine etki eden faktörler ile aşılanmaya karşı tutum ve davranışlarını belirlemeye çalışmaktır.

Method:

Tanımlayıcı kesitsel desende planlanan çalışmaya Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine çocuğunun muayenesi için Ekim-Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran 595 aile dahil edildi. Ailelere araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan 31 soruluk anket formu uygulandı. Ailelere uygulanan anket formunun ilk 13 sorusu sosyodemografik bilgileri, sonraki 18 soru ise ailelerin aşılanma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşuyordu. Bilgi sorularına verilen her doğru yanıt için 1 puan, yanlış yanıtlar ve cevaplanamayan sorular için 0 puan verildi. Her bir katılımcı için toplam puan hesaplanarak, demografik veriler ile karşılaştırmaları yapıldı.

Results:

Çalışmaya katılan ailelerin çocuklarının yaş ortalaması 3,9±0,1 (0-17) yıl iken %48,2 (n=287)'si kızdı. Aile bireylerinin %77,1 (n=459)'i anne, %18,7 (n=111)'si baba, %4,2 (n=25)'si dede ve hala gibi çocuğun yakınlarından oluşmaktaydı. Çalışmaya katılan ailelerin %99'u çocuklarının aşılarını düzenli olarak yaptırdığını, bunların da %85,9 (n=511)'u çocuklarının aşılarını bağlı buldukları Aile Sağlığı Merkezlerinde yaptırdığını belirtmişlerdir. Aileler aşı ile ilgili bilgilerini en çok ebe/hemşireler (%57,8) ve doktorlardan (%47,2) aldıklarını ifade etmişlerdir. Çok değişkenli regresyon analizi sonucuna göre; katılımcıların bilgi düzeyi ile çocuk yaşı ($\beta=-0,116$; $p=0,024$), ailenin toplam gelir düzeyi ($\beta=0,152$; $p=0,002$), anne eğitim düzeyi ($\beta=0,128$; $p=0,014$), annenin çalışma durumu ($\beta=0,132$; $p=0,006$), çocukta kronik hastalık varlığı ($\beta=0,114$; $p=0,002$), katılımcıların grip aşısı yaptırma durumları ($\beta=0,111$; $p=0,004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Conclusions:

Birinci basamak sağlık hizmetleri, çocukluk çağı aşılanmaları konusunda en çok tercih edilen merkezlerdir. Geleceğimiz olan çocukların sağlıklı bir şekilde büyüme ve gelişmelerinin sağlanması ve koruyucu hekimlik açısından ailelerin çocukluk çağı aşılanmaları konusunda bilgi düzeyleri hayati öneme sahiptir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmet sunumunda önemli rol üstlenen aile sağlığı merkezinde görevli sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

GİRİŞ VE AMAÇ:

Bağışıklama hizmetlerinde temel amaç; toplumda, özellikle bebek ve çocuklarda aşı ile önenebilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, dolayısıyla bu hastalıkların sebep olabileceği mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bağışıklama hizmetleri, aşıyla önenebilir hastalıkların ve buna bağlı ölümlerin önlenmesi açısından en önemli ve maliyet etkin koruyucu hekimlik uygulamaları arasında kabul edilmektedir (1).

2016 yılında 67 ülkeyi kapsayan bir çalışmada aşı reddi ve tereddütlerinin arttığı gösterilmiştir (2). Ülkemizde önceleri çok az sayıda olan aşı reddi vakaları, 2015 yılında "aşı uygulaması için aileden onam alınması" ile ilgili bir davanın kazanılması ve aşı reddi söylemlerin sık sık medyada yer alması ile hızla artış göstermiştir.

Çalışmamızda ailelerin çocukluk çağı aşılanmaları ile ilgili bilgi düzeylerine etki eden faktörler ile aşılanmaya karşı tutum ve davranışlarını belirlemeyi amaçladık. Böylelikle toplumsal bağışıklama oranlarını arttırmak ve toplumun aşı konusunda doğru bilgi düzeyini arttırabilmek için neler yapılması gerektiğini tespit etmeye çalıştık.

YÖNTEM:

Tanımlayıcı kesitsel desende planlanan çalışmaya SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği polikliniklerine çocuğunun muayenesi için Ekim-Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran 595 aile dahil edildi.

Ailelere araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan 31 soruluk anket formu uygulandı. Uygulanan anket formunun ilk 13 sorusu; katılımcının hastaya olan yakınlığı, çocuğun kronik hastalık varlığı, ailenin toplam çocuk sayısı, ailelerin eğitim durumu, mesleği ve ailenin toplam gelir durumu gibi sosyodemografik bilgileri içeriyordu. Diğer 18 soru ve bunların alt başlıkları katılımcıların aşılanma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanan sorulardan oluşuyordu. Toplamda 6 soru bilgi düzeyini ölçmeye yönelik hazırlandı, bazı soruların alt başlıkları ile beraber toplam 15 adet bilgi düzeyini belirlemeye yönelik madde mevcuttu. Verilen her doğru yanıt için 1 puan, yanlış yanıtlar ve cevaplanamayan sorular için 0 puan verildi. Her bir katılımcı için toplam puan hesaplanarak, demografik veriler ile karşılaştırmaları yapıldı.

Elde edilen verilerin analizi SPSS istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Ölçümle elde edilen veri ortalama±standart sapma olarak, gruplandırılmış veri ise sayı (yüzde) olarak ifade edildi. İkili gruplarda ölçümle elde edilen verinin karşılaştırılmasında Student t testi, ikiden fazla grupta ölçümle elde edilen verinin karşılaştırılmasında One Way Anova analizi kullanıldı. Bilgi düzeyine etki eden değişkenlerin saptanmasına yönelik lineer regresyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edildi.

BULGULAR:

Çalışmaya katılan ailelerin çocuklarının yaş ortalaması 3,9±0,1 (0-17) yıl iken %48,2 (n=287)'si kızdı. Aile bireylerinin %77,1

(n=459)'i anne, %18,7 (n=111)'si baba, %4,2 (n=25)'si dede ve hala gibi çocuğun yakınlarından oluşmaktaydı.

Çalışmaya katılan ailelerin %99'u çocuklarının aşılarını düzenli olarak yaptırırken, %96,1 (572)'i aşıların gerekli olduğunu düşünüyordu. Ailelerin %85,9 (n=511)'u çocuklarının aşılarını bağlı buldukları Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) yaptırdığını belirtmişlerdir. Aileler aşı ile ilgili bilgilerini en çok ebe/hemşireler (%57,8) ve doktorlardan (%47,2) aldıklarını ifade etmişlerdir. "Aşılama karşıtı haberler gördüğünüzde ne düşünüyorsunuz?" sorusuna verilen yanıtlar ise Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Ailelerin Aşılama Karşıtı Haberler Gördüğünüzde Düşüncelerinin Dağılımı

Aşı Karşıtı Haber Sonrası Düşünceler	n	%
Kendi çocuğumun sağlığından endişe ediyorum	219	36,8
Fikirlerine saygı duyuyorum	186	31,2
Aşılama için üzüntü duyuyorum	148	24,9
Aşı karşıtı haberleri destekliyorum	28	4,7
Aşılamanın zararları konusunda şüpheye düşünüyorum	14	2,4
Toplam		100,0

Yapılan değerlendirmede; ailelerin eğitim durumu, gelir düzeyi, meslekleri, çocukta kronik hastalık varlığı ve ailenin toplam çocuk sayısının bilgi düzeyi üzerinde etkisi olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Ailelerin Bilgi Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	Bilgi Düzeyi	t / F	p**
	Ort. ± SS		
Ebeveyn			
Anne	6,25±0,11	1,84	0,065
Baba	5,77±0,27		
Anne eğitim durumu			
Okuryazar değil / İlkokul	4,89±0,21	41,21	<0,001 ¹
Ortaokul / Lise	5,56±0,12		
Üniversite	7,19±0,18		
Baba eğitim durumu			
Okuryazar değil / İlkokul	5,05±0,29	26,49	<0,001 ²
Ortaokul / Lise	5,63±0,12		
Üniversite	6,98±0,18		
Ailenin gelir düzeyi (TL)			
<1600	4,79±0,27	30,96	<0,001 ³
1600-3000	5,46±0,13		
3001-5000	6,12±0,18		
>5000	7,67±0,24		
Anne meslek			
Çalışmayan	5,49±0,10	42,88	<0,001 ⁴
Kendine Çalışan	6,46±0,37		
Ücretli Çalışan	7,51±0,22		
Baba meslek[†]			
Kendine Çalışan	5,88±0,15	2,08	0,037
Ücretli Çalışan	6,32±0,14		
Çocuk cinsiyet			
Kız	6,14±0,15	0,32	0,743
Erkek	6,07±0,14		
Çocukta kronik hastalık			
Var	6,81±0,35	2,23	0,026
Yok	6,03±0,10		
Ailenin çocuk sayısı			
1	6,43±0,16	5,44	0,005 ⁵
2	6,09±0,17		
3 ve daha fazlası	5,51±0,18		

Çok değişkenli regresyon analizi sonucuna göre; katılımcıların bilgi düzeyi ile çocuk yaşı ($\beta=-0,116$; $p=0,024$), ailenin toplam gelir düzeyi ($\beta=0,152$; $p=0,002$), anne eğitim düzeyi ($\beta=0,128$; $p=0,014$), annenin çalışma durumu ($\beta=0,132$; $p=0,006$), çocukta kronik hastalık varlığı ($\beta=0,114$; $p=0,002$), katılımcıların grip aşısı yaptırma durumları ($\beta=0,111$; $p=0,004$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Bilgi düzeyine etki eden faktörlerin çok değişkenli regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Değişkenler	β (Standardized coefficients)	p	%95 CI (confidence interval)	
			Lower	Upper
Çocuk yaşı	-0,116	,024	-,114	-,008
Anne yaşı	0,148	,079	-,006	,112
Baba yaşı	-0,025	,763	-,064	,047
Aile geliri	0,152	,002	,148	,685
Anne eğitim düzeyi	0,128	,014	,099	,879
Baba eğitim düzeyi	0,038	,421	-,218	,521
Anne çalışma durumu	0,132	,006	,208	1,204
Çocukta kronik hastalık	0,114	,002	,352	1,596
Aile çocuk sayısı	-0,053	,262	-,481	,131
Katılımcıların grip aşısı yaptırma durumu	0,111	,004	,228	1,180

TARTIŞMA VE SONUÇ:

Ailelerin aşılama ilgili bilgi düzeylerine etki eden faktörleri ve bu konudaki tutum ve davranışlarını belirlemeyi amaçladığımız çalışmamızda; ebeveynlerin eğitim ve çalışma durumunun, ailenin toplam gelirinin, çocukta kronik hastalık varlığının ve ailenin çocuk sayısının bilgi düzeyine etki ettiğini saptadık. Çalışmaya katılanların neredeyse tamamı çocuğunun aşılarını düzenli olarak yaptırırken, %96'sı aşıların gerekli olduğunu düşünüyordu. Aşı yaptırmak için en çok tercih edilen merkez nüfus olarak bağlı buldukları ASM idi. Katılımcılar aşı ile ilgili bilgilerini en çok sağlık çalışanlarından aldıklarını belirttiler.

Toplumsal bağışıklama ile ilgili günümüzde en büyük sorunlardan olan aşı tereddütü ve aşı reddi olan bireylerin yıllar içerisinde arttığı gözlenmektedir. Çalışmamızda aşı tereddütü yaşayan ailelerin oranının Avrupa'da yapılan diğer çalışmalardan çok daha düşük oranda olduğu tespit edilmiştir (3,4). Bunun sebebi, çalışmamızın tek merkezde, daha az katılımcı ile yapılması olabilir. Diğer taraftan dünyada aşı reddi 1990'lerden beri konuşulurken, Türkiye'de 2010 yılından sonra gündeme gelmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığının birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürüttüğü etkili bağışıklama programı da bu oranların ülkemizde daha düşük oranda seyretmesinin nedeni olabilir.

Çalışmamıza katılan ailelerin çocuklarına düzenli aşı yaptırma oranları oldukça yüksek tespit edilse de aşılamanın saygıyla karşılayan ya da destekleyen kişilerin oranının azımsanmayacak kadar yüksek olduğu görüldü. Bu kişilerin aslında aşılamanın güvenilirliği konusunda çekinceleri olabilir. Yapılan bir çalışmada da ailelerin %92'si çocuklarının aşılarını düzenli yaptırmasına rağmen, %52'si endişeleri olduğunu belirtmiştir (5). Ailelerin endişe duydukları konuların tespit edilip, gerekli bilgilendirmeler ile bu kaygıların azaltılmasında en büyük rol, aşı uygulayıcıları olan birinci basamak sağlık çalışanlarına düşmektedir.

Farklı çalışmalarda da aşı ile ilgili bilgi kaynakları sorulduğunda en çok verilen yanıtlar sağlık çalışanları olmuştur (6-8). Literatürlerden de anlaşılacağı üzere; bireylerin bilgi düzeyini

arttırmak ve yanlış bilgileri düzeltmek için yine en büyük rol sağlık çalışanlarına düşmektedir.

Eğitim durumunun artmasıyla bilgi düzeyinin daha yüksek oranda tespit edilmesi beklenen bir sonuçtur (6,9,10). Özellikle sosyoekonomik seviyesi düşük topluluklar üzerinde aşılarla ilgili yapılacak olan özel farkındalık eğitimlerine daha çok ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak; birinci basamak sağlık hizmetleri, çocukluk çağı aşılama konusunda en çok tercih edilen merkezlerdir. Geleceğimiz olan çocukların sağlıklı bir şekilde büyüme ve gelişmelerinin sağlanması ve koruyucu hekimlik açısından ailelerin çocukluk çağı aşılama konusunda bilgi düzeyleri hayati öneme sahiptir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmet sunumunda önemli rol üstlenen aile sağlığı merkezinde görevli sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

KAYNAKLAR:

1. TC Sağlık Bakanlığı, *Aşının Yararları*. 2020 [cited 2020 28.12.2020]; Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/27-a%C5%9F%C4%B1n%C4%B1n-yararlar%C4%B1.html>.
2. Larson, H.J., et al., *The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey*. EBioMedicine, 2016. **12**: p. 295-301.
3. Giambi, C., et al., *Parental vaccine hesitancy in Italy—results from a national survey*. Vaccine, 2018. **36**(6): p. 779-787.
4. Rey, D., et al., *Vaccine hesitancy in the French population in 2016, and its association with vaccine uptake and perceived vaccine risk–benefit balance*. Eurosurveillance, 2018. **23**(17): p. 17-00816.
5. Chow, M.Y.K., et al., *Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: A national online survey*. Australian family physician, 2017. **46**(3): p. 145.
6. Kara, S.S., et al., *Parental vaccine knowledge and behaviours: a survey of Turkish families*. East Mediterr Health J, 2018. **24**(5): p. 451-8.
7. Verulava, T., et al., *Mothers' Knowledge and attitudes towards child immunization in georgia*. The Open Public Health Journal, 2019. **12**(1).
8. Nisar, N., M. Mirza, and M.H. Qadri, *Knowledge, Attitude and Practices of mothers regarding immunization of one year old child at Mawatch Goth, Kemari Town, Karachi*. Pak J Med Sci, 2010. **26**(1): p. 183-186.
9. Angelillo, I., et al., *Mothers and vaccination: knowledge, attitudes, and behaviour in Italy*. Bulletin of the World Health Organization, 1999. **77**(3): p. 224.
10. Borrás, E., et al., *Parental knowledge of paediatric vaccination*. BMC Public Health, 2009. **9**(1): p. 1-7.

Oral Presentation / Research**Covid-19 Pandemisi Dönemindeki Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi(ercp) Deneyimlerimiz**

Dogan Albayrak

Trakya University Faculty of Medicine, 22103 Edirne, Turkey E-mail: albayrakdogan@hotmail.com

Presentation on 26/03/2021 11:00 in "Oral presentations 11" by Dogan Albayrak

Keywords / Anahtar Kelimeler:
ERCP,Koledokolithiazis,Covid-19**Aim:**

Bu çalışmada Covid-19 pandemisi döneminde kliniğimizde yapılan endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi(ercp) sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Method:

Çalışmaya Mart 2020 ile Ağustos 2020 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde koledok taşı ve pankreas başı tümörü sebebiyle ERCP işlemi yapılan hastalar dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastalar işlem öncesi üst batin MR/MRCP çekimleri yapıldıktan sonra safra yollarında patoloji tespit edilmesi üzerine ERCP işlemine hazırlandı. Tüm hastalardan işlemden bir gün önce PCR örneği alınarak servisimize yatırıldı ve Covid-19 pandemisi koşullarına uygun hazırlanmış endoskopi birimimizde ERCP işlemi uygulandı. Hastaların ERCP sonuçlarına retrospektif olarak hastane kayıtlarından ulaşıldı.

Results:

Çalışmaya yaşları 18 ile 87 arası değişen 57 hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 67,98 olarak hesaplandı. Median yaş 72 idi. Bu hastaların 34'ü (%59,6) kadın, 33'ü (%40,4) erkekti. Bu hastaların 43'üne (%75,4) koledokolithiazis sebebiyle, 14'üne (24,6) pankreas başı tümörüne bağlı safra pasajındaki tıkanmayı gidermek için ERCP işlemi uygulandı. Hastaların 55'inde (%96,5) ERCP işlemi başarı ile tamamlanırken, 2 hastada (%3,5) kanülasyon sağlanamadı. Kanülasyon sağlanamayan hastalardan 1'i pankreas başı tümörüne sahip olup diğer hasta da koledokolithiazis mevcuttu. Toplamda 26 hastaya (%45,6) koledoğa stent uygulaması gerçekleştirildi. Stent uygulaması gerçekleştirilen hastalardan 13'ü tümör hastası olup bu hastalarda duodenuma safra akışı başarı ile sağlandı. 8 hastada (%14) postercp pankreatit komplikasyonu gelişti ve medikal tedavi ile giderildi.

Conclusions:

Covid-19 pandemisi döneminde 6 aylık periyotta tarafımızca yapılan ERCP sonuçları değerlendirildiğinde, işlem öncesinde yapılan PCR testi ve işlem esnasında alınan ek önlemler sayesinde işlem yapılan hastalarda ve cerrahi ekipte enfekte olan bireye rastlanmamıştır. Ancak olası bulaş ihtimalinin ve N95 maske, siper, tulum giyilmesi gibi ek önlemlerin fiziksel koşulları zorlaştırdığı kabul edilen bir gerçektir. Buna bağlı olarak işlem başarı oranımız etkilenmemiş; ancak postercp pankreatit oranımız pandeminin olmadığı zamana göre artış göstermiştir.

Full Text**Giriş:**

İlk kez 1968 yılında tanımlanan endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) , endoskopik girişimsel bir işlem olup eş zamanlı çekilen direk grafi ile safra yollarının görüntülenmesinin de sağlamaktadır. Bu özelliği ile endoskopik olduğu kadar girişimsel radyolojik bir tetkiktir. İşlem günümüzdeki teknolojik gelişmeler ile birlikte safra yollarında obstrüksiyona sebep olan birçok patolojide mümkünse patolojinin ortadan kaldırılması veya safra akışının devamlılığının sağlanmasında oldukça etkili hale gelmiştir. İşlem cerrahi müdahalelere kıyasla komplikasyon oranlarının daha az olması ile dikkat çekmekte ve çok sık kullanılmaktadır. Başlarda tedavinin yanı sıra safra yollarını görüntülemek ve tanı koymak için kullanılmasına karşın günümüzde manyetik rezonans görüntüleme teknolojisindeki gelişmeler ile tanı amaçlı yerini manyetik rezonans kolanjiopankreatikografiye MRCP'ye bırakmıştır. (1,2)

ERCP işleminin başarısı işlemi yapanın deneyimi ile doğru orantılıdır. Deneyimli kişiler tarafından yapılan ERCP işleminde sfinkterotomi ve koledok kanülasyon başarısı %95'in üzerindedir. ERCP işlemi sırasında kullanılan precut sfinkterotom, balon katater, basket taşkırıcının kullanımının artması ile koledok taşlarının tedavisinde ERCP işleminin başarısı %90'dan fazladır. Pnakreatiko biliyer kanal boyunca ve ampullada var olan malign lezyonlara sekonder safra pasajı sağlanamayan vakalarda cerrahi önce yapılacak ERCP ile malign lezyondan biyopsi alınabilir ve lezyon proksimaline gönderilecek stent ile duodenuma safra akışı sağlanabilir. (3)

ERCP işlemi cerrahi işlemlere göre daha az invaziv olsada işleme sekonder komplikasyonlar gelişebilmektedir. ERCP sonrasında en sık görülen komplikasyon post-ERCP pankreatit olup son ESGE klavuzunda oran %3.5 olarak bildirilmiştir. Bu oran işlemi yapan kişinin tecrübesi ile orantılı olarak %15.7'ye kadar yükselmektedir.(2,4) ikinci sıklıkta görülen komplikasyon kanamadır. Pankreatit ve kanamanın yanı sıra perforasyon gibi mortalitesi daha yüksek komplikasyonu vardır. (5)

Normal koşullar altında pankreatit, kanama ve perforasyon gibi ciddi komplikasyonları olan ve tecrübe gerektiren ERCP işleminin covid -19 pandemi koşullarında yapılmasının işlemin komplikasyon oranlarına etkisi olup olmadığını araştırmak ve ERCP işlemine bağlı covid-19 bulaş durumunu değerlendirmek üzere retrospektif çalışmamızı gerçekleştirdik.

Gereç ve Yöntem:

Çalışmaya Mart 2020 ile Ağustos 2020 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde koledok taşı ve pankreas başı tümörü sebebiyle ERCP işlemi yapılan hastalar dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastalar işlem öncesi üst batin MR/MRCP çekimleri yapıldıktan sonra safra yollarında patoloji tespit edilmesi üzerine ERCP işlemine hazırlandı. Tüm hastalardan işlemden bir gün önce PCR örneği alınarak servisimize yatırıldı ve covid-19 pandemisi koşullarına uygun hazırlanmış endoskopi birimimizde ERCP işlemi uygulandı. ERCP işlemi pandemik koşullara uygun filtreli havalandırmaya sahip endoskopi odasında gerçekleştirildi. Aynı odada gün içerisinde bir veya iki işlem yapıldı. Her işlem esnasında işlemlerde görevli tüm sağlık personeli personel koruyucu ekipmana sahipti. Hastaların ERCP sonuçlarına retrospektif olarak hastane kayıtlarından ulaşıldı.

Bulgular:

Çalışmaya yaşları 18 ile 87 arası değişen 57 hasta dahil

edilmiştir. Yaş ortalaması 67,98 olarak hesaplandı. Median yaş 72 idi. Bu hastaların 34'ü (%59,6) kadın, 33'ü (%40,4) erkekti. Bu hastaların 43'üne (%75,4) koledokolithiazis sebebiyle, 14'üne (24,6) pankreas başı tümörüne bağlı safra pasajındaki tıkanmayı gidermek için ERCP işlemi uygulandı. Hastaların 55'inde (%96,5) ERCP işlemi başarı ile tamamlandı, 2 hastada (%3,5) kanülasyon sağlanamadı. Kanülasyon sağlanamayan hastalardan 1'i pankreas başı tümörüne sahip olup diğer hasta da koledokolithiazis mevcuttu. Toplamda 26 hastaya (%45,6) koledoğa stent uygulaması gerçekleştirildi. Stent uygulaması gerçekleştirilen hastalardan 13'ü tümör hastası olup bu hastalarda duodenuma safra akışı başarı ile sağlandı. 8 hastada (%14) postercp pankreatit komplikasyonu gelişti ve medikal tedavi ile giderildi. Bu süreçteki ERCP işlemlerine bağlı herhangi bir sağlık personeli ve ERCP yapılan hastada covid-19 enfeksiyon bulaşı izlenmedi.

Tartışma ve Sonuç:

Pandemi dönemindeki bu altı aylık süreçte gerçekleştirdiğimiz 57 ERCP işleminde hastalarımızın yalnızca 1 tanesi Covid-19 açısından yüksek riskli olup kalan hastalar düşük risk grubundaydı. Literatürde bu konuda henüz kısıtlı bilimsel veri olmasına karşın ulaşılabilen çalışmalarda da bahsettiği üzere hastalardan işlemden önceki gün servis yatışlarında covid-19 için nazofarenks ve orofarenks sürüntü örnekleri alınmıştır. İşlem sırasında tüm sağlık personeli gerekli tüm koruyucu ekipmanları kullanmıştır. (6)

Covid-19 pandemisi döneminde 6 aylık periyotta tarafımızca yapılan ERCP sonuçları değerlendirildiğinde, işlem öncesinde yapılan PCR testi ve işlem esnasında alınan ek önlemler sayesinde işlem yapılan hastalarda ve cerrahi ekipte enfekte olan bireye rastlanmamıştır. Ancak olası bulaş ihtimalinin ve N95 maske, siper, tulum giyilmesi gibi ek önlemlerin fiziksel koşulları zorlaştırdığı kabul edilen bir gerçektir. Buna bağlı olarak işlem başarı oranımız etkilenmemiş; ancak postercp pankreatit oranımız pandeminin olmadığı zamana göre artış göstermiştir.

Kaynakça:

1. Cotton PB, Willams GB. Therapeutic Upper Endoscopy, Practical Gastrointestinal Endoscopy, 4. Edition, 2003; 172-203.
2. Ozturk K., Albayrak D., Post-ERCP Pankreatitinde Risk Faktörleri.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 12:2019.
3. Acar F, Sahin M, Yılmaz H, Alptekin H, Kafalı M. E., Ece I. Et al.Endoskopik Retrograt Kolanjiopankreatikografi Deneyimlerimiz, Selçuk Tıp Derg 2014;30(3): 111-114
4. Dumonceau JM, Andriulli A, Deviere J, Mariani A, Rigaux J, Baron TH, et al. European Society of Gastrointestinal Endoscopy. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline: prophylaxis of post-ERCP pancreatitis. Endoscopy 2010;42:503-515.
5. Szary NM, Al-Kawas FH. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: how to avoid and manage them. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2013;9(8):496-504.
6. An P, Huang X, Wan X, et al. ERCP during the pandemic of COVID-19 in Wuhan, China. *Gastrointest Endosc*. 2020;92(2):448-454. doi:10.1016/j.gie.2020.04.022

Oral Presentation / Research

Göğüs Ağrısı Yakınması ile Pediatrik Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi

Murat Deveci

Trakya University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Division of Pediatric Cardiology, 22030 Edirne, Turkey E-mail: m4deveci@yahoo.com

Presentation on 26/03/2021 11:00 in "Oral presentations 11" by Murat Deveci

Keywords / Anahtar Kelimeler: çocuk, etiyoloji, göğüs ağrısı, kardiyoloji**Aim:**

Çocuklarda göğüs ağrısı oldukça sık karşılaşılan ve aileleri tedirgin eden bir yakınmadır. Hastalar aile hekimleri ve çocuk hekimleri tarafından çoğu kez pediatrik kardiyoloji polikliniğine yönlendirilmekle birlikte nadiren kardiyak bir neden saptanmaktadır. Çalışmamız göğüs ağrısı nedeniyle çocuk kardiyoloji kliniğine başvuran çocuklarda etiyoloji ve klinik özelliklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Method:

Çalışmada 2 Ocak 2018- 31 Aralık 2020 tarihleri arasında göğüs ağrısı yakınması ile pediatrik kardiyolojide değerlendirilen 458 olgu geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik bilgilerinin yanı sıra anamnez, fizik muayene, elektrokardiyografi ve ekokardiyografi verileri ile gerekli olgularda yapılmış 24 saatlik ritim holter monitorizasyonu, egzersiz stres testi ve laboratuvar tetkikleri sonuçları dosyalarından kaydedildi.

Results:

Çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ortalaması $11.8 \pm 3,2$ yıl (5-18 yaş) idi. Olguların 237'si kız (% 51,7), 221'i erkek (% 47,3) idi. Göğüs ağrısı çoğunlukla (% 66) istirahatte ortaya çıkmakta ve olguların %82'sinde sternum soluna lokalize idi. Çarpıntı (% 18) ve nefes darlığı (% 14) en sık eşlik eden semptomlardı. Göğüs ağrısı etyolojisine bakıldığında idiyopatik (% 38,7) nedenler en sıkı. Bunu sırasıyla kas-iskelet sistemi (% 29,1), psikojenik (% 19,4), solunum sistemi (% 4,5), gastrointestinal sistem (% 3,8), kardiyovasküler sistem (% 3,3) kaynaklı nedenler izlemekteydi. Kardiyovasküler sisteme ait nedenler arasında en sık (6/15 olgu) mitral kapak prolapsusu saptandı.

Conclusions:

Çalışmamızda çocuklardaki göğüs ağrısının çok büyük kısmını kalp dışı nedenler oluşturmaktadır. Ayrıntılı öykü, fizik muayene ve elektrokardiyografik inceleme sonucunda kardiyak etiyoloji saptanmayan hasta ve yakınlarının detaylı açıklama yapılarak bilgilendirilmesi ve kaygılarının giderilmesi önemlidir. Seçilmiş olgular dışında pediatrik kardiyoloji polikliniklerine olguların yönlendirilmesi ailelerin endişelerini artırmakla kalmayıp zaman ve maliyet açısından olumsuz etkilere yol açabilmektedir.

Full Text**Giriş**

Çocuklarda göğüs ağrısı, sağlık kuruluşlarına sık başvuru nedenlerinden biridir. Erişkinlerden farklı olarak çocukluk dönemindeki göğüs ağrılarının kardiyak kökenli olma olasılığı

düşüktür ⁽¹⁻³⁾. Ancak aileler tarafından ağrının kalp ağrısı olabileceğinin düşünülmesi, aileyi ve çocuğu endişelendirmekte, bu da etiyolojinin aydınlatılmasını ve ailenin bilgilendirilmesini önemli hale getirmektedir. Çalışmamız göğüs ağrısı nedeniyle çocuk kardiyoloji kliniğine başvuran çocuklarda etiyoloji ve klinik özelliklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada 36 ay boyunca (2 Ocak 2018- 31 Aralık 2020) göğüs ağrısı yakınması ile pediatrik kardiyolojide değerlendirilen 458 olgu geriye dönük olarak incelendi. Hastaların demografik bilgilerinin yanı sıra anamnez, fizik muayene, elektrokardiyografi ve ekokardiyografi verileri ile gerekli olgularda yapılmış 24 saatlik ritim holter monitorizasyonu, egzersiz stres testi ve laboratuvar tetkikleri sonuçları dosyalarından kaydedildi. Verilerin elde edilmesinde göğüs ağrısı şikayeti ile çocuk kardiyolojisi polikliniğimize başvuran hastalarda kullanılan "göğüs ağrısı değerlendirme formu" bilgilerinden yararlanıldı. Bu formda hasta yaşı, cinsiyeti ve antropometrik ölçümlerinin yanında göğüs ağrısının özelliklerine ilişkin sorular (istirahatte mi yoksa eforla mı olduğu, ne zamandır var olduğu, ne kadar sürdüğü, ne sıklıkta olduğu, lokalizasyonu, yayılımı, niteliği, değişim özelliği) mevcuttu. Özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerinin yanında okul başarısı, aile/arkadaş ilişkileri, ailede ani ölüm ve erken kardiyovasküler hastalık öyküsü sorgulandı. Fizik muayene ve tetkik sonuçlarının ardından göğüs ağrısı olası nedeni idiyopatik, kardiyak, non-kardiyak (kas-iskelet, psikojenik, solunum sistemi, gastrointestinal sistem) kaydedildi. Çalışmada toplanan verilerin analizi, istatistiksel yazılım paketi SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences - IBM®, Chicago, IL, USA) istatistik programı kullanılarak yapıldı ve tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanılarak veriler sayı ve yüzde olarak ifade edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 458 olgunun 237'si kız (% 51,7), 221'i erkek (% 47,3) olup yaş ortalaması $11.8 \pm 3,2$ yıl (5-18 yaş) idi. Hastaların %66'sında göğüs ağrısı istirahatte ortaya çıkmakta ve %82'sinde sternum soluna lokalize idi. En sık sol kola olmak üzere olguların %22'sinde yayılım mevcuttu. Çarpıntı (% 18) ve nefes darlığı (% 14) en sık eşlik eden semptomlardı. Göğüs ağrısı etiyolojisine bakıldığında idiyopatik (% 38,7) nedenler en sıkı (Tablo 1). Kardiyovasküler sisteme ait nedenler arasında en sık (6/15 olgu) mitral kapak prolapsusu saptandı (Tablo 2).

Tablo 1. Göğüs Ağrısı Nedenleri

Tanı	n	%
İdiyopatik	177	38,7
Kas-iskelet sistemi	133	29,1
Psikojenik	89	19,4
Solunum sistemi	21	4,5
Gastrointestinal sistem	17	3,7
Kardiyovasküler sistem	15	3,3
Diğer	6	1,3
Toplam	458	100,0

Tablo 2. Kardiyak Kökenli Göğüs Ağrısı Nedenleri

Tanı	n	%
Mitral kapak prolapsusu	6	40
Biküspit aortik kapak ve aort stenozu	1	6,7
Pulmoner stenoz	2	13,3
Perikardit	2	13,3
Miyokardit	1	6,7
Hipertrofik kardiyomyopati	1	6,7
Wolf Parkinson White sendromu	1	6,7
Non-sustained ventriküler taşikardi	1	6,7
Toplam	15	100,0

Tartışma

Çocuklarda göğüs ağrısı sık karşılaşılan ve aileyi de tedirgin eden bir durumdur. Erişkinlerde göğüs ağrısının anjina pektoris ve miyokard enfaktüsü ile bilinen ilişkisinin aksine çocukluk yaş grubunda kalp nedenli ağrılar oldukça nadirdir. Çocuklarda göğüs ağrısına yol açabilen kalp hastalıkları ani ölüme de yol açabilmektedir⁽⁴⁾. Bu nedenle, çocuklarda göğüs ağrısı ciddiye alınmalı ve ayırıcı tanısı doğru bir şekilde yapılmalıdır. Çocuk hastaların %12-85'inde göğüs ağrısını açıklayabilecek herhangi bir neden bulunamamakta olup bu grup idiyopatik kabul edilmektedir^(5,6). Çalışmamızda olgularımızın %38,7'si idiyopatik grupta yer almaktaydı. Çocuklarda sebebi saptanmış olan en sık göğüs ağrısı nedenleri kas iskelet sisteminden kaynaklanmaktadır⁽⁷⁾. Bizim çalışmamızda da % 29,1 oranı ile göğüs ağrısına sebep olan en sık ikinci neden olarak saptanmıştır.

Özellikle son yıllarda sporcu ve adölesanlarda ani kardiyak ölümlerin görülmesi bu konuya olan ilgiyi arttırmaktadır. Çocuk ve adölesanlarda kardiyak nedenli göğüs ağrısının sıklığı % 2,8 ila % 5 arasında olduğu bildirilmiştir^(1,8). Bizim çalışmamızda bu oran %3,3 bulunmuş olup literatürle uyumlu idi. Miyokardiyal iskemi, perikardit, miyokardit, aort stenozu, hipertrofik kardiyomyopati, mitral kapak prolapsusu, aritmiler, koroner arter anomalileri göğüs ağrısına yol açabilen başlıca kalp hastalıklarıdır^(3,4,9). Çalışmamızda kardiyak nedenli göğüs ağrısının en sık nedeni olarak mitral kapak prolapsusu saptanmıştır. Mitral kapak prolapsusunda göğüs ağrısının nedeni tam olarak anlaşılmasa da prolabe kapağa bağlı kordalarda gerilme ile oluşan iskemi ile açıklanmaktadır⁽¹⁰⁾.

Sonuç olarak, çalışmamızda çocuklardaki göğüs ağrısının çok büyük kısmını kalp dışı nedenler oluşturmaktadır. Ayrıntılı öykü, fizik muayene ve elektrokardiyografik inceleme sonucunda kardiyak etiyojisi saptanmayan hasta ve yakınlarının detaylı açıklama yapılarak bilgilendirilmesi ve kaygılarının giderilmesi önemlidir. Seçilmiş olgular dışında pediatrik kardiyoloji polikliniklerine olguların yönlendirilmesi ailelerin endişelerini artırmakla kalmayıp zaman ve maliyet açısından olumsuz etkilere yol açabilmektedir.

Kaynaklar

1. Danduran MJ, Earing MG, Sheridan DC, Ewalt LA, Frommelt PC. Chestpain: characteristics of children/adolescents. *Pediatr Cardiol* 2008; 29: 775-781.
2. Yeh TK, Yeh J. Chest Pain in Pediatrics. *Pediatr Ann* 2015; 44: e274-278.
3. Sert A, Aypar E, Odabaş D, Gökçen C. Clinical characteristics and causes of chest pain in 380 children referred to a paediatric cardiology unit. *Cardiology in the Young* 2013; 23: 361-367.
4. Güvenç O, Kaya F, Arslan D, Çimen D, Oran B. Göğüs Ağrısı Olan 441 Çocuk

Hastanın Değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Derg* 2014; 30: 159-161.

5. Mohan S, Nandi D, Stephens P, M'farrej M, Vogel RL, Bonafide CP. Implementation of a Clinical Pathway for Chest Pain in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emer Care* 2018; 34: 778-782.
6. Veeram SR, Reddy MD, Harinder R, Singh MD, Reddy V. Chest pain in children and adolescents. *Pediatr Rev* 2010; 31: 1-9.
7. Friedman KG, Alexander ME. Chest pain and syncope in children: A practical approach to the diagnosis of cardiac disease. *J Pediatr* 2013;163(3):896-901.
8. Cava JR, Sayger PL. Chest pain in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2004; 51: 1553-68.
9. Öztürk K, Çetin İ, Ekici F, Kocabaş A, Şaylı TR. Göğüs ağrısı yakınması ile başvuran çocukların etiyojistik açıdan değerlendirilmesi. *Turkish J Pediatr Dis* 2015; 4: 248-253.
10. Alp H, Alp E. Çocuk kardiyoloji kliniğine göğüs ağrısı nedeniyle başvuran çocukların etiyojistik değerlendirilmesi. *The Journal of Pediatric Research* 2014; 1: 80-83.

Oral Presentation / Research

**Morbid ve Süper Obez Bireylerde
Kardiyovasküler Risk ve Eşlik Eden
Komorbiditelerin Değerlendirilmesi**Nazlı Hacıağaoğlu¹, Hüseyin Çetin¹, Engin Ersin Şimşek²

1. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, İSTANBUL, Turkey E-mail: drnazliunver@gmail.com

2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital Department of Family Medicine

Presentation on 26/03/2021 11:00 in "Oral presentations 11" by Nazlı Hacıağaoğlu

Keywords / Anahtar Kelimeler: Süper obez, morbid obez, hipertansiyon, kardiyovasküler risk, obezite**Aim:**

Obezite kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız bir risk faktörü olması yanında, hipertansiyon gibi diğer risk faktörlerine de yol açarak kardiyovasküler hastalık gelişimine katkıda bulunmaktadır. Sağlığı olumsuz yönde etkileyen kompleks ve multifaktöriyel bir hastalık olarak kabul edilen obezite, günümüzde önlenebilir ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci en önemli nedenidir. Çalışmamızın amacı özellikle morbid ve süper obez bireylerde kardiyovasküler riski belirlemek ve eşlik eden faktörleri değerlendirmektir.

Method:

Çalışmamıza S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Obezite Polikliniğine Ocak 2020-Mart 2020 tarihleri arasında başvurmuş 131 morbid ve süper obez birey dahil edilmiştir. Hastaların retrospektif olarak dosyaları incelenmiş, sosyodemografik bilgileri edinilmiş, kronik hastalıkları, ilaç kullanımları değerlendirilerek mevcut durumda kardiyovasküler riskleri hesaplanmıştır.

Results:

Çalışmamıza dahil edilen hastaların 111 (%84,7)'si kadın, 20 (%15,3)'ü erkektir. Hastaların yaş ortalaması 44,9±12,4 yıl'dır. Hastaların 20 (%15,3)'ü süper obez grupta, 111 (84,7)'si morbid obez grupta yer almaktadır. Hastaların 52 (%39,7)'sinde hipertansiyon, 59 (%45,0)'ünde diyabetes mellitus, 101 (%77,1)'inde hiperlipidemi, 41 (%31,3)'ünde prediyabet saptanmıştır. Süper obez hastaların SCORE risk skorlamasına göre 4 (%20,0)'i düşük riskli, 4 (%20,0)'i orta riskli ve 12 (%60,0)'i yüksek riskli grupta bulunmuştur. Morbid obez hastaların SCORE risk skorlamasına göre 32 (%28,8)'i düşük riskli, 27 (%24,3)'ü orta riskli, 48 (%43,2)'si yüksek riskli ve 4 (%3,6)'sı çok yüksek riskli grupta bulunmuştur. Morbid ve süper obez bireyler arasında diyabet varlığı açısından anlamlı fark saptanmazken (p=0.144), hipertansiyon ve hiperlipidemi varlığı açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla p<0,001 ve p=0,048).

Conclusions:

Obezite önemli bir halk sağlığı sorunu olup sıklığı her geçen gün artmaktadır. Özellikle morbid ve süper obez hastalar kardiyovasküler hastalık açısından daha büyük risk taşımaktadır. Bizim çalışmamızda da hastaların büyük çoğunluğu yüksek kardiyovasküler riskli bulunmuştur. Obezitenin önlenmesi ve komorbiditelerin azaltılmasının kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde en önemli adımlardan birisi olduğu düşünülmektedir.

Oral Presentation / Research

0-6 Ay Arası Bebeklerde İnfantil Kolik Sıklığı ve Anne Beslenmesinin EtkisiBüşra Yazla¹, Güzin Zeren Öztürk²

1. rize kalkandere şaban cengiz ilçe devlet hastanesi, 5300 rize, Turkey E-mail: dr.busrayazla@gmail.com
2. sağlık bilimleri üniversitesi şişli hamidiye etfal eğitim araştırma hastanesi

Presentation on 26/03/2021 12:10 in "Oral presentations 12" by Büşra Yazla

Keywords / Anahtar Kelimeler: infant,kolik,beslenme**Aim:**

İnfantil kolik bebeklerde ilk aylarda sık görülen aşırı ağlama ile karakterize bir sendromdur. Sıklığı kullanılan tanı kriterlerine ve toplumsal farklılıklara bağlı olarak geniş bir aralığa sahiptir. Etiyolojisi net olarak aydınlatılmamış olmakla beraber anne sütü alan bebeklerde annenin tükettiği bazı gıdaların süte geçerek kolik semptomlarını tetiklediği bilinmektedir. Çalışmamızda 0-6 ay arasındaki bebeklerde infanatil kolik sıklığını belirlemeyi, annenin diyet değişikliğinin ve yeme farkındalığının infanatil kolik üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Method:

Çalışmaya 1 Nisan-31 Haziran 2020 tarihleri arasında, herhangi bir sebeple polikliniğe başvuran 3-24 hafta arasında bebeği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden anneler dahil edildi. Annelere bebeklerine ait veriler, infanatil kolik tanı kriterleri, ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, annenin gebelik ve lohusalık öyküsü ve beslenme değişkenlerinin sorulduğu anket yüz yüze uygulandı. Emziren annelere Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 uygulandı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı. 0,05'in altında bulunan p değerleri anlamlı kabul edildi.

Results:

Çalışmamızda infanatil kolik sıklığı %18,5 (n:25) olarak hesaplandı. Bebeklerin cinsiyeti, doğum kiloları ve doğum haftalarıyla kolik arasında ilişki saptanmadı. Yaş dağılımına göre infanatil kolik ilk 12 haftada daha sık görüldüğü tespit edildi. Annelerin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında yaş, sigara kullanımı, eğitim düzeyi ve vücut kitle indeksi ile infanatil kolik arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sık sık gaz, şişkinlik vb. bağırsak problemleri yaşayan annelerin bebeklerinde infanatil kolik anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Kolikli bebeği olan annelerin tükettikleri bazı gıdalardan sonra bebekte ağlama ataklarını daha sık yaşadığı saptandı. Bebeğine infanatil kolik tanısı konulan emziren annelerin Yeme Farkındalığı Ölçeği-30'a göre yeme farkındalıkları ile düşünmeden yeme ve yeme kontrolü alt ölçek puanlarının anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı.

Conclusions:

İnfanatil kolik ilk 12 haftada daha sık görülmektedir. Uzun yıllardır araştırılmasına rağmen etiyojisi ve tedavisi hala net olarak bilinmemektedir. Bununla beraber annenin tükettiği gıdalar ağlama atakları üzerine etkilidir. Ailelere ağlamaların zamanla kendiliğinden azalarak kaybolacağı söylenmeli, semptomları azaltmaya yönelik önerilerde bulunulmalıdır. Ayrıca anne sütü alan bebeklerde emzirmenin kesilmemesi tavsiye edilmelidir.

GİRİŞ

Bebekler için ağlamak, isteklerini ve sıkıntılarını çevresindekilere anlatmanın en doğal yoludur (1). Günümüzde halen kabul gören 'Wessel'in 3'ler kuralı'na göre yaşamın ilk haftalarında başlayan, genellikle ilk 3 ayda görülen, günde 3 saatten fazla, haftada 3 günden fazla ve en az 3 hafta devam eden, genellikle öğleden sonra ve akşam saatlerinde ortaya çıkan, belirli bir sebeple açıklanamayan ve kontrol edilemeyen ağlama nöbetleri infanatil kolik(İK) olarak tanımlanmaktadır (2).

İnfanatil kolik görülme sıklığı yapılan çalışmalarda %10-40 arasında değişmektedir (3). Türkiye genelinde ise kolik sıklığını gösteren az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bir çalışmaya göre İK prevalansı %19,9 olarak hesaplanmıştır (4).

Bir çok emziren anne, kendi beslenmesinin anne sütünü etkilediğini düşünerek diyetinde değişikliğe gitmektedir (5). Yapılan birçok çalışmada annenin diyetinden belli gıdaları çıkarmasıyla bebeklerin ağlama sürelerinde ve şiddetinde azalma görüldüğü saptanmıştır (6-8). Bununla beraber diyet değişikliklerinin faydası konusunda hala kanıtlar yetersiz düzeydedir. Fakat diyet tedavileri düşük riskli müdahaleler olduğundan isteyen annelerde denemesi düşünülebilir (9,10).

METOD

Bu çalışma tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir. Çalışmaya, 1 Nisan-31 Haziran 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir sebeple başvuran 3-24 hafta arasında bebeği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 135 anne katılmıştır. Literatüre göre İK genelde 3 haftalıkken başladığı için 3 haftadan küçük bebekler dahil edilmedi (11,12). Kişiler, bebeklerinde İK tanısı olma durumuna ve emzirme durumuna göre gruplandırıldı.

Annelere literatür taranarak hazırlanmış olan 41 soruluk anket formu yüz yüze uygulandı. Ayrıca emziren annelere yeme farkındalıklarının değerlendirilmesi amacıyla Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 (YFÖ-30) uygulandı. Annelere bebeklerinin doğum öyküsü, beslenme özellikleri, İK tanısı olup olmaması ile annelerin sosyodemografik özellikleri, beslenme değişkenleri, gebelik ve lohusalık öyküsü soruldu.

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23.0 paket programı kullanılmış olup istatistiksel anlamlılık için %95 Güven Aralığında, 0,05'in altında bulunan p değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 135 bebeğin %51,1 (n: 69)'i kız, %48,9 (n: 66)'u ise erkektir. Bebeklerin doğum kiloları ortalama 3255,59±499,59 gramdır. Bebeklerin yaşları ortalama 11,73±7,39 (min:3 max:24) haftadır. Bebeklerin %69,6 (n: 94)'sı miadında doğmuştur.

Çalışmaya katılan bebeklerin %18,5'(n:25) ine İK tanısı konuldu. İK tanısı konulan bebeklerin en küçüğü 4 en büyüğü 24 haftalıktır (ort:11,28±6,99).

İnfanatil kolik tanısı alan bebeklerle almayanlar karşılaştırıldığında cinsiyetleri, doğum kiloları, doğum haftaları, beslenme şekilleri arasında fark yoktu. İK tanısının ilk 12 haftada daha sık konulduğu görülmekle birlikte bebeklerin yaşı ile İK arasında

anlamli bir iliski tespit edilmedi($p>0,05$).

Kolikli bebeği olan annelerin yaş, eğitim durumu, sigara ve alkol kullanımı ve VKİ değerleri gibi sosyodemografik özellikleri ile geçirdikleri hastalık, ilaç kullanımı, beslenme alışkanlığındaki değişiklikler bakımından kolikli bebeği olmayanlara göre anlamli bir fark tespit edilmedi($p>0,05$).

Sık sık bağırsak problemi yaşayan annelerin bebeklerinde İK anlamli oranda daha yüksek saptandı($p=0,006$).

Annelerin %65,2 (n: 88)'si gaz yapar düşünceyi ile bazı gıdaları tüketmekten kaçındığını belirtmiştir. Gaz yapar düşünceyi ile diyet kısıtlamasına giden annelerin bebeklerinde İK anlamli düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,008$). Annelerin diyetten en çok baklagil, süt ürünü ve gazlı içecekleri çıkardıkları saptanmakla beraber diyetten çıkarılan besin grupları ile kolik arasında anlamli bir iliski gösterilemedi. Ayrıca bu anneler diyet değişikliğinden anlamli düzeyde bir fayda görmemişti($p>0,05$).

Çalışmada kullanılan YFÖ-30'un toplam yeme farkındalığı ölçek puanı 3,44 (ss:0,39) olarak hesaplandı.

Annelerin kiloları arttıkça YFÖ-30 ölçek toplam puanı azalması istatistiksel açıdan anlamli bulunurken ($p=0,036$) annelerin VKİ ile toplam ölçek puanı arasında anlamli bir iliski saptanmadı ($p>0,05$).

İnfantil kolik tanılı bebeği olan annelerin toplam ölçek puanları ($p=0,020$) ile düşünmeden yeme ($p=0,017$) ve yeme kontrolü ($p=0,018$) alt boyutlarının puanı kolikli bebeği olmayan annelere göre anlamli düzeyde düşük saptandı.

TARTIşMA

Yaşları 3-24 hafta arasında olan 135 bebeğin katılımı ile yaptığımız çalışmada İK sıklığı %18,5 olarak hesaplandı. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda İK sıklığı %10-40 arasında değişmektedir (3). Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise bu oran %19,9 olarak hesaplanmıştır (4).

Bebeklerde beslenme şekliyle kolik gelişimi arasında iliski olup olmadığına dair net bir fikir birliği bulunmamaktadır. 2004'te İK ve beslenme güçlükleri üzerine yapılan bir çalışmada İK tanılı bebeklerde emme problemleri ile reflü vb. beslenme sorunlarının daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Bununla beraber anne sütü veya formül süt ile beslenmenin İK gelişimi ile bir iliskisi gösterilmemiştir (13). Literatürde benzer şekilde kolik gelişimi ile beslenmenin iliskisinin bulunmadığına dair birçok çalışma bulunmaktadır (14,15).

Beslenme şekli açısından bakıldığında bizim çalışmamızdaki bebeklerin %91,7'si anne sütü alırken %65,9'u sadece anne sütü ile beslenmektedir. Bu sonuçlara göre beslenme şekli ile kolik gelişimi arasında anlamli bir iliski bulunmadık.

Beslenme şekli konusundaki bu belirsizliğin nedeni pek çok çalışmada dahil edilen bebeklerin çoğunluğu anne sütü alıyor olması olabilir.

Bebeklerin sigaraya maruz kalmasıyla İK gelişme olasılığı hala tartışılmakta olan bir konudur. 561 annenin katılımıyla yapılan prospektif bir çalışmaya göre sigara içen annelerin bebeklerinde kolik gelişme ihtimali içmeyen annelere göre ortalama 2 kat fazladır (16). Bunun yanında yapılan birçok çalışmada sigara ile İK arasında iliski olmadığı belirtilmiştir (17,18). Bizim

çalışmamızda da İK ile sigara arasında bir iliski gösterilemedi.

Çalışmamızda annelerin sık sık kabızlık, şişkinlik, gaz vb. bağırsak problemleri yaşamalarının İK ile anlamli bir iliskisinin bulunduğunu tespit ettik. Weerth ve arkadaşlarının kolik gelişiminde mikrobiyotanın rolünü araştırdıkları bir çalışmada annenin bağırsak mikrobiyotasının bebeğin mikrobiyotası ile benzerliği nedeniyle kolik gelişiminin nedeni olabileceği düşünülmektedir (19). Bunun yanında bu durumun bebekle anne arasındaki genetik benzerliğe bağlı olabileceği de düşünülmektedir (4).

Türkiye'de 59 infantla yapılan prospektif bir çalışmada annelerin 1 haftalık tükettikleri besinler ve bebeklerin ağlama zamanları incelendiğinde kolikli bebeklerin annelerinin anlamli düzeyde daha az limon ve üzüm tükettiği görülmüş, ayrıca anne diyetindeki patates ve proteini yüksek gıdaların kolik için koruyucu olduğu gösterilmiştir (20).

İK semptomları üzerinde fermente edilebilir oligosakkarit, disakkaritler, monosakkaritler ve polioller (FODMAP) diyeti ile tipik avustralyan diyetinin karşılaştırıldığı randomize çift kör bir çalışmaya göre düşük FODMAP diyeti (örn., karnabahar, soğan vb.) uygulanan grupta kolikle iliskili olarak ağlama süresinin azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca kolikli olmayan gruptaki 7 anneden 6'sının doğum sonrası gaz yapar düşünceyiyle diyetlerini değiştirdiklerini belirtmiştir (21)

Çalışmaya dahil edilen annelerin yarısından fazlası gaz yapar endişesiyle emzirme döneminde bazı gıdaları diyetinden çıkardığını belirtti. Bu gıdalar baklagiller, sebzeler, meyveler, süt ürünleri, proteinli gıdalar, paketli gıdalar, baharatlı gıdalar ve gazlı içecekler olarak gruplandırıldı. Baklagiller ve süt ürünleri anneler tarafından daha sıklıkla diyetten çıkarılan gıdalardır. Kolik tanılı bebeği olan annelerin istatistiksel olarak anlamli oranda daha fazla diyet kısıtlaması yaptığı gösterilmekle beraber annelerin diyetinden çıkardığı besin grupları ile İK gelişimi arasında anlamli bir iliski gösterilemedi.

Mevcut kanıtlar İK'de emziren annelerin uyguladığı diyet değişikliklerinin semptomları azaltabileceğini göstermiştir. Bununla beraber diyetten çıkarılması önerilen gıdalar konusunda değişiklikler bulunmaktadır.

Çalışmaya dahil edilen 125 emziren annenin YFÖ toplam ölçek puanı 3,44 olarak hesaplanmış olup annelerin yeme farkındalıklarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (22). İK tanılı bebeği olan annelerin toplam ölçek puanı ve yeme kontrolü alt ölçek puanı istatistiksel olarak anlamli düzeyde daha düşüktür. Bebeklerin aşırı ağlamaları anneleri psikolojik olarak yıpratmaktadır. Bu durumun kolikli bebekle ilgilenen annelerde yeme farkındalığının düşmesine sebep olduğunu düşünmekteyiz.

Gebelikte yeme farkındalığı düzeyinin beslenme tercihlerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada yeme farkındalığının emosyonel faktörlerle yakından iliskili olduğu belirtilmiştir (23). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde gebelikte stres yaşadığını belirten annelerin düşünmeden yeme ve toplam ölçek puanının anlamli olarak daha düşük olduğu görüldü.

SONUÇ

İK ilk 12 haftada daha sık görülmektedir. Uzun yıllardır araştırılmasına rağmen etyolojisi ve tedavisi hala net olarak bilinmemektedir. Bununla beraber annenin tükettiği gıdalar

ağlama atakları üzerine etkilidir. Ailelere ağlamaların zamanla kendiliğinden azalarak kaybolacağı söylenmeli, semptomları azaltmaya yönelik önerilerde bulunulmalıdır. Ayrıca anne sütü alan bebeklerde emzirmenin kesilmemesi tavsiye edilmelidir.

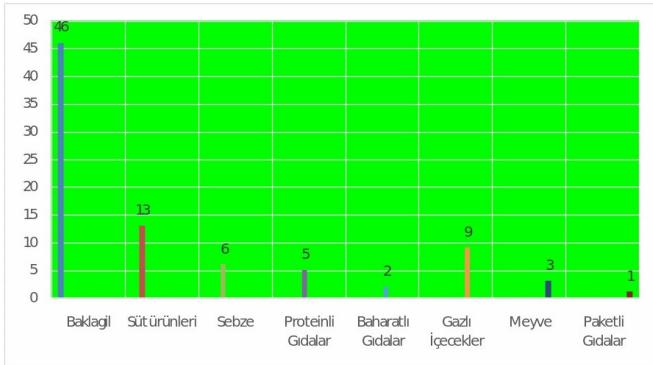
Tablo 1 Bebeklerin Verileriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki

		Kolik Tanısı		Alma p
		Evet (n: 7)	Hayır (n: 31)	
Doğum haftası	<37 hafta	0 (0,0)	5 (16,1)	0,444
	38-40 hafta	6 (85,7)	24 (77,4)	
	> 41 hafta	1 (14,3)	2 (6,5)	
Bebek cinsiyeti	Kız	15 (60,0)	54 (49,1)	0,325
	Erkek	10 (40,0)	56 (50,9)	
Bebek hafta arası	0-12 hafta	17 (68,0)	69 (62,7)	0,621
	12 hafta üzeri	8 (32,0)	41 (37,3)	

Tablo 2 Annelerin Sosyodemografik Özellikleriyle İnfantil Kolik Arasındaki İlişki

		Kolik Tanısı		Alma p
		Evet (n: 25)	Hayır (n: 110)	
Anne eğitim	Lise Altı	10 (40,0)	38 (34,5)	0,607
	Lise ve Üstü	15 (60,0)	72 (65,5)	
Sigara kullanımı	Evet	2 (8,0)	10 (9,1)	0,863
	Hayır	23 (92,0)	100 (90,9)	
Yaş (t)		28,96±5,71	28,71±4,99	0,934
VKİ(u)		25,96±4,69	25,93±4,44	0,993

- ohnson JD, Cocker K. Infantile Colic: Recognition and Treatment. 2015;92(7):6.
- Nocerino R, Pezzella V, Cosenza L, Amoroso A, Di Scala C, Amato F, vd. The Controversial Role of Food Allergy in Infantile Colic: Evidence and Clinical Management. *Nutrients*. 19 Mart 2015;7(3):2015-25.
- Iacovou M, Ralston RA, Muir J, Walker KZ, Truby H. Dietary Management of Infantile Colic: A Systematic Review. *Matern Child Health J*. Ağustos 2012;16(6):1319-31.
- Savino F, Tarasco V, Sorrenti M, Lingua C, Moja L, Gordon M, vd. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group*, editör. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 15 Mart 2014 [a.yer 22 Temmuz 2020]; Erişim adresi: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011029>
- Roberts DM, Ostapchuk M, O'Brien JG. Infantile Colic. *Am Fam Physician*. 15 Ağustos 2004;70(4):735-40.
- İnfantil Kolik. Nalan KARABAYIR *, Fatma OĞUZ ** - PDF Ücretsiz indirin [Internet]. [a.yer 22 Temmuz 2020]. Erişim adresi: <https://docplayer.biz.tr/14865947-Infantil-kolik-nalan-karabayir-fatma-oguz.html>
- Miller-Loncar C, Bigsby R, High P, Wallach M, Lester B. Infant colic and feeding difficulties. *Arch Dis Child*. 01 Ekim 2004;89(10):908-12.
- Garg P. Prevalence of infantile colic at a secondary level hospital. *Indian J Pediatr*. Kasım 2004;71(11):1039-1039.
- Canivet C, Hagander B, Jakobsson I, Lanke J. Infantile colic—less common than previously estimated? *Acta Paediatr*. Nisan 1996;85(4):454-8.
- Rao MR. Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Arch Dis Child*. 01 Kasım 2004;89(11):989-92.
- Savino F, Cresi F, Castagno E, Silvestro L, Oggero R. A randomized double-blind placebo-controlled trial of a standardized extract of *Matricariae recutita*, *Foeniculum vulgare* and *Melissa officinalis* (ColiMil®) in the treatment of breastfed colicky infants. *Phytother Res*. Nisan 2005;19(4):335-40.
- Kaymaz N, Yıldırım Ş, Topaloğlu N, Gencer M, Binnetoğlu FK, Tekin M, vd. Prenatal maternal risk factors for infantile colic: Nazan Kaymaz and colleagues examine factors that can arise before and during pregnancy that can lead to extreme crying and irritability in newborns. *Nurs Child Young People*. 11 Aralık 2015;27(10):32-8.
- Weerth C de, Fuentes S, Vos WM de. Crying in infants. *Gut Microbes*. 28 Eylül 2013;4(5):416-21.
- Aksoy Okan M, Gunduz M, Okur M, Akgun C, Esin K. Does maternal diet affect infantile colic? *J Matern Fetal Neonatal Med*. Ekim 2016;29(19):3139-41.
- Iacovou M, Craig SS, Yelland GW, Barrett JS, Gibson PR, Muir JG. Randomised clinical trial: reducing the intake of dietary FODMAPs of breastfeeding mothers is associated with a greater improvement of the symptoms of infantile colic than for a typical diet. *Aliment Pharmacol Ther*. Kasım 2018;48(10):1061-73.
- Kose G, Tayfur M, Birincioglu I, Donmez A. Adaptation Study of the Mindful Eating Questionnaire (MEQ) into Turkish. *J Cogn-Behav Psychother Res*. 2017;1.
- Hutchinson AD, Charters M, Prichard I, Fletcher C, Wilson C. Understanding maternal dietary choices during pregnancy: The role of social norms and mindful eating. *Appetite*. Mayıs 2017;112:227-34.



Şekil 1 Annelerin Diyetinden Çıkardığı Gıdalar

KAYNAKLAR

- Newman JD. Neural circuits underlying crying and cry responding in mammals. *Behav Brain Res*. Eylül 2007;182(2):155-65.
- Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*. Kasım 1954;14(5):421-35.
- Lucassen PLBJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child*. 01 Mayıs 2001;84(5):398-403.
- Alagoz H, Ertekin V. Incidence, Risk Factors and Different Treatment Options of Infantile Colic in Eastern of Turkey. *J Contemp Med*. 2013;3(1):1.
- Jeong G, Park SW, Lee YK, Ko SY, Shin SM. Maternal food restrictions during breastfeeding. *Korean J Pediatr*. 2017;60(3):70.
- Hill DJ. Effect of a Low-Allergen Maternal Diet on Colic Among Breastfed Infants: A Randomized, Controlled Trial. *PEDIATRICS*. 01 Kasım 2005;116(5):e709-15.

Oral Presentation / Research**Aile Hekimliği Asistan Hekimlerinin Erişkin Aşılarını Önerme Durumlarının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi**

Ebru Şahin, Güzin Zeren Öztürk, İlknur Demir

SBÜ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SUAM AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ, 34091 İSTANBUL, Turkey E-mail: drebrusahin@gmail.com

Presentation on 26/03/2021 12:10 in "Oral presentations 12" by Ebru Şahin

Keywords / Anahtar Kelimeler: erişkin aşı, bağışıklama, aile hekimliği, aşı polikliniği

Aim:

Aşılama, birinci basamakta verilen en önemli koruyucu hizmetlerdendir. Çocuklukta iyi aşılama oranlarına rağmen, erişkin aşılama oranları hedefin altındadır. Doktor önerisinin aşılama oranlarını arttıracakı düşünülmektedir. Bu çalışmada aile hekimliği asistan hekimlerinin erişkin aşı konusundaki bilgi, tutum ve farkındalıklarını değerlendirmek amaçlandı.

Method:

Çalışma çok merkezli, kesitsel niteliktedir. Çalışmaya 01/02/2021-26/02/2021 tarihleri arasında internet ile telefon uygulamaları üzerinden ulaşılabilen Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerinden çalışmaya katılmayı kabul eden en az 252 hekim dahil edildi. Erişkin bağışıklama ile ilgili literatür incelemesindeki bilgilere göre 29 sorudan oluşan anket formu oluşturuldu. Onamları telefon uygulamaları üzerinden alınarak katılımcılara internet üzerinden anket yapıldı. İstatistiksel analizler SPSS 20 istatistik programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

Results:

Çalışmaya 252 katılımcı dahil edildi. Yaş ortalaması $29,66 \pm 5,467$ (min:24 max:55) idi. Kadın katılımcılar 170 (%67,5) kişiydi. Katılımcıların 132 (%52,4)'sinin çalıştığı kurumda erişkin aşı polikliniği olup; 246 kişi (%97,6) erişkin bağışıklamanın gerekli olduğunu düşünmekteydi. Erişkin bağışıklama hakkında eğitim alan 165 (%65,5) kişi vardı. Çoğunluğu ($n=193$, %76,6) erişkin aşılamada bilgi kaynağının ders olduğunu söylemişti. Herhangi bir erişkin aşı yaptıran 247 (%98) kişiydi. En yüksek oranda (%79,8, $n=201$) Covid19 aşısı yer alırken ikinci sırada Td aşısı ($n=182$, %72,2) gelmekteydi. Katılımcılardan 246 (%97,6)'sı yüksek riskli hastalarına erişkin aşı önermişti. En sık önerilen aşı %95,6 ($n=241$) oranı ile pnömokok aşısı idi. Hekimlerin hastalara aşı önerme durumu grafik-1 de verilmiştir. Erişkin aşı polikliniği olanlarda pnömokok aşısı önerme ($p:0,02$) ve Covid19 aşısı önerme ($p:0,011$) arasındaki ilişki anlamlı idi. Covid-19 pandemisinin hastaların erişkin aşıya bakışını olumlu yönde değiştirdiğini düşünenlerin oranı %43,7($n=110$) idi. Erişkin aşı polikliniği olmayanlarda erişkin aşı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığını düşünen sayısı daha yüksek oranda çıkması anlamlıydı ($p:0,002$).

Conclusions:

Bu çalışmada erişkin aşı hakkında yeterli bilgiye sahip olma oranı düşüktür. En çok bilinen aşı Covid19 aşısı iken, en çok uygulanan aşı pnömokok aşısıydı. Birinci basamak hizmetlerinden erişkin aşılamaya için ders, eğitim seminerleri düzenlenmelidir.

Oral Presentation / Research

COVID-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Profesyonellerinin Vitamin Desteği Kullanma ve COVID-19 Korku Durumlarının Belirlenmesi

Pınar Döner Güner¹, Hilal Aksoy², Emre Dirican¹

1. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

2. Hacettepe University Faculty of Medicine, 06230 Ankara, Turkey E-mail: hilal.aksoy35@gmail.com

Presentation on 26/03/2021 12:10 in "Oral presentations 12" by Hilal Aksoy

Keywords / Anahtar Kelimeler: koronavirüs, vitaminler, korku, pandemik

Aim:

Pandemi sırasında sağlık çalışanları yoğun ve zor çalışma koşulları altında çalıştılar ve çalışmaya devam ediyorlar. Kişisel koruyucu donanım kullanılmasına rağmen, birçok sağlık çalışanı Covid-19 enfeksiyonu nedeniyle hastalandı ve hayatını kaybedenler oldu. Bu durum sağlık çalışanlarının sağlığını hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Çoğu sağlık profesyoneli bu nedenle ilave besin ve ilaç desteği kullandı. Çalışmanın amacı sağlık profesyonellerinin Covid-19 korkusu ile vitamin takviyesi kullanması arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Method:

Bu gözlemsel çalışma, çevrimiçi Google anket uygulaması aracılığıyla gerçekleştirildi. Sosyodemografik özellikler ve vitamin kullanımı ile ilgili sorular ile birlikte yedi sorudan oluşan Covid-19 korku ölçeği (FCV-19s) katılımcılara uygulandı. Veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak analiz edildi. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde ile ifade edildi.

Sürekli değişkenler arasında farklılıklar Student-t testi, ANOVA testi ve Kruskal Wallis testleri ile analiz edildi. Ayrıca ki-kare testi ve Spearman korelasyon katsayısı arası ilişkiler analiz edildi.

Results:

874 sağlık çalışanı çalışmaya dahil edildi. Vücut kitle indeksi azaldıkça ve yaş arttıkça vitamin / mineral kullanım sıklığı artmaktadır. Ayrıca kadınlarda, kronik hastalığı olanlarda, evli kişilerde, evde çocuk veya yaşlılarla yaşayanlarda da takviye besin desteği kullanımı daha yüksek bulundu.

Kullanılan vitamin / mineral sayısı arttıkça Covid-19 korku ölçeğinden alınan puanının yükseldiğini tespit edildi.

Conclusions:

COVID-19 korkusu sağlık profesyonellerinde vitamin kullanımında artışa neden olmuştur. Bu nedenle takviye vitaminlerin doğru kullanım, fayda ve zararları konusunda bilgilendirme ve hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Oral Presentation / Research**Intimate Partner –Sexual Violence and Relationship Between Depression Symptoms Among Collage Women a Sample From a University**Canan Tuz Yılmaz¹, Ayşe Selda Tekiner²

1. Bursa Uludağ University, 16100 Bursa, Turkey E-mail: drcanantuz@yahoo.com

2. Ankara university

Presentation on 26/03/2021 12:10 in "Oral presentations 12" by Canan Tuz Yılmaz

Keywords / Anahtar Kelimeler: Sexual Violence, Intimate Partner, Collage women, depression,**Aim:**

The aim of this study was to identify the prevalence of sexual violence among college women of Ankara University. The depression symptoms of the respondents were compared with the history of their sexual abuse in the past and in six months.

Method:

The screening model, a questionnaire consisting of three scales (Intimate Partner Violence – Victim Version and Personal Health Questionnaire-9) were used. All scales were valid and reliable in the Turkish language.

Results:

Forty hundred healthy college women, who were students in Ankara University and accepted to participate were included in the study. Of the participants,97.3% were single (n = 389) and average age was 20.70 ± 2.12 . The average year of attendance to the college was %30.8 of them were in her third year. Most of the individuals were grown up in towns by the range of % 81.8 (n=327). The rate of sexual violence among college women is %17. The prevalence of sexual violence in six months is 9% (n=36). It is compared that the mother of college women has a job and the college women have more risk of being sexually violent (p=0.005). It is found that the romantic relationship time that college woman was involved in is a risk factor for sexual violence (p=0,122). The results of logistics regression are being a witness to domestic violence, alcohol abuse, substance abuse are risk factors that affect sexual violence. Depression is another issue that is found high among college women who were sexually abused.

Conclusions:

It was demonstrated that there was a positive correlation between sexual violence among college women and depression. It should also be emphasized how childhood histories are important. In addition, college women should be aware of being sexually abused while dating men.

Full Text**Introduction:**

Intimate partner violence (IPV) is defined as physical, sexual, and/or psychological harm inflicted by an intimate partner, including a dating partner, fiancée, and spouse (1). It is an important public health problem that leads to several medical issues for victims especially mental health problems. Even if post-traumatic the disorder is one of the common mental health consequence of IPV, the association between depression and

IPV has not been well examined. The aim of this study was to identify the prevalence of sexual violence among college women of Ankara University. The depression symptoms of the respondents were compared with the history of their sexual abuse in the past and in six months.

Methods:

This was a cross-sectional descriptive study and the screening model is used. The questionnaire consists of three scales with social demographic questions. All scales were valid and reliable in the Turkish language. Due to the privacy of the subject, the data was collected anonymously in a sealed envelope in a large box. Sexual IPV was assessed according to the Center of Diseases Intimate Partner Violence – Victim Version scale and depression was assessed with Personal Health Questionnaire-9. The Association of IPV with depressive symptoms was investigated with logistic regression analysis fully-adjusted for all potential confounding factors. Statistical analysis

Results:

Forty hundred healthy college women, who were students in Ankara University and accepted to participate were included in the study. Of the participants,97.3% were single (n = 389) and average age was 20.70 ± 2.12 . The average year of attendance to the college was %30.8 of them was in her third year. Most of the individuals were grown up in towns by the range of % 81.8 (n=327). The rate of sexual violence among college women are %17. The prevalence of sexual violence in six months is 9% (n=36). It is compared that the mother of college women has a job and the college women have more risk of being sexually violent (p=0.005). It is found that the romantic relationship time that college woman was involved in is a risk factor for sexual violence (p=0,122). The results of logistics regression are being a witness to domestic violence, alcohol abuse, substance abuse are risk factors that affect sexual violence. Depression is another issue that is found high among college women who were sexually abused.

Discussion:

Intimate partner violence affects 15-71% of women over their lifetime, resulting in significant stress and negative health effects; in our study, it is estimated that the rate of a sexual violence lifetime is 17%. Zohre Ahmaddabi et al have found no relationship between IPV and depression but in this study, it is found that depressive disorder is high among college women who were sexually abused. In a previous study, depression disorder was measured using the Composite International Diagnostic Interview but in this study, it was measured by PHQ-9.

Conclusions:

It was demonstrated that there was a positive correlation between sexual violence among college women and depression. It should also be emphasized how childhood histories are important. In addition, college women should be aware of being sexually abused while dating men. More studies are needed to understand the health impact and interventions needed for victims.

Resources:

1. Center for Disease Control and Prevention, 2015
2. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003326>
3. <https://doi.org/10.3928/01484834-20170619-03>
4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2016.07.014>
5. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01828-1>

Oral Presentation / Research**İstanbul'daki aile hekimlerinin sigara içme durumları ve mesleki özellikleri ile sigara konusundaki bilgi ve tutumlarının incelenmesi**Esmâ Nur Uçar¹, Emin Pala², Süleyman Ersoy²

1. Denizli Serinhisar State Hospital

2. University of Health Sciences, Umraniye Training and Research Hospital, 34730 İstanbul, Turkey E-mail: eminpala72@gmail.com

Presentation on 26/03/2021 12:10 in "Oral presentations 12" by Emin Pala

Keywords / Anahtar Kelimeler: Aile hekimi, Sigara kullanımı, Sigara bırakma tedavisi**Aim:**

Çalışmamızda İstanbul ilinde görev yapan aile hekimlerinin sigara içme durumlarını ve mesleki özelliklerini belirleyerek sigara bırakma konusunda bilgi, tutum ve davranışları üzerine etkilerini incelemeyi amaçladık.

Method:

Çalışmamız 10 Şubat 2020 – 20 Ekim 2020 tarihleri arasında İstanbul ilindeki Aile Hekimliği Polikliniklerinde yapıldı. Çalışmaya 272 hekim katıldı ve her katılımcıya Google Formlar aracılığıyla anket uygulandı. Anketler demografik özellikler, sigara bırakma deneyimi, Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi ve sigara bırakma ile ilgili bilgi ve tutumları ölçen ikili likert tipi ölçek sorularını içermektedir. Veriler SPSS 26.0 for Windows programı kullanılarak analiz edildi.

Results:

: Çalışmaya katılan hekimlerin 143' ü (%52,6) kadın, 129'u (%47,4) erkek ve yaş ortalamaları 37,8± 8,3 (25-57) idi. Hekimlerin %28,5' i 0-5 yıl arasında görev yapmaktaydı. Katılımcıların %69,9' u pratisyen hekim ve %58,8' i hiç sigara içmemişti. %16,5' i ise sigarayı bırakmıştı. Hekimlerin 83'ü (%30,5) 'Tütün Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi' almamış, sigara içenlerin ise sadece 7 (%2,6) si yüksek düzeyde bağımlıydı. Katılımcıların çoğunluğu hastalarının sigara içme durumlarını sorgulamaktaydı. Ancak içenleri fagenstrom testi yapmadan sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmekteydi. Büyük çoğunluğu sigara bırakma konusunda danışmanlık yapmayı görevleri arasında saymakta ve sertifika edinmek istemektedirler. Ayrıca büyük oranda geleneksel tıp yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünmekte.

Conclusions:

Aile hekimlerinin genel olarak sigara bırakma tedavileriyle ilgili bilgi düzeyleri yeterlidir ve genel olarak olumlu bir tutuma sahiptirler. Sigara bırakma konusunda kendilerini birinci derecede sorumlu kabul etmelerine rağmen, sigara bırakma sürecini yönetmekte isteksiz görünmektedirler. Birinci basamak hekimlerinin sertifika edinmeleri ve sigara bırakma konusunda daha aktif olmaları özendirilmelidir

Oral Presentation / Research

Jinekoloji Polikliniğine Anormal Uterin Kanama Şikayeti ile Başvuran Cinsel Aktif Kadınlarda Seksüel Disfonksiyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler (Ön Çalışma)

Vildan Sara¹, Engin Ersin Şimşek²

1. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, İSTANBUL, Turkey E-mail: vildan1409@gmail.com

2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital Department of Family Medicine

Presentation on 26/03/2021 12:10 in "Oral presentations 12" by Vildan Sara

Keywords / Anahtar Kelimeler: Anormal uterin kanama, Kadın cinsel işlev indeksi (FSFI), Palm-Coein, Seksüel disfonksiyon.

Aim:

Anormal uterin kanama (AUK), normal adet döngüsündeki herhangi bir değişiklik olarak tanımlanır. Kadınların üreme yaşamları boyunca yaklaşık %30'unu etkileyen ağır adet kanamalarına yol açabilir. Bu şikayetler yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Seksüel disfonksiyon erişkin kadınların %40-45'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde deneyimledikleri bir problem olup kişilerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yaygın bir sorundur. Bu çalışmada jinekoloji polikliniğine AUK şikayeti ile başvuran cinsel aktif kadınlarda seksüel disfonksiyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Method:

Çalışmamıza Şubat 2020-Mayıs 2020 tarihleri arasında jinekoloji polikliniğine anormal uterin kanama şikayetiyle başvuran, cinsel aktif 52 kadın hasta dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri incelenmiş, Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI) doldurulmuş, PALM COEIN'e göre anormal uterin kanama sınıflandırması yapılmıştır.

Results:

Çalışmaya dahil edilen 52 kadın hastanın yaş ortalaması 39,9±8,9 yıl'dır. Hastaların anormal uterin kanamaları PALM-COEIN sınıflamasına göre değerlendirildiğinde 21 (%40,4)'inin yapısal, 31 (%59,6)'inin ise yapısal olmayan grupta olduğu bulunmuştur. Katılımcıların seksüel disfonksiyonları FSFI'ne göre değerlendirildiğinde; 39 (%75,0)'unda seksüel disfonksiyon olduğu görülmüş, FSFI puan ortancası 21,9 (1,2-34,5) olarak saptanmıştır. Hastaların anormal uterin kanamalarının yapısal veya yapısal olmayan nedenler sebebi ile ortaya çıkmasıyla seksüel disfonksiyon varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,624). Hastaların yaşı, çocuk sayısı ve ortalama menstrüasyon süresi ile seksüel disfonksiyon varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (sırasıyla p=0,877, p=0,922 ve p=0,460).

Conclusions:

Genel popülasyondaki erişkin kadın seksüel disfonksiyon sıklığına göre; AUK ile polikliniğe başvuran kadınlarda seksüel disfonksiyon sıklığı artmıştır. Bu ön çalışma, anormal uterin kanamalı cinsel olarak aktif kadınlarda artmış seksüel disfonksiyon sıklığı ile ilişkili olabilecek sosyodemografik özellikler, yapısal ve yapısal olmayan nedenler arasında anlamlı bir ilişkiyi ortaya koymamış olsa da; gerek bu çalışmanın

hedeflenen hasta sayısı ile tamamlanması gerekse bu alanda gerçekleştirilecek daha kapsamlı çalışmaların literatüre sunulması ile seksüel disfonksiyon sıklığını etkileyen faktörlerin saptanabileceği düşünülmektedir.

Oral Presentation / Research**Sigara İçme Durumunun Dispeptik Şikayetlerle İlişkisi**Didem Kuruçay¹, Işık Gönenç², Emine Zeynep Tuzcular Vural²

1. Kartal 10 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

2. Haydarpaşa Numune EAH Aile Hekimliği Kliniği, 34668 İstanbul, Turkey E-mail: gonenc68@yahoo.com

Presentation on 26/03/2021 12:10 in "Oral presentations 12" by Didem Kuruçay

Keywords / Anahtar Kelimeler: dispepsi, sigara, semptom**Aim:**

GİRİŞ VE AMAÇ: Dispepsi birinci basamağa başvuruların büyük bölümünü oluşturur. Sıklığının yaklaşık %10-30 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Roma IV Kriterlerine göre fonksiyonel dispepsi tanısı semptomların başlamasından 3 ay ya da tanı öncesi en az 6 aydır olmalı ve semptomları açıklayacak organik bir sebep tespit edilememelidir. Bu semptomlar yemek sonrası dolgunluk hissi, erken doyma, epigastrik ağrı, epigastrik yanma olabilir. Sigara, kadın cinsiyet, artan yaş, helicobacter pylori enfeksiyonu, nonsteroidal antienflamatuarların kullanımı, düşük eğitim düzeyi, merkezi ısıtma yokluğu risk faktörleri arasındadır. Davranış değişikliği semptom kontrolünde önemli yer tutmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda, sigaranın dispeptik yakınmalar üzerindeki etkisi, sigara içen ve içmeyenlerde dispeptik semptomların özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Method:

YÖNTEM: Kesitsel tanımlayıcı türde tasarlanan çalışmamızda 2006 Montreal Konsensusu, 2016 Roma IV kriterlerine göre ve literatür eşliğinde hazırlanan anket İstanbul Kartal 10 Nolu Aile Sağlığı Merkezinde 18-49 yaş arası 309 dispeptik yakınması olan kişiye yüz yüze görüşülerek uygulandı.

Results:

Çalışmaya katılanların %56.0'sını erkekler, %68,6'sını sigara içenler oluşturmaktadır. Sigara içenlerin %99,4'ünün (n=229) sigara içmeye başlamadan önce dispeptik şikayetinin olmadığı, sigarayı bırakanların (n=19), %73,7'sinin sigara içerken daha fazla mide şikayeti olduğu görülmüştür. Ekşime şikayetinin bireylerin sigara içme yılı ile ($z=-2.358$ $p=0.018$), ağıza acı-ekşi su gelmesi şikayetinin bireylerin sigaraya başlama yaşı ile ($z=3.696$ $p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Mide şikayetleri süresi ile sigara içme yılı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Mide şikayetleri süresi ile sigaraya başlama yaşı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Conclusions:

SONUÇ: Dispeptik yakınması olanların çoğunun sigara içtiği görülmüştür. Dispeptik yakınması olan kişilerde sigara içme durumu başta olmak üzere yaşam tarzı özelliklerinin sorgulanması yararlı olabilir. Bu şekilde erken müdahale ile belki de ilaca gerek kalmadan semptom kontrolünün sağlanması mümkün olabilir.

oluşturan dispepsi dünya genelinde oldukça yaygındır ve yaşam kalitesinde azalmanın yanı sıra önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır (1-2). Dispepsi sıklığı ile ilgili değişik sonuçlar olmakla birlikte dünya genelinde %10-30 olarak bildirilmiştir (3). Bizim ülkemizde dispepsi sıklığının %30-44 olduğu tahmin edilmektedir (4-5).

Gastroduodenal bozukluklara ait yakınmaları açıklayacak organik bir sebep bulunamamasına "fonksiyonel dispepsi", semptomların tetkik edilmemesi durumuna da "araştırılmamış dispepsi" denir (3). Dispepsi kavramı hem fonksiyonel hem de araştırılmamış dispepsiyi kapsar. Roma IV Kriterlerine (2016) göre fonksiyonel dispepsi (FD) tanısı koyabilmek için organik herhangi bir neden bulunmamalı, semptomlar tanı öncesi en az 6 ay önce başlamış olmalı ve son 3 aydır postprandiyal dolgunluk, erken doyma, epigastrik ağrı, epigastrik yanma gibi yakınmalardan en az birinin bulunması gerekmektedir. FD, epigastrik ağrı sendromu (EAS) ve postprandial sıkıntı sendromu (PSS) olarak iki temel gruba ayrılmıştır. PSS diyebilme için yemek sonrası sıkıntı veren doyma hissi ve sıkıntı verecek şekilde erken doyma hissinden en az biri haftada en az 3 gün bulunmalıdır. EAS için epigastrik ağrı veya epigastrik yanma yakınmalarından en az birinin haftada en az 1 gün olması gerekmektedir (3,6).

Risk faktörleri arasında; ileri yaş, kadın cinsiyet, evli olmak, düşük eğitim düzeyi, yüksek sosyo ekonomik düzey, kirada oturmak, merkezi ısıtma yokluğu, kardeş ile aynı yatağı paylaşmak, kırsal yaşam, helicobacter pylori enfeksiyonu, steroidal olmayan antienflamatuar ilaç kullanımı ve sigara, yer almaktadır (6-7).

Bu çalışmamızda, sigara içme davranışları ve paternlerinin dispeptik yakınmalarla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamız esnasında, dispeptik şikayetlerle sigara içme durumunun ilişkisini, sigara içenlerde dispeptik şikayetlerin sıklığını, dispeptik şikayetlerin sigara içme süresi ve miktarıyla ilişkisini incelemeye çalıştık.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmaya, İstanbul Kartal 10 Nolu Aile Sağlığı Merkezi 24.25.083 No'lu Aile Hekimliği Birimi'ne, 01.11.2019-31.08.2020 tarihleri arasında dispeptik yakınma harici herhangi bir nedenle başvuran, çalışmaya katılmayı kabul eden, sorgulama sonrası en az bir dispeptik yakınması tespit edilen 309 kişi alındı.

Örneklem için; 24.25.083 no'lu Aile Hekimliği Birimi'ne kesin kayıtlı, 18-50 yaş arasında 1831 kişi olduğunu tespit ettik. Birimize yaklaşık %30 bireyin hiç başvurmadığı göz önünde bulundurulduğunda ve dispepsi prevalansı %35, güven düzeyi %95, hata payı %5 olarak kabul edildiğinde gerekli örneklem büyüklüğünün minimum 275 kişi olması gerektiğini hesapladık. Günlük poliklinik sayısı yaklaşık 70 kişi olup bunların da yaklaşık 20'sinin 18-50 yaş arasında olduğu görüldüğünden her gün, her beşinci kişi ile görüşülerek yazılı onamı alındıktan sonra, günde yaklaşık 4 görüşme yapılarak 309 kişiye ulaşıncaya çalışmamızı sonlandırdık.

Çalışmamıza dispeptik yakınması olmayan, herhangi bir kronik hastalık nedeni ile tedavi gören, sürekli kullandığı ilacı olan, GİS alarm bulguları gösteren, gebe, emziren, organik hastalığı düşündürülen bulgulara sahip olan, 18-49 yaş aralığı dışında kalan, daha önce dispeptik hastalık tanısı konan ve tedavi gören bireyler çalışmaya dahil edilmedi.

Full Text**GİRİŞ**

Birinci basamak sağlık kuruluşu başvurularının büyük bölümünü

Her katılımcıya, demografik bilgileri, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçları, sigara içme durumunun özelliklerini, alkol kullanım durumunu, beslenme özelliklerini, çiğneme sayısını, eksik diş durumunu, dispeptik şikayetlerinin sıklığı ve süresini içeren kapalı ve açık uçlu toplam 35 sorudan oluşan anket formu uygulandı. Anket formu 2006 Montreal Konsensüsü, 2016 Roma IV kriterlerine göre ve literatür eşliğinde hazırlandı.

Çalışmamızda, daha önce dispepsi tanısı almamış ve asıl başvuru nedeni dispeptik yakınmaları olmayan kişilerde üst gastro intestinal sisteme ait olduğunu düşündüğümüz semptomları sorguladık.

İstatistiksel analizlerde, sosyo-demografik verilerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı. Çalışmada yer alan yaş, sigaraya başlama yaşı, sigara içme yılı gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin hiçbirinin normal dağılıma uymadıkları belirlendi ve bu nedenle tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca (ÇAG-Çeyreklikler Arası Genişlik) değerleri kullanıldı. Ek olarak tanımlayıcı istatistik gösteriminde ortalama±standart sapma değerleri kullanıldı. Dispeptik yakınmaların niteliksel değişkenlerle karşılaştırmalarında ki-kare testi, niceliksel verilerle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi uygulandı. Dispeptik yakınmaların süresi ile sigara içme yılı, sigaraya başlama yaşı, arasındaki korelasyonlar Spearman korelasyon testleri ile hesaplandı. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statisticsfor Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi.

Etik kurul onayı, 02.09.2019 (Karar no: 2019/102) tarihinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan alındı.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan 309 olgunun yaş ortalaması 32,94±8,16 yıl olup %44,0'ü (n=136) kadın ve %67,3'ü (n=208) evlidir. Katılımcıların çoğunluğunun eğitim düzeyinin lise ve üzeri olduğu (%58,9), (n=182) ve çalıştıkları (%62,1), (n=192) görülmüştür.

Olguların %68,6'sı (n=212) sigara kullandığını, %25,2'si (n=78) sigara kullanmadığını, %6,1'i (n=19) sigarayı bırakmış olduklarını belirtmişlerdir. Sigara içenlerin %85,8'i (n=181) günde 1-20 adet, %14,2'si (n=31) 21 adet ve üzeri sigara içtiğini ifade etmişlerdir. Sigara içen olguların %99,4'ü (n=229) sigara içmeye başlamadan önce dispeptik şikayetinin olmadığını, sigarayı bırakanların ise %73,7'sinin (n=14) sigara içerken daha çok dispeptik yakınması olduğunu, %58,4'ünün (n=13) sigarayı bıraktıkça dispeptik yakınmalarının azaldığını belirtmeleri dikkat çekmiştir. Ekşime, yanma, mide krampları, geğirme, ağza acı-ekşi su gelmesi, şişkinlik, erken doyma, hazımsızlık, yemek sonrası dolgunluk, göğüs ağrısı, mide ağrısı ve karın ağrısı yakınmaları sorgulandığında sigara içenlerde toplam semptom sıklığı %44,5, sigara içmeyenlerde %25,9, sigarayı bırakmış olanlarda %31,6 olarak bulunmuştur. Semptom sayılarına göre sigara içme durumları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000244).

Ekşime, geğirme, ağza acı-ekşi su gelmesi, şişkinlik ve hazımsızlık yakınmalarının haftada birden az veya daha sık olmasına göre kadın erkek cinsiyet arasında anlamlı fark olduğu ve haftada 1 ve üstü sıklıkla ekşime, geğirme, ağza acı-ekşi su

gelmesi, şikayetlerinin erkeklerde, hazımsızlık ve şişkinlik şikayetlerinin ise kadınlarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (p<0.05) (tablo1).

Tablo 1. Bireylerin son üç aydır meydana gelen dispeptik yakınmalarının cinsiyet ve haftalık sıklığa göre dağılımı

	Haftada 1'den az n (%)	Haftada 1 ve üstü n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
Ekşime				
Kadın	96 (70.6)	40 (29.4)	8.494	0.004
Erkek	94 (54.3)	79 (45.7)		
Geğirme				
Kadın	120 (88.2)	16 (11.8)	3.961	0.047
Erkek	138 (79.8)	35 (20.2)		
Ağza acı-ekşi su gelmesi				
Kadın	118 (86.8)	18 (13.2)	4.385	0.036
Erkek	134 (77.5)	39 (22.5)		
Şişkinlik				
Kadın	105 (77.2)	31 (22.8)	4.764	0.029
Erkek	150 (86.7)	23 (13.3)		
Hazımsızlık				
Kadın	111 (81.6)	25 (18.4)	5.520	0.019
Erkek	157 (90.8)	16 (9.2)		

Ekşime, geğirme, ağza acı-ekşi su gelmesi, şişkinlik ve hazımsızlık yakınmalarının haftada birden az veya daha sık olmasının, sigara içen, sigara içmeyen veya sigarayı bırakmış gruplar arasında anlamlı düzeyde farklı olduğu ve sigara içen olguların bu yakınmaları haftada 1 ve daha sık yaşamaları durumunun sigara içmemiş ve bırakmış olgulara kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür (p<0.05) (tablo 2).

Tablo 2: Bireylerin son üç aydır meydana gelen dispeptik yakınmalarının sigara kullanımı ve haftalık sıklığa göre dağılımı

	Haftada 1'den az n (%)	Haftada 1 ve üstü n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
Ekşime				
Sigara içmiyor	63 (80.8)	15 (19.2)	21.402	<0.001
Sigara içiyor	112 (52.8)	100 (47.2)		
Brakmış	15 (78.9)	4 (21.1)		
Yanma				
Sigara içmiyor	67 (85.9)	11 (14.1)	15.717	<0.001
Sigara içiyor	141 (66.5)	71 (33.5)		
Brakmış	18 (94.7)	1 (5.3)		
Ağıza acı-ekşi su gelmesi				
Sigara içmiyor	71 (91.0)	7 (9.0)	6.228	0.044
Sigara içiyor	166 (78.3)	36 (21.7)		
Brakmış	15 (78.9)	4 (21.1)		
Erken doyma				
Sigara içmiyor	73 (93.6)	5 (6.4)	9.927	0.007
Sigara içiyor	169 (79.7)	43 (20.3)		
Brakmış	18 (94.7)	1 (5.3)		
Yemekten sonra dolgunluk hissi				
Sigara içmiyor	72 (92.3)	6 (7.7)	16.398	<0.001
Sigara içiyor	158 (74.5)	54 (25.5)		
Brakmış	19 (100.0)	0 (0.0)		

Günlük içilen sigara sayısının ekşime, yanma, geğirme, ağıza acı-ekşi su gelme ve göğüs ağrısı yakınmalarının haftada 1 ve daha sık oluşması üzerinde istatistiksel anlamlı farklılık yarattığı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 3).

Tablo 3: Bireylerin son üç aydır meydana gelen dispeptik yakınmalarının içilen sigara sayısına göre ve haftalık sıklığa göre dağılımı

	Haftada 1'den az n (%)	Haftada 1 ve üstü n (%)	Test istatistiği	
			χ^2	p
Ekşime				
1-20 adet	102 (56.4)	79 (43.6)	7.169	0.007
21 adet ve üzeri	9 (30.0)	22 (70.0)		
Yanma				
1-20 adet	126 (69.6)	55 (30.4)	6.069	0.014
21 adet ve üzeri	14 (46.7)	17 (53.3)		
Geğirme				
1-20 adet	154 (85.1)	27 (14.9)	6.036	0.014
21 adet ve üzeri	20 (66.7)	11 (33.3)		
Ağıza acı-ekşi su gelmesi				
1-20 adet	147 (81.2)	34 (18.8)	6.794	0.009
21 adet ve üzeri	18 (60.0)	13 (40.0)		
Göğüs Ağrısı				
1-20 adet	173 (95.6)	8 (4.4)	6.676	0.010
21 adet ve üzeri	25 (83.3)	6 (16.7)		

Sigara içme süresinin, ekşime yakınmasının haftada 1'den az veya haftada 1 ve daha fazla olması arasında ($13,26\pm 8,56$ **yıla karşılık** $16,00\pm 8,76$ **yıl**) istatistiksel anlamlı farklı olduğu ($z=2.358$ $p=0.018$), sigaraya başlama yaşının da ($18,63\pm 4,67$ **e karşılık** $16,00\pm 3,48$ **yaş**), ağıza acı-ekşi su gelmesi yakınmasının haftada 1'den az veya haftada 1 ve daha fazla olması arasında istatistiksel anlamlı farklı olduğu ($z=3.696$ $p<0.001$) görülmüştür.

Mide şikayetleri süresi ile sigara içme yılı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Spearman ilişki katsayısı= 0,577, $p<0,001$). dispeptik yakınmaların süresi ile sigaraya başlama yaşı arasında zayıf düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. (Spearman ilişki katsayısı = -0,265, $p<0,001$).

Sigara kullanım durumu ile mide krampları, geğirme, şişkinlik, hazımsızlık, göğüs ağrısı, mide ağrısı, karın ağrısı şikayetleri arasında ve günlük içilen sigara miktarı ile mide krampları, şişkinlik, erken doyma, hazımsızlık, yemekten sonra dolgunluk hissi, mide ağrısı ve karın ağrısı şikayetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Dispepsi, tüm dünyada olduğu gibi bizim ülkemizde de birinci basamak başvurularında önemli bir yer tutmaktadır. Günümüzde hala dispepsinin etyolojisi tam olarak açıklığa kavuşturulamamış, hastaların farklı şiddette ve çeşitte semptomlarının olması dispepsinin etyolojik faktörleri ile olan ilişkisinin anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (8).

Çalışmamızda olguların çoğunu erkekler oluşturmaktadır. Dispepsinin cinsiyetle ilişkisini inceleyen çalışmaların çoğunda dispeptik yakınmaların kadınlarda daha sık olduğu

belirlenmektedir. Kadınların dispeptik yakınmaları için sağlık hizmetlerine daha fazla başvurduğu yorumları yapılmıştır. Cinsiyet ve dispepsi arasındaki ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma mevcuttur. Kadın cinsiyet bir risk faktörü olarak gösterilse de Afrika, Güney Amerika, Avustralya, Orta Amerika'da, Norveç'teki çalışmalarda bu durum gösterilememiştir. Cinsiyetler arasında hastalık beklentisindeki farklılıklar ve semptomları algılayıp değerlendirmelerini düzenleyen psikososyal faktörler de dispeptik semptomların bildirilmesindeki farkta rol oynayabileceği belirtilmektedir (1-7,9).

Bizim çalışmamızda erkeklerin daha fazla olmasının nedeni, katılımcıların başvuru sebebinin dispepsi olmaması, herhangi bir nedenle gelen ancak dispeptik yakınması olduğu tespit edilen, daha önce tanı ve tedavi almamış kişilerin çalışmamıza alınması, yapılan çoğu çalışmada dispepsi tanısı alan ya da asıl başvuru nedeni dispeptik şikayetler olan hastaların üzerinde yapılmış olması olabilir. Covid 19 pandemi sürecine denk gelen çalışma sürecinde daha çok sağlam kişilerin evlilik, işe giriş, sürücü belgesi muayenesi için gelmeleri ve bu başvuruların çoğunun erkekler tarafından yapılmış olmasına ve dispeptik yakınmalara daha fazla neden olduğunu tespit ettiğimiz sigara içiminin erkeklerde daha fazla olmasına bağlı olabilir.

Ekşime, geğirme ve ağza acı su gelmesi şikayetlerinin haftada 1'den fazla olması durumunun erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğunu, hazımsızlık ve şişkinlik şikayetlerinin ise kadınlarda erkeklere göre daha fazla haftada 1 ve üstü sıklıkla meydana geldiğini gördük. Kadınlarda daha yüksek mide hassasiyeti, gıdaların daha fazla midede tutulması yani mide boşalması gecikmesi olması şişkinliğe daha duyarlı olmaları ile sonuçlanabilir. Mide boşalma gecikmesi menstrüel siklusla da ilişkili olabilir (10).

Bizim elde ettiğimiz cinsiyete göre görülen farklılığın açıklanması, bu farkın cinsiyetler arası fizyolojik farktan mı yoksa cinsiyetler arası farklı beslenme, farklı alışkanlıklar ve yaşam tarzlarındaki farklılıklardan mı kaynaklı olduğunu söyleyebilmek için daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Geğirme, ağız yoluyla alınan havanın, midenin üst kısmında birikerek mideyi genişletmesi ile vagal refleksi tetiklemesi sonucunda alt özofagus sfinkterinin gevşemesi ve fazla havanın yine ağız yoluyla dışarı atılmasıdır. Fizyolojik bir havalandırma mekanizması olarak kabul edilse de tekrarlayan, aşırı olan geğirme patolojik kabul edilir (11).

Birçok faktörle ilişkili olmakla birlikte en çok sigara ve gazlı içecek tüketiminden kaynaklanabilmektedir. Çalışmamızda geğirme yakınmasının haftada bir ve daha sık görülmesi, erkek cinsiyet ve günlük sigara sayısının 21 ve daha fazla olması ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulunmuştur. Sigara içme sırasında inhale edilen havanın bir kısmının mideye geçmesi sigara geğirme ilişkisini açıklayabilir. Roma IV kriterlerine göre geğirme fonksiyonel dispepsi tanımında yer almamakta destekleyici uyarıcılar arasında yer almaktadır. Bizim çalışmamızda da kişiler günlük yaşamlarında geğirme şikayetinden rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Hastalar sıklıkla mide ekşimesi ile birlikte geğirme bildirirler. Bizim çalışmamızda da ekşime ve geğirme birlikte sık rastlanan şikayetler olarak literatürle uyumlu bulunmuştur (12).

Sigara ile gastrointestinal şikayetler arasında ilişkiye ait sonuçlar çelişkilidir. Bazı çalışmalarda dispepsi prevalansının, sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğu

gösterilmiştir (13).

Sigara kullanımı ile üst GI bozukluklarının şiddeti arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiş olmasa da sigara içenlerin, sigara içmeyenlere kıyasla postprandiyal dolgunluk ve epigastrik ağrı için daha yüksek riske sahip olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (14).

Başka bir çalışmada da sigara içimi ile erken doyma ve ağrı semptomları ile bağlantılı bulunmuştur (15).

Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak ekşime, yanma, ağza acı su gelmesi, erken doyma ve yemekten sonra doyma hissi sigara içenlerde daha fazla görülmüştür. Ülkemizden bir çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak, FD grubunda katılımcıların %22,3'ünün sigara kullandığı, %60'nın kullanmadığı ve %17,7'sinin ise kullanıp bırakmış olduğu görülmektedir (16).

Bu alanda belirlenen toplum temelli çalışmalara bakıldığında Norveç, Kanada, İngiltere, Hollanda, Hindistan, Çin, İzlanda, Avustralya, İtalya ve Almanya'dan çalışmalarda sigara içiminin FD'yi arttırdığına yönelik sonuçlar bildirilmişken, Yeni Zelanda, ABD, Almanya ve Tayvan'dan yapılan bazı çalışmalarda bu ilişki gösterilememiştir. Ancak fark bulunan ve bulunmayan araştırmalarda farklı dispeptik tanı kriterleri ve yöntemleri kullanılmıştır (17).

Öğünç'ün çalışmasında FD olan ve olmayan gruplar karşılaştırılmış, gruplar arasında günlük tüketilen sigara sayısının anlamlı fark oluşturmadığı, FD grubunda ortalama sigara tüketme süresinin 15,9±11,22 yıl, kontrol grubunda ise 9,69±9,97 yıl olduğu, bunun da iki grup arasında anlamlı farklılığa neden olduğu belirtilmiştir (16).

Bizim çalışmamızda da ekşime, yanma, geğirme, ağza acı ekşi su gelme şikayetleri günde 21 adet ve üzeri sigara içenlerde günde 1-20 adet sigara içenlere göre daha çok haftada 1 ve üstü olmaktadır. Bu sonuç dispepsi ile sigara arasında ilişki olduğu belirtilen çalışmalarla uyumludur. Sigara kullanmaya başlamadan önce sadece 2 kişi dispeptik yakınması olduğunu söylemiştir. Yani dispeptik yakınmalar sigara içmeye başladıktan sonra meydana gelmiştir. Bizim çalışmamızda da çoğu araştırmada olduğu gibi dispeptik yakınması olanlarda sigara kullanımı yüksek bulunmuştur. Dispeptik şikayetlerin süresi ile sigara içme yılı arasında literatürlerle uyumlu olarak orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (18).

SONUÇ

Çalışmamızda dispeptik şikayetler ile sigara arasında nasıl bir ilişki olduğunu bulmaya çalıştık. Dispeptik şikayetler ile sigara arasında ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle ekşime şikayetinin içilen sigara miktarı ve süresi ile ilişkili olduğu görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Seid A, Tamir M, Demsiss W. Uninvestigated dyspepsia and associated factors of patients with gastrointestinal disorders in Dessie Referral Hospital, Northeast Ethiopia. BMC Gastroenterology. 2018;18;18(1):13.
2. Liu P, Wang G, Zeng F, et al. Abnormal brain structure implicated in patients with functional dyspepsia. Brain Imaging Behav. 2018; 12: 459-66
3. Özden A. Roma IV-2016, Dispepsi Tedavisine Yaklaşım. Güncel gastroenteroloji. 2017; 21:19-24
4. Sahan HE, Yıldırım EA, Soylu A, et al. Comparison of functional dyspepsia with organic dyspepsia in terms of attachment patterns. Compr Psychiatry. 2018; 83: 12-8.
5. Köksal AŞ, Oğuz D, Özden A. Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarına

- başvuran hastalarda dispepsi görülme sıklığı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2008; 7(1):11-17.
6. Tomita T, Oshima T, Miwa H. New approaches to diagnosis and treatment of functional dyspepsia. *Curr Gastroenterol Rep.* 2018;20(12):25.
 7. Vincenzo S, Francis KL, William LH, et al. Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology.* 2016; 150:1380-1392.
 8. Stanghellini V. Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome: Beyond Rome IV. *Dig Dis* 2017;35:14-17
 9. Naphthali K, Koloski N, Walker MM, Talley NJ. Women and functional dyspepsia. *Womens Health (Lond)* 2016;12(2):241-50.
 10. Camps G, Graaf K, Smeet PAM. Men and women differ in gastric fluid retention and neural activation after consumption of carbonated beverages. *J Nutr.* 2018; 1;148(12):1976-1983. *J Neurogastroenterol Motil* 2015; 21(3): 398-403 <https://doi.org/10.5056/jnm15002>
 11. Supragastric Belching: Prevalence and Association With Gastroesophageal Reflux Disease and Esophageal Hypomotility Nikolaos Koukias, Philip Woodland, Etsuro Yazaki, and Daniel Sifrim
 12. JL, Vardar R, Sifrim D. Supragastric belching. *Curr Opin Gastroenterol.* 2016;32(4):302-9.
 13. Ford AC, Marwaha A, Sood R, et al. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut.* 2015; 64(7):1049-57.
 14. Esmailzadeh A, Keshteli A.H, Tabesh M, Feizi A, Adibi P. Smoking Status and prevalence of upper gastrointestinal disorders. *Digestion* 2014; 89:282-290.
 15. Talley NJ, Ford AC. Functional Dyspepsia. *New England Journal of Medicine.* 2015; 373 (19): 1853-63.
 16. Ögünç YT. Dispeptik semptomları olan bireylerin beslenme durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Bilimleri Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.
 17. Ohlsson B. The role of smoking and alcohol behaviour in management of functional gastrointestinal disorders. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology.* 2017;31(5):545-52.
 18. Masoumi SJ, Mehrabani D, Moradi F, et al. The prevalence of dyspepsia symptoms and its correlation with the quality of life among Qashqai Turkish migrating nomads in Fars Province, Southern Iran. *Pak J MedSci.* 2015;31(2):325330.

18-64 Yaş Arası Riskli Erişkinlerde Bağışıklama Durumunun Değerlendirilmesi

Suzan Tok, Güzin Zeren Öztürk, Beray Gelmez Taş

Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, 34371 İstanbul, Turkey E-mail: suzantok@outlook.com

Presentation on 26/03/2021 14:15 in "Oral presentations 13" by Suzan Tok

Keywords / Anahtar Kelimeler: Aşı,erişkin,kronik hastalık,riskli,bağışıklama

Aim:

Bağışıklama çocukluk çağı aşılarını düşündürmektedir,ancak erişkinlerin de aşılama sayesinde ölümlerden ve çeşitli hastalıklardan korunduğu bilinmektedir.Erişkin aşılarının takip edilmemesi,hekimlerin ve hastaların erişkin bağışıklama hakkındaki bilgilerinin yetersiz olması gibi sebeplerle erişkin bağışıklaması olması gereken seviyede değildir.Bu çalışmanın amacı 18-64 yaş arası riskli erişkinlerde aşılanma durumunun değerlendirilmesidir.

Method:

Çalışmaya 1/01/2021-31/01/2021 tarihlerinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği' ne herhangi bir nedenle başvuran 18-64 yaş ,kronik hastalığı olan her iki cinsiyetten çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler dahil edildi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sahip oldukları kronik hastalıklar,erişkin aşılanma durumları; aşı olup/olmama nedenlerinin sorgulandığı 26 sorudan oluşan bir anket formu uygulandı.Sözel onam alınmasının ardından anketler yüzyüze uygulandı.İstatistiksel analiz için SPSS 24.0 for MacOS programı kullanıldı. Student t Test, Ki Kare Analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Results:

Toplam 135 birey çalışmaya alındı.Katılımcıların yaş ortalaması 44,48(±)13,908 (min:19-max:64) idi, %60,0(n=81)ı kadındı.Lise üstü eğitim düzeyine sahip olan katılımcı oranı %43,7(n=59) idi.%31,1(n=42)i HT, %28,1(n=38)i diyabet, 14,1(n=19)i kronik akciğer hastalığına sahipti.Sorduğumuz erişkin aşılarından en çok bilinen %88,1(n=119) oran ile grip aşısı ve takip eden zatürre aşısı; %80(n=108) oranındaydı.Düzenli olarak her yıl grip aşısı olanların oranı %5,9(n=8), hiç olmayanlar %56,3(n=76) idi.Grip aşısı olanların yaptırma sebebi sorulduğunda katılımcıların %8,9(n=12)u doktorum önerdiği için olarak yanıtladı. Zatürre aşısını katılımcıların %24,4(n=33)ü yaptırmıştı. Bunlara neden yaptırmadığı sorulduğunda %21,5(n=29) ile aşı hakkında bilgisi olmadığı için yaptırmadığını ifade etti.Hepatit B aşısı olmayanların oranı %28,9(n=39) idi,%22,2(n=30)si aşı hakkında bilgileri olmadığını ifade etti.Tetanoz aşısı olanların %20,0(n=27)si yaralanma geçirdiği için aşı olduğunu ifade etti. Covid aşısıyla ilgili %68,1(n=92)İ yaptırmayı düşündüğünü, sebebini %18,5(n=25)ı kronik hastalığı olduğu için olarak yanıtladı.Erişkin aşılarını doktorunuz önerirse yaptırır mısınız sorusuna katılımcıların %77,0(n=104)si evet cevabını vermiştir.

Conclusions:

Enfeksiyon hastalıklarından korunması hayati önem taşıyan riskli grubun aşılanma oranları ve aşılar hakkındaki bilgileri yetersizdir.Influenza aşısının bilinme ve aşılanma oranı diğer aşılarla göre daha yüksektir.Bu hasta grubunun erişkin aşıları

Oral Presentation / Research**Lateral Epikondilit Tedavisinde El Bileği Splinti ile Ekstrakorporeal Şok Dalga Tedavisi(ESWT) Kombinasyonunun Tek Başına ESWT Sonuçları ile Karşılaştırılması**

Fatma Ustabaşoğlu

Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, 22000 edirne, Turkey E-mail: fatmaustabasioglu@gmail.com

Presentation on 26/03/2021 14:15 in "Oral presentations 13" by Fatma Ustabaşoğlu

Keywords / Anahtar Kelimeler: lateral epikondilit,ESWT, el bileği splinti**Aim:**

Lateral epikondilit (LE), tenisçi dirseği olarak da bilinen, dirseğin lateralinde ağrı ile karakterize olan yaygın bir tendinopatidir. Bu çalışmanın amacı, LE hastalarında 3 haftalık el bileği splinti ve ESWT'nin kombine uygulaması ile tek başına uygulanan ESWT'nin ağrı ve fonksiyon üzerindeki etkisini karşılaştırmaktır.

Method:

Çalışmamıza LE tanısı alan 30 hasta dahil edilmiştir. Hastalar randomize 2 gruba ayrılmıştır. Birinci gruba sadece ESWT uygulanırken, ikinci gruba ESWT'nin yanı sıra el bileği splinti de kullanılmıştır. Birinci gruba ESWT haftada bir seans şeklinde 3 kez uygulandı. İkinci grup ise aynı tedaviye ek olarak 3 haftalık el bileği splinti kullandı. Hastalar tedavi öncesinde ve 3 haftalık tedavi sonrasında değerlendirildi. Üst ekstremitte fonksiyonlarını değerlendirmek için Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (Q-DASH) skalası kullanıldı. Ağrı ise vizüel analog skalası (VAS) ile değerlendirildi.

Results:

Her iki grupta da başlangıçta VAS ve Q-DASH skorlarında anlamlı fark saptanmadı. Hastaların ortalama VAS puanı, birinci ve ikinci grup için sırasıyla ilk değerlendirmede $7,2 \pm 1,2$ ve $6,9 \pm 1,8$ iken tedavi sonrasında ise $4,3 \pm 2,1$ ve $2,6 \pm 2,4$ olarak hesaplandı. İkinci grubun VAS skorundaki azalma birinci gruba göre daha fazladır ($p < 0,05$). Q-DASH skoru ise tedavi öncesi birinci grupta $42,1 \pm 20,8$ iken ikinci grupta $49,3 \pm 15,3$ olarak bulunmuştu. Tedavi sonrası ise sırasıyla $30,1 \pm 11,2$ ve $17,2 \pm 15,6$ 'ya gerilemiştir. İkinci grubun Q-DASH skorundaki azalma birinci gruba göre daha fazladır ($p < 0,05$).

Conclusions:

ESWT, LE tanısı konmuş hastalarda ağrıyı ve üst ekstremitte fonksiyonelliğini önemli ölçüde iyileştirmektedir. Ancak bu iyileştirme tedaviye el bileği splinti eklendiğinde daha belirgin olmaktadır.

Full Text

Lateral Epikondilit Tedavisinde El Bileği Splinti ile Ekstrakorporeal Şok Dalga Tedavisi (ESWT) Kombinasyonunun Tek Başına ESWT Sonuçları ile Karşılaştırılması Giriş Lateral epikondilit (LE), tenisçi dirseği olarak da bilinen, dirseğin lateralinde ağrı ile karakterize olan yaygın bir tendinopatidir. Hastalık ilk kez 1973'te Runge tarafından tanımlanmış ancak 1882'de Morris tarafından kullanılan tenisçi dirseği ismiyle literatüre girmiştir (1). El bileği ekstansiyonunu gerektiren aşırı yükleyici ve tekrarlayıcı hareketlerle ortaya çıkmaktadır (2). Tekrarlayıcı doku hasarı devam ettikçe dejenerasyona bağlı ağrı, kuvvet ve fonksiyonel kayıp ilerler. LE tedavisinde; ağrıyı

azaltmak ve fonksiyonu arttırmak amacıyla konservatif, medikal veya cerrahi yaklaşımları içine alan 40'tan fazla tedavi yaklaşımı bulunmaktadır (3). LE'de dinlenme, aktivite modifikasyonu ve kısıtlama, buz tedavisi, oral ve topikal nonsteroidal antiinflamatuar (NSAI) ilaçlar, fizik tedavi (US, lazer), akupunktur, lokal enjeksiyonlar (kortikosteroidler, trombositten zengin plazma) ve cerrahi gibi çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. ESWT diğer birçok yönetime göre, LE' nin sebep olduğu ağrı ve fonksiyon kaybına daha etkili bir şekilde giderebilmektedir (4). Ekstrakorporeal şok dalga tedavisi (ESWT) vücut dışında oluşturulan akustik dalgaların elipsoid şeklindeki bir başlık vasıtasıyla vücudun istenilen bölgesine odaklanmasına dayanan "non-invazif" bir tedavi şeklidir (5). El bileği splinti ise diğer bir konservatif tedavi yöntemidir. El bilek splinti esas olarak tam fleksiyonu önlemek için kullanılır. Splint el bileğini 5 ile 10 derece ekstansiyonda sabitleyerek, ekstansör kasların kasılmasını, tendinöz yapıların hareketini azaltır ve böylece ortak ekstansör kökenindeki stresi azaltmış olur. Bu çalışmanın amacı, LE hastalarında 3 haftalık el bileği splinti ve ESWT'nin kombine uygulaması ile tek başına uygulanan ESWT'nin ağrı ve fonksiyon üzerindeki etkisini karşılaştırmaktır. Yöntem Çalışmamıza LE tanısı alan 30 hasta dahil edilmiştir. Hastalar randomize 2 gruba ayrılmıştır. Birinci gruba sadece ESWT uygulanırken, ikinci gruba ESWT'nin yanı sıra el bileği splinti de kullanılmıştır. Birinci gruba ESWT haftada bir seans şeklinde 3 kez uygulandı. İkinci grup ise aynı tedaviye ek olarak 3 haftalık el bileği splinti kullandı. Hastalar tedavi öncesinde ve 3 haftalık tedavi sonrasında değerlendirildi. Üst ekstremitte fonksiyonlarını değerlendirmek için Quick Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (Q-DASH) skalası kullanıldı. Ağrı ise vizüel analog skalası (VAS) ile değerlendirildi. Bulgular Hastaların yaş, cinsiyet ve hastalık süresi her iki grupta benzerdi. Her iki grupta da başlangıçta VAS ve Q-DASH skorlarında anlamlı fark saptanmadı. Hastaların ortalama VAS puanı, birinci ve ikinci grup için sırasıyla ilk değerlendirmede $7,2 \pm 1,2$ ve $6,9 \pm 1,8$ iken tedavi sonrasında ise $4,3 \pm 2,1$ ve $2,6 \pm 2,4$ olarak hesaplandı. İkinci grubun VAS skorundaki azalma birinci gruba göre daha fazladır (p

Oral Presentation / Research

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Mikrobiyota Ve Probiyotikler Hakkında Bilgi Ve Tutumları

Mukaddes Kurt Öztürk, Mustafa Yasin Selçuk

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, 55100 Atakum, Turkey E-mail: m.kurt5225@gmail.com

Presentation on 26/03/2021 14:15 in "Oral presentations 13" by Mukaddes Kurt Öztürk

Keywords / Anahtar Kelimeler: Mikrobiyota, Probiyotik, Bilgi

Aim:

Son yıllarda mikrobiyolojik tekniklerin gelişmesi mikrobiyotanın sağlık ve hastalık üzerindeki etkilerini güncel bir konu haline getirmiştir. Genel populasyonun da bu alanlardaki ilgisinin artması nedeniyle, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynayan mikrobiyota ve probiyotiklerle ilgili hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumları oldukça önemlidir. Bu çalışmada, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinin mikrobiyota ve probiyotiklerle ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Method:

Kesitsel tipte olan bu çalışma Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinden onam alınarak anket aracılığıyla internet yoluyla uygulanmıştır. Anket formu, hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile mikrobiyota ve probiyotikler hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirecek şekilde literatür taranarak oluşturulan sorulardan oluşmaktadır. Verilerin analizinde "IBM SPSS 25.0" kullanılmıştır. P düzeyi 0,05 altında anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Results:

Çalışmaya katılan 257 hekimin %64,6'sı kadın, %35,4'ü erkek ve yaş ortalaması 28,56±2,30 yıldır. Mikrobiyota ve probiyotikler hakkında hekimlerin %31,1'i eğitim aldığı, %12'si iyi düzeyde bilgisinin olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %48,6'sı kendisi için probiyotik kullandığını, %77'si hastalarına probiyotik önerdiğini, hastalarına probiyotik önermeyen hekimlerin %57,6'sı probiyotiklerle ilgili literatür bilgisinde eksiklik hissettiği için hastalarına probiyotik önermediğini belirtmiştir. Hekimlerin %29,9'u probiyotiklerin SGK kapsamında olmaması/yüksek maliyeti nedeniyle kaygılandıklarını ifade etmiştir. Bilgi düzeyleri arttıkça hekimlerin probiyotikleri kullanma, hastalarına önerme ve bu konuda kendilerini yeterli hissetme düzeylerinin arttığı saptanmıştır (sırasıyla p=0,021, p=0,004, p<0,001). Hekimler kliniklerinde en çok *Saccharomyces boulardii* suşunu (%19,2), Reflor (%31,2) preperatını kullandığını ve en çok akut viral gastroenterit (%24,2) için probiyotik reçete ettiğini belirtmiştir. Mikrobiyota ve probiyotikler hakkında hekimlerin %93'ü eğitim almak istediğini belirtmiştir.

Conclusions:

Hekimlerin sadece üçte birinin mikrobiyota ve probiyotikler konusunda eğitim aldığı ve iyi düzeyde bilgisi olan hekimlerin oranının düşük olduğu görülmüştür. Hekimlerin bilgi seviyeleri arttıkça kendilerini daha yeterli hissettikleri, probiyotik kullanma ve hastalarına probiyotik önerme oranlarının arttığı görülmektedir. Bu nedenle sağlık ve hastalığı önemi gittikçe artmakta olan mikrobiyota ve probiyotiklerle ilgili hekimlere eğitimler düzenlenmeli, hekimler bu konuda daha fazla

araştırma yapmaya teşvik edilmelidir.

Full Text

GİRİŞ: Mikroorganizmaların hastalıkların ortaya çıkmasında rol oynadığının anlaşılması insanlık tarihi için dönüm noktası olmuştur. Mikrobiyoloji tarihi boyunca, çalışmaların çoğu hastalığa neden olan organizmaları incelerken, daha az sayıda çalışma yerleşik bakterilerin yararlarına odaklanmıştır. Mikrobiyota, belirli bir yeri kolonileştiren tüm mikroorganizma popülasyonunu ifade etmektedir ve sadece bakterileri değil aynı zamanda mantarlar, arkeler, virüsler ve protozoanlar gibi diğer mikropları da içermektedir (1). Mikrobiyotanın hematopoez, inflamasyon ve immünite başta olmak üzere birçok fizyolojik fonksiyon üzerinde etkisi bulunmaktadır (2). Yaş, coğrafi farklılıklar, diyet alışkanlıkları, antibiyotikler, probiyotikler gibi faktörler mikrobiyotanın kompozisyonunun farklılık göstermesine yol açabilmektedir ve bu değişiklikler diabetes mellitus, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser dahil birçok kronik hastalık ile ilişkili bulunmuştur. Probiyotikler Dünya Sağlık Örgütü ve Gıda Tarım Organizasyonu tarafından "yeterli miktarda yenildiği zaman konakta sağlık yararı oluşturan canlı mikroorganizmalar" olarak tanımlanmaktadır (3). Probiyotiklerin etkileri değişkendir ve bu etkiler probiyotik suşuna, miktarına, uygulama yoluna ve uygulandıkları kişilerin doğal mikrobiyota içeriğine bağlı olarak değişmektedir. Probiyotik özellikler birçok bakteri ve mantar türünde gözlenmiştir ve en yaygın kullanılan probiyotikler *Lactobacillus* ve *Bifidobacterium* türlerine aittir. Probiyotiklerin bağışıklık yanıtının artması, bağırsak mikrobiyotasının restorasyonu, bağırsak epitelinin bariyer fonksiyonunun iyileştirilmesi, modifiye inflamatuvar yanıt, akut gastroenterit tedavisi, gastrointestinal kanaldaki hasarların iyileştirilmesi veya *Helicobacter* ile ilişkili ülserlerin önlenmesi gibi birçok alanda kullanımı önerilmektedir (5). Mikrobiyota ve probiyotiklerin sağlık ve hastalığı hayati yönü artık iyice yerleşmiştir. Hekimlerin ve hastaların bu alanlardaki ilgisi de hızla artmaktadır. Bu nedenle sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynayan mikrobiyota ve probiyotikler hakkında hekimlerin bilgi ve tutumları oldukça önemlidir. Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinin mikrobiyota ve probiyotikler hakkında bilgi ve tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kesitsel tipte, anket çalışması olan bu çalışma Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlilerine uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğü OpenEpi Version 3 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Google form ile online anket formu oluşturularak, araştırmanın amacı, konusu ve kapsamına ilişkin hekimlere bilgi verilip sözlü onamları alındıktan sonra anket formu elektronik ortamda hekimlere uygulanmıştır. Tüm yanıtlar isimsizdir. Araştırmada hiçbir teşvik kullanılmamıştır. Anket formu, hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile mikrobiyota ve probiyotikler hakkında bilgi ve tutumlarını değerlendirecek şekilde literatür taranarak oluşturulan sorulardan oluşmaktadır (4-16). Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilip, verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çalışmada p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Klinik araştırmalar etik kurulundan onay alınmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 257 araştırma görevlisi katılmıştır.

Katılımcıların 166'sı (%64,6) kadın, 150'si (%58,4) evlidir. Yaşlarının ortalaması 28,56±2,30 yıl (min=24, max=37), mesleki deneyimlerinin ortalaması 3,79±2,00 yıl'dır (min=1, max=11). 213'ü (%82,9) mesleki deneyimi 0-5 yıl arasında olan hekimlerden oluşmaktadır. Hekimlerin yalnızca 80'i (%31,1) lisans veya uzmanlık eğitimi sırasında mikrobiyotik ve probiyotikler hakkında eğitim aldığını belirtmiştir. Mikrobiyotik ve probiyotikler hakkında hekimlerin 31'i (%12,1) iyi düzeyde bilgi seviyesine sahip olduğunu, 133'ü (%51,8) orta düzeyde ve 93'ü (%36,2) kötü düzeyde bilgi seviyesine sahip olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin yaşları arttıkça bilgi düzeylerinin artmakta olduğu görülmüştür ($r=0,147$, $p=0,018$). Hekimlerin mikrobiyotik ve probiyotiklerle ilgili bilgi edinme kaynağı olarak en çok 162'sinin (%28,6) internet/sosyal ağları kullandığı, ikinci sıklıkta 116'sının (%20,5) meslektaşlarından bilgi edindiği görülmüştür. Hekimlerin 125'i (%48,6) kendisi için probiyotikleri kullandığını, 198'i (%77) hastalarına probiyotikleri önerdiğini belirtmiştir. Hastalarına probiyotikleri önermeyen 59 (%23) hekimin ise 34'ünün (%57,6) probiyotikleri önermemesi nedeni olarak probiyotiklerle ilgili literatür bilgisinde eksiklik hissetmesi, 21'inin (%35,6) klinik uygulamaları destekleyecek yeterli kanıt olmaması ve 4'ünün (%6,8) probiyotiklerin semptomları tedavi etmedeki etkinliğinin standart terapötiklere göre düşük olması olarak belirttiği görülmüştür. Hekimlerin mikrobiyotik ve probiyotikler hakkında bilgi düzeyleri arttıkça probiyotikleri kendileri için kullanma ve hastalarına önerme oranlarında arttığı görülmüştür (sırasıyla $p=0,021$, $p=0,004$). Hekimlerin klinik pratiklerinde en çok kullandıkları suşun *Saccharomyces boulardii* (%19,2) olduğu, en çok bildiği ve reçete ettiği probiyotik preparatının reflu (%31,2) olduğu (Tablo 1-2) ve en çok akut viral gastroenterit (%24,2) için probiyotik reçete ettiği görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 1. Hekimlerin klinik pratiklerinde kullandıkları suşlar

Özellikler	Sayı	%
<i>Saccharomyces boulardii</i>	102	19,2
<i>Lactobacillus reuteri</i>	88	16,6
<i>Bifidobacterium bifidum</i>	74	14,0
<i>Lactobacillus rhamnosus</i>	67	12,6
Hiçbiri	62	11,7
<i>Lactobacillus casei</i>	42	7,9
<i>Bifidobacterium longum</i>	30	5,7
<i>Bacillus clausii</i>	30	5,7
<i>Bifidobacterium animalis</i>	26	4,9
<i>Streptococcus salivarius K12</i>	9	1,7
Total	530 ^a	100,0

Tablo 2. Hekimlerin klinik pratiklerinde kullandıkları preparatlar

Kullanılan preparatlar	Sayı	%
Reflu	221	31,2
Enterogermina	178	25,1
Maflor	163	23,0
Biogaia	105	14,8
Hiçbiri	14	2,0
Kaleidon	10	1,4
Baktoblis	6	0,8
Diğer	6	0,8
Provim	4	0,6
Strains enterolife	1	0,1
Total	708 ^a	100,0

Tablo 3. Hekimlerin probiyotikleri reçete etme endikasyonları

Reçete etme endikasyonları	Sayı	%
Akut viral gastroenterit	205	24,2
Antibiyotikle ilişkili yan etkiler	138	16,3
Kronik kabızlık veya ishal	131	15,5
İrritabl bağırsak sendromu	91	10,8
Bağışıklık sistemini güçlendirme	75	8,9
İnfanıl kolik	68	8,0
Dispeptik yakınmalar	56	6,6
Enflamatuar bağırsak hastalığı	35	4,1
Rekürren vajinal enfeksiyonlar	30	3,5
Depresyon, Anksiyete vb	17	2,0
Total	846 ^a	100,0

%:sütun yüzdesi, a. Kişiler birden fazla seçimde bulunmuşlardır.

Hekimlerin 156'sının (%38) kemoterapi alan/immün yetmezlikli hasta grubunda, 110'unun (%26,8) yenidoğan, 99'unun (%24,1) gebe/emziren ve 46'sının (%11,2) yaşlı hasta grubunda probiyotiklerin kullanımından kaçındığı bulunmuştur. Hekimlerin probiyotiklerle ilgili olarak en çok 106'sının (%29,9) probiyotiklerin yüksek maliyeti/SGK geri ödeme kapsamında olmamasından, ikinci sıklıkta 86'sının (%24,2) ürünler hakkında yeterli kanıt düzeyinin olmamasından dolayı endişelendikleri görülmüştür. Mikrobiyotik ve probiyotikler hakkında hekimlerin 239'unun (%93) eğitim almak istediği, 18'inin (%7) ise eğitim almak istemediği görülmüştür.

TARTIŞMA: Son yıllarda karmaşık mikrobiyolojik tekniklerin ortaya çıkışı, bağırsak mikrobiyotasının sağlık üzerindeki etkilerini güncel bir konu haline getirmiştir. Bu mikrobiyal ekosistemdeki kompozisyon veya tür değişiklikleri gittikçe daha fazla hastalık ile ilişkilendirilmiştir. Genel popülasyondan probiyotikler ve bunların klinik uygulamada kullanımları hakkında güvenilir bilgi için artan bir talep mevcuttur. Bu nedenle çok çeşitli sağlık alanlarında birçok yararlı etkisi olan ve birçok hastalığın da tedavisini ilgilendiren probiyotiklerle ilgili hekimlerin iyi bir bilgi birikimine sahip olması, klinik uygulamalarında probiyotik kullanımını benimsemeleri gerekmektedir. Çalışmamızda hekimlerin mikrobiyotik ve probiyotikler hakkında eğitim alma oranlarının düşük (%31,1) olduğu, yalnızca %12'sinin iyi düzeyde bilgi seviyesine sahip olduğu görülmüştür. Fijan ve arkadaşlarının 2019 yılında, 30 ülkeden toplam 1066 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının %45,1'inin iyi düzeyde bilgi seviyesine sahip

olduğu (14), Soni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %57,6'sının iyi düzeyde bilgi seviyesine sahip olduğu görülmüştür (15). 2020 yılında, Ankara Şehir Hastanesinde 308 hekim ile yapılan çalışmada hekimlerin yaşları ile bilgi düzeyleri arasında pozitif bir korelasyon olduğu (16), Şişli Eftal Eğitim Araştırma Hastanesinde yapılan çalışmada da hekimlerin yaşları arttıkça bilgi düzeyinin iyi olduğunu ifade edenlerin artmakta olduğu görülmektedir (4). Çalışmamızda da benzer şekilde hekimlerin yaşları arttıkça bilgi düzeylerinin de arttığı görülmüştür.

Literatüre bakıldığında çalışmamızla benzer şekilde hekimlerin mikrobiyotiklere ve probiyotikler hakkında bilgi edinme kaynağı olarak en çok internet, bilimsel kitaplar/dergilerden faydalandığı görülmüştür (4-5, 14). Günümüzde akıllı telefonların da kullanımı ile birlikte bilgiye hızlı ve ucuz ulaşım ön plana çıkmıştır; ancak internetten edinilen bilginin güvenilirliği açısından doğru kaynak kullanımı ise ayrı bir önem taşımaktadır. Literatürde hekimlerin kendileri için probiyotikler kullanma oranlarının %38,6 ile %86,8 arasında değişmekte olduğu (6,14,16), çalışmamızda ise hekimlerin yarıya yakınının (%48,6) kendisi için probiyotikler kullandığı ve literatürle benzer şekilde bilgi düzeyi arttıkça probiyotikler kullanma oranlarının arttığı saptanmıştır (14). Hekimlerin hastalarına probiyotikler önerme oranlarının çeşitli çalışmalarda %45 ile %89 arasında değiştiği (8,10) ve çalışmamızla benzer şekilde hastalarına probiyotikler öneren hekimlerin bilgi düzeylerinin, hastalarına probiyotikler önermeyen hekimlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (7, 14). Literatüre bakıldığında çalışmamızla benzer şekilde hekimlerin probiyotiklerle ilgili literatür bilgisinde eksiklik hissetmesinden dolayı ve ikinci sıklıkla da probiyotiklerin klinik kullanımlarını destekleyecek yeterli kanıt olmadığı için hastalarına probiyotik önermediği görülmüştür (7,9). Hekimlerin probiyotiklerle ilgili bilgi eksikliği ve güven sorunu olduğu görülmektedir. Bunun olası nedenleri, probiyotiklerle ilgili kanıt düzeylerinin tartışmalı olması, güvenilir organizasyonların oluşturduğu hangi endikasyonlarda hangi mikroorganizmaların kullanılacağına dair kılavuzların eksik olması, eğitimlerin yetersiz olması olmuş olabilir.

Çalışmamızda hekimlerin probiyotik preparatlarını ve içerdiği suşları bilme oranlarına baktığımızda, en çok bilinen preparatlardan olan Enterogermina'nın bilinme ve reçete edilme oranı %25,1 iken, içerdiği Bacillus clausii suşunun bilinme oranının %5,7 olduğu görülmektedir. Maflor'un bilinme ve reçete edilme oranı %23 iken içerdiği suş olan Bifidobacterium animalisın bilinme oranı %4,9 olarak bulunmuştur. Hekimlerin %12,6'sı tarafından bilinen Lactobacillus rhamnosus suşunu içeren Provim (%0,6) ise en az bilinen preparatlardan biri olmuştur. Hekimlerin %11,7'sinin hiçbir suşu bilmediği, %2'sinin ise hiçbir preparatı bilmediği görülmüştür. Literatürde probiyotikli ürün preparatları ve içerdiği suşu karşılaştıran yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sonuçlara bakıldığında hekimlerin preparat isimlerini daha çok bildiği, preparatların içerdiği suşları tam olarak bilmediği ve içerik bilinmeden reçete yazdığı düşünülmektedir. Bu konuda daha fazla eğitim düzenlenmesi gerektiği aşikardır. Literatürde kabul edilmiş ve en çok bilinen probiyotik tedavi endikasyonu gastroenteritlerdir. Avrupa pediatri derneği klavuzunda akut gastroenterit tedavisinde probiyotiklere yer verilmiştir. Kaliteli, hasta odaklı kanıtlar, probiyotiklerin antibiyotik ilişkili ishal riskini azalttığını ve yetişkin ülseratif kolitte remisyona oranlarını artırdığını da göstermektedir (11). Çeşitli çalışmalarda da (6,11,14,16) çalışmamızla benzer şekilde, probiyotiklerin en çok akut viral gastroenterit ve antibiyotik kullanımıyla ilişkili yan etkilerde kullanıldığı görülmüştür.

Çalışmamızda hekimlerin probiyotikler kullanmaktan en çok kaçındıkları hasta gruplarının kemoterapi alan/immün yetmezlikli hasta grubu (%38) olduğu, ikinci sıklıkla ise yenidoğanlar da kaçındıkları görülmüştür. Çalışmalarda da benzer şekilde en çok immün sistemi baskılanmış hasta gruplarında kaçınıldığı (8,12), Wilson ve Whitehead'in 2019 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin yenidoğanlarda da probiyotik kullanırken endişelendikleri görülmüştür (8). Yapılan bir çalışmada çocuklar, yetişkinler veya yaşlı kişiler için yan etki riskinde bir artış bulunamamışken, 1.530 kanserli hastayı içeren 17 çalışmanın sistematik incelemesinde beş probiyotikle ilişkili bakteremi, fungemi, pozitif kan kültürü vakası bulunmuştur (13). Çalışmamız hekimlerin mikrobiyotiklere ve probiyotiklerle ilgili bilgi ve görüşlerinin klinik uygulamalarını nasıl etkilediğini ve bilginin probiyotiklerle ilgili uygulama modelinde oynadığı rolü açıklamaktadır. Mikrobiyotiklere ve probiyotikler hakkında özellikle ülkemizde yapılmış çalışmalar çok sınırlı sayıda bulunmuştur. Çalışmamızın tek merkezde yapılmış olması, sınırlı sayıda hekim ile yürütülmesi nedeniyle tüm hekimlere genellenmesi uygun olmayabilir. Bu nedenle sağlık ve hastalığındaki önemi gittikçe artmakta olan mikrobiyotiklere ve probiyotiklerle ilgili hekimlere eğitimler düzenlenmeli, hekimler bu konuda daha fazla araştırma yapmaya teşvik edilmelidir.

KAYNAKLAR:

1. Marchesi JR, Ravel J. The vocabulary of microbiome research: a proposal. *Microbiome*. 2015;3:31.
2. Dzutsev A, Goldszmid RS, Viaud S, Zitvogel L, Trinchieri G. The role of the microbiota in inflammation, carcinogenesis, and cancer therapy. *European journal of immunology*. 2015;45(1):17-31.
3. Hotel ACP, Cordoba A. Health and nutritional properties of probiotics in food including powder milk with live lactic acid bacteria. *Prevention*. 2001;5(1):1-10.
4. TAŞ BG, ÖZTÜRK GZ, Çağdaş Emin M, EGİCİ MT, TOPRAK D. Sağlık Çalışanları İle Mikrobiyotik ve Probiyotik Üzerine Kesitsel Çalışma
5. Altındış M, İnci MB, Elmas B, Şahin EÖ, Kahraman EP, Karagöz R, et al. Aile hekimleri, pediatristler ve eczacıların probiyotik kullanımları hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Journal of BSHR*. 2018;2(2):108-16.
6. Jordan D, Johnson N, Thomas L. Probiotics in primary care: A survey of health professionals. *Practice Nursing*. 2015;26(11):550-4.
7. Ababneh M, Elrashed N, Al-Azayzih A. Evaluation of Jordanian Healthcare Providers' Knowledge, Attitudes, and Practice Patterns towards Probiotics. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. 2020;20(1):93-7.
8. Wilson Z, Whitehead K. A cross sectional survey to assess healthcare professionals' attitudes to and understanding of probiotics. *Clinical nutrition ESPEN*. 2019;34:104-9.
9. Flach J, Dias A, Rademaker S, van der Waal M, Claassen E, Larsen O. Medical doctors' perceptions on probiotics: Lack of efficacy data hampers innovation. *PharmaNutrition*. 2017;5(3):103-8.
10. Oliver L, Rasmussen H, Gregoire MB, Chen Y. Health care provider's knowledge, perceptions, and use of probiotics and prebiotics. *Topics in Clinical Nutrition*. 2014;29(2):139-49.
11. Wilkins T, Sequoia J. Probiotics for gastrointestinal conditions: a summary of the evidence. *American family physician*. 2017;96(3):170-8.
12. Pettoello-Mantovani M, Çokuğraş FÇ, Vural M, Mestrovic J, Nigri L, Piazzolla R, et al. Pilot study for the understanding and use of probiotics by different paediatric healthcare professionals working in different European countries. *Italian journal of pediatrics*. 2019;45(1):57.
13. Redman M, Ward E, Phillips R. The efficacy and safety of probiotics in people with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology*. 2014;25(10):1919-29.
14. Fijan S, Frauwallner A, Varga L, Langerholc T, Rogelj I, Lorber M, et al. Health Professionals' Knowledge of Probiotics: An International Survey. *International journal of environmental research and public health*. 2019;16(17):3128
15. Soni R, Tank K, Jain N. Knowledge, attitude and practice of health professionals about probiotic use in Ahmedabad, India. *Nutrition & Food Science*. 2018.
16. Arı Ö. Ankara Şehir Hastanesinde çalışan hekimlerin mikrobiyotik hakkında bilgi düzeyleri, pre/probiyotik kullanımı hakkında tutum ve düşünceleri.2020.

Oral Presentation / Research**Parsiyel Protez Kullanan Hastaların Dişsizlik Sınıflaması**

Caglar Bilmenoglu

Trakya Üniversitesi, Edirne, Turkey E-mail: caglarbilmenoglu@trakya.edu.tr

Presentation on 26/03/2021 14:15 in "Oral presentations 13" by Caglar Bilmenoglu

Keywords / Anahtar Kelimeler: epidemiyoloji, kennedy sınıflaması, parsiyel dişsizlik, ağız sağlığı**Aim:**

Hareketli bölümlü protez kullanımı, parsiyel dişsiz hastaların rehabilitasyonu için düşük maliyetli ve yaygın bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. Bu tür hastaların dişsizlik durumları ve protez planlaması ile ilgili geçmişten bugüne pek çok farklı sınıflandırma yapılmasına karşın "Kennedy Sınıflaması" en yaygın ve en kabul gören sınıflandırmadır. Bu çalışmanın amacı hareketli bölümlü protez kullanan hastaların Kennedy sınıflamasını belirlemektir. Ayrıca aynı örnek grubuna ait epidemiyolojik verilerin yaş, çene, cinsiyet ve yıl gibi değişkenlerle olan ilişkisini değerlendirmektir.

Method:

Bu çalışma 2008-2012 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Protetik Diş Tedavisi ABD'nde gerçekleştirilmiştir. Toplamda hareketli bölümlü protez endikasyonu konulan 6512 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler hastaların diş eksikliklerini gösteren formlardan retrospektif olarak elde edilmiş, veriler SPSS istatistik programında değerlendirilmiştir.

Results:

Çalışmamızda Kennedy sınıflaması içinde "Sınıf I" en yaygın (%64,56), "Sınıf IV" ise ez az yaygın olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre erkeklerde (%63,73), kadınlarda ise (%65,20) yine en yaygın olarak "Sınıf I" görülmüştür. Çalışmanın dahil edildiği bütün yıllarda yine "Sınıf I" en yaygın olarak bulunmuştur. Sınıflama %57,17 alt çenede, %42,83 üst çenede gerçekleştirilmiştir. Alt çene (%72,17) ve üst çenede (%54,39) yine "Sınıf I" en yaygın olarak bulunmuştur. Çalışmaya dahil edilen hastaların %36,09'u 50-59, %21,02'si 40-49, %23,74'ü ise 60-69 yaş aralığındadır. Çalışmaya dahil edilen bütün hastaların yaş aralıklarında ise yine "Sınıf I" en yaygın olarak görülmektedir.

Conclusions:

Hareketli bölümlü protez kullanan hastaların büyük bir çoğunluğu "Kennedy sınıflamasında "Sınıf I" e dahildir. Bu sonuçlar yıl, çene ve cinsiyet değişkenlerinden etkilenmemektedir.

Oral Presentation / Research

Sağlık İnsan Kaynağı ile Bulaşıcı Olmayan Hastalık Mortalitesi İlişkisiEsra Kopan¹, Akın Dayan²

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 34668 İSTANBUL, Turkey E-mail: esrakeser_@hotmail.com
 2. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Presentation on 26/03/2021 14:15 in "Oral presentations 13" by Esra Kopan

Keywords / Anahtar Kelimeler: mortalite (mortality), mortalite ve hekim sayısı (mortality and number of physicians), mortalite ve uzman hekim (mortality and specialist)

Aim:

Mortalite verileri bir toplumun sağlık düzeyi ölçümünde kullanılan en önemli epidemiyolojik ölçütlerden biridir. Mortaliteyi yaş, cinsiyet, gibi değiştirilemez faktörlerin yanı sıra gelir, eğitim, sağlık insangücü gibi değiştirilebilir faktörlerde etkilemektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de önde gelen ölüm sebeplerindedir. Çalışmada bulaşıcı olmayan hastalık mortalitesi ile ilgili uzman ve pratisyen hekim sayısı arasındaki ilişkinin; eğitim, gelir ve hastane yatak sayıları dikkate alarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Method:

Çalışma retrospektif, tanımlayıcı araştırma olup bağımlı değişkenlerde, Türkiye'de 2018 yılında 45 yaş ve üzerinde en sık görülen bulaşıcı olmayan hastalık mortalite sayıları (iskemik kalp hastalıkları, maligniteler, serebrovasküler hastalıklar, kronik alt solunum sistemi hastalıkları ve diyabet), bağımsız değişkenlerde; 2018 yılı iller düzeyinde ilgili uzmanlık branşlarındaki hekim sayıları, gelir (2018 yılı iller bazında kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla- dolar bazında), eğitim (10.000 kişiye düşen lise mezunu sayısı) ve 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı verileri alınacaktır. Çalışmada hiyerarşik regresyon analizi yapılacaktır.

Results:

İlgili hekim sayısı kronik hastalık mortalitesini istatistiksel anlamlı negatif yönde etkilemektedir. Eğitim mortaliteyi pozitif yönde etkilemektedir. Ancak modele gelir verileri eklendiğinde eğitim ile olan anlamlı ilişki devam etmekle birlikte ilgili hekim sayısının mortaliteye etkisi ortadan kalkmıştır.

Conclusions:

Çalışmada pratisyen ve diğer uzman hekim sayısının artmasının mortaliteyi azalttığı görülmektedir. Özellikle pratisyen ve aile hekimi uzmanı ile olan ilişkide birinci basamak sağlık hizmetlerine kolay ulaşım, kronik hasta takibinin etkisi düşünülebilir. Gelir artışının mortaliteye etkisi sağlık hizmetlerine ulaşım, yaşanabilir çevre gibi nedenlerden dolayı anlaşılabilir bir durumdur. Fakat eğitim seviyesi arttıkça mortalite rakamlarının artması düşündürücüdür. Ülkemizde eğitim seviyesi ile beraber stres seviyesinin ve buna bağlı olarak alkol, tütün ürünleri vb kullanımının artıp artmadığı sorgulanmalı ve diğer yaşam tarzı faktörleri ile birlikte değerlendirilmelidir. Türkiye'de özellikle kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça sigara kullanımının artışı gösteren çalışmalar mevcuttur.

Full Text

GİRİŞ

Toplumun hastalık, sakatlık, yaralanma ve ölüm verileri, o toplumda ileride oluşabilecek sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarının sonucunda ihtiyaç duyulacak sağlık insangücü sayısı hakkında fikir verir. Bu nedenle, sağlık insangücü planlaması yapılırken, yaşa ve cinsiyete özel morbidite, mortalite ve fertilitate gibi sağlık düzeyi ölçütlerinden yararlanılmaktadır.

Geçtiğimiz yüzyıllara göre insanların doğumdan sonra beklenen yaşam süresi artmıştır. Bu durum Dünya'da olduğu gibi, Türkiye'de de kronik hastalıklardan dolayı ölümlerin sıklığını arttırmaktadır. Yaşam tarzı, beslenme, sigara gibi kişiye bağlı etmenlerin yanı sıra; sağlık tesislerinin koşulları, eğitim, kazanç gibi etmenler de mortaliteyi etkilemektedir.

Kronik hastalıkların yaygınlaşması ile birlikte, bu alanda hastalara hizmet verecek pratisyen ve ilgili uzman hekim istihdamının nasıl olacağı konusu önem arz etmektedir. Ülkemizde bulaşıcı olmayan kronik hastalıklardan dolayı ölümleri ve engellilik yükünü azaltmak için toplumsal eylem planları hazırlanırken sağlık insangücü etkisine de değinilmektedir (1).

Sağlık hizmeti veren personelin yanında, sağlık hizmeti veren kurumların altyapıları, nitelikli hastane yatak sayıları da ölüm oranlarını etkilemektedir.

Kişilerin eğitim ve gelir düzeyinin azalmasının sonucu olarak, beklenen yaşam süresinin kılacağı yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir. Bireylerin gelir düzeyindeki düşüş, sağlık harcamalarının azalmasına ve yaşam koşullarının bozulmasına yol açmaktadır.(2)

Toplumun eğitim seviyesinin artışı, sosyal açıdan daha yüksek gelir, kültürel zenginlik, sosyalleşme ve refah anlamına gelmektedir. Tüm bu değişkenler birbirini ve dolaylı olarak mortaliteyi etkilemesi bakımından birlikte ele alınmalıdır. (3)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; 2018 yılında en sık mortalite sebebi olan hastalıkların başında dolaşım sistemi hastalıkları gelmektedir. Bunu, sırasıyla iyi huylu ve kötü huylu tümörler (benign ve malign neoplazmlar), solunum sistemi hastalıkları, sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları, endokrin (iç salgı bezi), beslenme ve metabolizmaya ilgili hastalıklar izlemektedir. (4)

Dünya çapında ölüm oranlarına baktığımızda son yıllarda bulaşıcı olmayan hastalıklara (BOH) bağlı ölümler ilk sıradadır. Gelişmiş ülkelerdeki ölüm oranlarının çoğunu BOH'a bağlı ölümler oluşturmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar, beslenme yetersizliklerine bağlı ölümler, neonatal ve anne ölümleri düşük ve orta gelirli ülkelerde yaygınlığını korumakla beraber sıklığı gittikçe azalmaktadır.

Bulaşıcı olmayan hastalık yükünün artması ile birlikte birinci basamak odaklı sağlık yönetiminin önemi de giderek artmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve bunun merkezinde yer alan aile hekimleri kronik hastalık erken tanısı, takibi ve tedavisinde etkin bir şekilde çalışmaktadır.

YÖNTEM

Bu çalışma retrospektif, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Bağımlı değişken olarak Türkiye'de 2018 yılında il bazında, 45 yaş ve üzerindeki nüfusta 10.000 kişiye düşen ve en sık görülen

bulaşıcı olmayan hastalık mortalite sayıları kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan mortalite nedenleri sırasıyla ve Sağlık Bakanlığı ICD-10 kodları ile aşağıda gösterilmiştir;

- Maligniteler (C00-C97)
- İskemik kalp hastalıkları (İKH) (I20-I25)
- Serebrovasküler hastalıklar (SVH) (I60-I69)
- Kronik alt solunum sistemi hastalıkları (KASSH) (J40-J47)
- Diyabet (E10-E14)

Bağımsız değişken olarak; Türkiye'de 2018 yılında, 81 ildeki pratisyen ve mortalite nedenleri ile ilişkili uzman hekim (aile hekimi, kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları, iç hastalıkları, radyasyon onkolojisi, tıbbi onkoloji, nöroloji ve göğüs hastalıkları) sayıları, gelir düzeyi (2018 yılı iller düzeyindeki kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla-dolar bazında), eğitim (10.000 kişiye düşen lise mezunu sayısı) ve 10.000 kişiye düşen hastane yatak sayısı verileri kullanılmıştır.

Çalışmada, bulaşıcı olmayan hastalık mortalitesi ile ilgili hekim sayısı arasındaki ilişkinin eğitim, gelir ve hastane yatak sayıları da dikkate alınarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Analizlerde çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi tekniği kullanılmıştır. Veri analizine başlanmadan önce veri setinin gerekli varsayımları karşılayıp karşılamadığı test edilmiştir. Shapiro Wilk analizi sonuçlarına göre hata terimlerinin dağılımının normal olduğu görülmüştür. Hata terimleri arasında otokorelasyon olup olmadığını test etmek amacıyla yapılan Durbin Watson testi sonucunda elde edilen değer 1.5-2.5 arasında olduğu saptanmıştır. VIF değerlerinin 1.09 ile 2.3 arasında olduğu görülmüştür. Yapılan incelemeler sonucunda veri setinin, çoklu doğrusal regresyon analizi yapabilmek için gerekli varsayımları sağladığı belirlenmiştir. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

2018 yılında Türkiye'deki hastanelerde toplam 231913 yatak bulunmaktadır. 10000 kişiye düşen hasta yatak sayı 28.28 yataktır. Lise mezun sayısının, 45 yaş üstü nüfusa oranı ise 0.66 olarak elde edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. 2018 yılına ait hastane yatak sayısı, kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla (GSYH), lise mezun sayısı ve 45 yaş üstü nüfusa oranı

Hastane Yatak Sayısı	10000 Kişiye Düşen Hastane Yatak Sayısı	Kişi Başına Düşen GSYH (\$)	Lise Mezun Sayısı	Lise Mezun Sayısı/Toplam Nüfus	Lise Mezun Sayısı/45 Yaş üstü Nüfus
231913	28.28	9632	14785993	0.18	0.66

Türkiye'de 2018 yılında görülen 45 yaş üstü kronik hastalık mortalite sayılarına baktığımızda; malignitelere bağlı ölüm sayısı 75764, iskemik kalp hastalıklarına bağlı ölüm sayısı 62797, diyabete bağlı ölüm sayısı ise 15262'dir (Tablo 2).

Tablo 2. 2018 yılı 45 yaş üstü en sık görülen bulaşıcı hastalık olmayan ölüm sayısı

	Ölüm Sayısı	Mortalite*
45 yaş üstü Malignite	75764	34.02
45 yaş üstü İskemik Kalp Hastalıkları	62797	28.20
45 yaş üstü Serebrovasküler Hastalıklar	35409	15.90
45 yaş üstü KASSH	25314	11.37
45 yaş üstü Diyabet	15262	6.85

**(İlgili Mortalite/ 45 yaşüstü nüfus) x 10 000*

2018 yılında Türkiye'de 46412 pratisyen hekim bulunurken, aile hekimi uzmanı sayısının 2805, kardiyoloji uzmanı sayısının 2792, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim sayısının ise 370 olduğu bilinmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. 2018 yılına ait Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özelden aktif olarak çalışan ilgili toplam doktor sayısı ve ilgili nüfus oranı

	Doktor Sayısı	Oran*
Pratisyen Hekim	46412	20.84
Aile Hekimi Uzmanı	2805	1.26
Kardiyoloji	2792	1.25
Kalp ve Damar Cerrahisi	1398	0.63
Göğüs Hastalıkları	2033	0.91
Nöroloji	2340	1.05
İç Hastalıkları	5416	2.43
Tıbbi Onkoloji	382	0.17
Radyasyon Onkolojisi	561	0.25
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	370	0.17

**(İlgili Uzmanlık/ 45 yaşüstü nüfus)x10 000*

Hiyerarşik regresyon analizinde, modele ilk olarak pratisyen hekim, aile hekimi uzmanı, iç hastalıkları, kardiyoloji ve kalp ve damar cerrahisi uzman hekim sayılarını eklediğimizde İKH mortalitesine hekim sayısının istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde etki ettiği görülmüştür ($p=0.001$, $p=0.007$, $p=0.007$, $p=0.005$, $p=0.008$). Regresyon analizine sırasıyla hastane yatak sayısı, eğitim ve gelir verileri de eklendiğinde doktor sayılarının, İKH mortalitesine negatif yönlü etkisi devam etmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yatak sayısı İKH mortalitesine negatif yönde etki etmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Eğitimin, İKH mortalitesine istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde etkisi mevcuttur ($p < 0.001$). Gelirin, İKH mortalitesine negatif yönde etkisi mevcuttur.

Hiyerarşik regresyon analizinde, modele ilk olarak pratisyen hekim, aile hekimi uzmanı, iç hastalıkları, tıbbi onkoloji ve radyasyon onkolojisi uzman hekim sayılarını eklediğimizde malignite mortalitesine hekim sayısının istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde etki ettiği görülmüştür ($p=0.001$, $p=0.018$, $p=0.019$, $p=0.026$, $p=0.025$). Regresyon analizine sırasıyla hastane yatak sayısı, eğitim ve gelir verileri de eklendiğinde doktor sayılarının, malignite mortalitesine negatif yönlü etkisi devam etmekle birlikte istatistiksel anlam kaybolmaktadır. Yatak sayısı malignite mortalitesine negatif yönde etki etmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Eğitimin, malignite mortalitesine istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde etkisi mevcuttur ($p < 0.001$). Gelirin, malignite mortalitesine istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde etkisi mevcuttur.

Hiyerarşik regresyon analizinde, modele ilk olarak pratisyen hekim, aile hekimi uzmanı, iç hastalıkları ve nöroloji uzman hekim sayılarını eklediğimizde; SVH mortalitesine, hekim sayısının istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde etki ettiği görülmüştür ($p<0.00$, $p=0.001$, $p=0.002$, $p=0.001$). Regresyon analizine sırasıyla hastane yatak sayısı, eğitim ve gelir verileri de eklendiğinde doktor sayılarının, SVH mortalitesine negatif yönlü etkisi devam etmekle birlikte istatistiksel anlam kaybolmaktadır. Yatak sayısı SVH mortalitesine negatif yönde etki etmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Eğitimin, SVH mortalitesine istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde etkisi mevcuttur ($p<0.001$). Gelirin, SVH mortalitesine negatif yönde etkisi mevcuttur.

Hiyerarşik regresyon analizinde, modele ilk olarak pratisyen hekim, aile hekimi uzmanı, iç hastalıkları ve göğüs hastalıkları uzman hekim sayılarını eklediğimizde; KASSH mortalitesine, hekim sayısının istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde etki ettiği görülmüştür ($p=0.001$, $p=0.008$, $p=0.009$, $p=0.005$). Regresyon analizine sırasıyla hastane yatak sayısı, eğitim ve gelir verileri de eklendiğinde doktor sayılarının, KASSH mortalitesine negatif yönlü etkisi devam etmekle birlikte istatistiksel anlam kaybolmaktadır. Yatak sayısı KASSH mortalitesine negatif yönde etki etmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Eğitimin, KASSH mortalitesine istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde etkisi mevcuttur ($p<0.001$). Gelirin, KASSH mortalitesine istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde etkisi mevcuttur.

Hiyerarşik regresyon analizinde, modele ilk olarak pratisyen hekim, aile hekimi uzmanı, iç hastalıkları, endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekim sayılarını eklediğimizde; diyabet mortalitesine, hekim sayısının istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde etki ettiği görülmüştür ($p=0.001$, $p=0.014$, $p=0.014$, $p=0.021$). Regresyon analizine sırasıyla hastane yatak sayısı, eğitim ve gelir verileri de eklendiğinde doktor sayılarının, diyabet mortalitesine negatif yönlü etkisi devam etmekle birlikte istatistiksel anlam kaybolmaktadır. Yatak sayısı diyabet mortalitesine negatif yönde etki etmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Eğitimin, diyabet mortalitesine istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde etkisi mevcuttur ($p<0.001$). Gelirin, diyabet mortalitesine istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte pozitif yönde etkisi mevcuttur.

TARTIŞMA

Geçmişten günümüze yapılan birçok çalışmada sosyoekonomik ve demografik değişkenlerin ölüm oranlarına etkisi araştırılmıştır. ABD'de 2005-2015 yıllarında yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, 100.000 kişiye düşen birinci basamak hekim sayısının o nüfustaki mortaliteye etkisi değerlendirilmiş, birinci basamak hekim sayısının artmasının özellikle iskemik kalp hastalıkları, maligniteler ve solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümleri azalttığı görülmüştür (5). Çalışmamızın sonuçları da ABD'dekine benzer şekilde kronik hastalıkların takibi ve tedavisinde yer alan doktor sayısının mortaliteyi azalttığını göstermektedir.

Shi ve arkadaşlarının 1985-1995 yılları arasında belirlenen popülasyondaki mortalite verilerini kullanarak yaptığı çalışmada, inmeye bağlı mortaliteye gelir eşitsizliğinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkisi incelenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile inmeye bağlı mortalite arasındaki anlamlı negatif ilişki tüm sosyodemografik değişkenler (ırk, eğitim, şehirleşme) ve gelir verileri de analize eklendiğinde devam etmektedir (6). Çalışmamızda ise eğitim ve gelir verileri analize eklendiğinde SVH mortalitesi ile hekim sayısı arasında olan anlamlı ilişki

ortadan kalkmıştır.

Gershon A. S. ve arkadaşlarının 2004-2011 yılları arasında, Kanada'nın Ontario eyaletinde KOAH tanısı almış popülasyonda yapılan çalışmada hastaneden ya da acil servisten taburcu edildikten sonra 30 gün içinde en az bir kez göğüs hastalıkları ve birinci basamak hekim muayenesine gitmiş hasta grubu ile sadece birinci basamak hekim muayenesine gitmiş hasta grubu karşılaştırılmıştır. Burada her iki grup arasında KOAH nedeni ölüm oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Göğüs hastalıkları ve birinci basamak hekimi tarafından verilen eş zamanlı bakımın ilaç ve tanısal test kullanımını artırdığı vurgulanmıştır (7). Çalışmamızda ise hem göğüs hastalıkları uzmanı hem pratisyen hekim sayısının KASSH mortalitesini azalttığı görülmüş olup hastane yatak sayısı, gelir ve eğitim değişkenleri ile beraber değerlendirildiğinde anlam kaybolmaktadır.

Gray D. J. ve arkadaşlarının 1996'dan 2017'ye kadar Medline, Embase and the Web of Science tarafından yayınlanmış 726 makaleyi taradıkları çalışmalarında konuya farklı bir bakış açısı ile yaklaşmıştır. Sağlık hizmetlerine başvurunun devamlılığı halinde tüm nedenlere bağlı mortalite ile hem uzman hekim hem de pratisyen hekim sayısı arasında negatif ilişki bulunmuştur. Tıptaki gelişmelere rağmen bireylerin hekimler tarafından düzenli takibinin, sağlık bakımının planlanmasının ve sürdürülebilirliğin ölüm oranlarını düşürmede öncelikli olduğu vurgulanmıştır (8). Çalışmamızda çıkan sonuçta da kronik hastalıklara sahip nüfusun ilgili doktora ulaşabilmesi ve hasta takibinde devamlılığı sağlaması açısından uzman ve pratisyen hekim sayısının önemli olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Wassermann M. ve arkadaşlarının, Arizona'nın 126 birinci basamak hizmeti veren bölgesinde yaptığı, mortalite ile morbidite oranlarına birinci basamak hizmet sunucularının etkisini araştırdığı çalışmada birinci basamak sağlık tüm mortalite ve morbidite oranlarında azalma görülmüştür. Çalışmada 100.000 kişiye düşen iskemik kalp hastalığı, tüm maligniteler, kronik alt solunum sistemi hastalıkları, tüm kaza mortalitesi ve 100.000 kişiye düşen konjestif kalp yetmezliği, kontrolsüz diyabet, inme, hipertansiyon morbiditesi verileri ile birinci basamak sağlık insangücü sayısı karşılaştırılmıştır. ABD'deki birinci basamaktaki hekim arzı sıkıntısına değinilmiş, mortalite ve morbiditeye birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkisi ele alınmıştır (9). Çalışmamızda da benzer sonuçlara ulaşılmış olup birinci basamaktaki pratisyen ve aile hekimi uzmanlarının mortaliteyi azaltıcı etkisi görülmüştür.

Fisher E.S. ve arkadaşlarının ABD'de belli bir bölge ve popülasyonda yaptığı çalışmada hastane yatak kapasitesinin ölüm oranlarına etkisi, sosyoekonomik ve demografik değişkenlerle birlikte değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda daha fazla hastane yatak kapasitesine sahip bölgelerde hastaneye yatırılma oranlarının %30 kadar arttığı görülmüş olup, hastane yatak kapasitesinin artırılması ölüm oranlarına etki etmemiştir. İrk ve gelir gibi değişkenlerle birlikte değerlendirildiğinde de sonuç değişmemiştir (10). Çalışmamızda da hastane yatak kapasitesinin mortaliteye anlamlı bir etkisi bulunmamış olup diğer değişkenlerde analize eklendiğinde durum değişmemiştir. Bu yönüyle çıkan sonuç, ABD'de yapılan çalışmanın sonucuyla uyumludur.

Mackenbach J. P. ve arkadaşlarının 22 Avrupa ülkesinin 30 yıllık verilerini retrospektif olarak değerlendirdiği geniş kapsamlı çalışmada gelirin ve eğitimin mortaliteye etkisi araştırılmıştır.

Çalışmanın sonucunda tüm ülkelerde gelir ve eğitim seviyesinin artmasının mortaliteyi azaltıcı yönde etkisi olduğu görülmüştür. Bu etkinin düzeyi ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Kültürel alışkanlıkların, kişilerin sağlık davranışlarının, obezite sıklığının, sigara ve alkol kullanımı oranlarının ülkeden ülkeye değişmesinin bu etkiyi yarattığı sonucuna varılmıştır. Avrupa'da sigara içme ve obezite oranları arasında bölgeden bölgeye farklılık bulunmuş, Avrupa'nın çoğu bölgesinde obezite ve sigara içme oranlarının eğitim seviyesinin düşmesi ile arttığı görülmüştür. Farklı olarak bu çalışmada sigara içme oranlarının özellikle kadın cinsiyette, eğitim seviyesinin artışı ile beraber Güney Avrupa'da yer alan bazı ülkelerde arttığı görülmüştür (11). Çalışmamızda ise gelir artışının mortaliteyi azalttığı, eğitim seviyesinin yükselmesinin ise çarpıcı olarak kronik hastalık mortalitesini arttırdığı görülmüştür.

Ülkemizde yapılan küresel yetişkin tütün kullanımı araştırmasında eğitim seviyesinin artışı ile beraber tütün kullanımı sıklığının arttığı, tütün kullanımının özellikle kırsal bölgelerde eğitim seviyesi düşük kadınlarda daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırmaya göre en yüksek tütün kullanım oranı ise hem erkek hem kadın cinsiyette lise mezunu grubundadır (12). Bu yönüyle tütün kullanımının mortaliteye olan etkisi de göz önüne alındığında çalışmamızda çıkan sonuçlarla benzerlik taşımaktadır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamızda ulaştığımız sonuçlara göre hekim sayısının uzman ya da pratisyen fark etmeksizin mortaliteyi azaltıcı bir etkisi olduğu görülmüştür. Buna rağmen eğitim ve gelirin etkisi hesaba katıldığında doktor sayısının mortaliteye etki gücünün azaldığı tespit edilmiştir. Kişinin gelir artışının kronik hastalıklardan kaynaklanan ölümleri azaltması sağlık hizmetlerine ulaşım, refah seviyesinin artışı, daha yaşanabilir çevre koşullarının sağlanması, daha iyi beslenme gibi sebeplerden dolayı anlaşılır gözükmektedir. Hastane yatak sayısının artışının ölüm oranlarını azaltmasına rağmen tek başına yeterli bir etkisi bulunmamaktadır. Bu da salgın hastalık, afet vb. hastaneye başvuruların ve yatışların arttığı durumlar dışında ülkemizde hastane yatak kapasitesinin yeterli olduğunu düşündürmektedir. Burada dikkat çekilmesi gereken diğer husus yatak kapasitesinin ağırlıklı ihtiyaç duyulan kliniklere göre ayrılmasının sonuca etki edip etmeyeceğidir. Bu sorunsal çalışmamızın sınırlarını aştığından konunun başka çalışmalarda incelenmesi yerinde olacaktır.

Çalışmamızda en dikkat çekici husus eğitim seviyesinin artışının tüm kronik hastalık mortalitesini artırması ve mortaliteye etkisinin diğer karşılaştığımız değişkenlerden daha fazla olmasıdır. Literatürü taradığımızda eğitim seviyesinin ölüm oranlarını düşürdüğünü gösteren birçok yayın olmasına rağmen aksi sonuçlara varan çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Ülkemizde eğitim seviyesi artışının kişilerin sağlık hakkındaki tutum ve davranışlarına etki edip etmediğinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Örneğin eğitim seviyesinin sigara, alkol vb. bağımlılık yapan maddelerin kullanılmasına etkisi, bunlara ulaşımı kolaylaştırıp kolaylaştırmadığı, hangi maddelerin hangi eğitim seviyesinde daha yaygın kullanıldığı ayrıntılı çalışmalarda incelenebilir.

Eğitim seviyesinin artması ile birlikte bireylerin iş yaşamına katılımı artmakta, kişiler iş ve eğitim imkanlarının fazla olduğu büyük kentlere göç etmektedirler. Eğitimli bireyler; iş hayatının getirdiği stres, büyükşehirlerdeki hava, çevre, ses kirliliği gibi faktörlerin bedensel ve ruhsal sağlığa verdiği zararlar ile karşı

karşıya gelmektedirler. Ayrıca eğitimli bireylerin ağırlıklı olarak fizik gücüne dayalı bedensel işlerden ziyade masa başı tabir edilen işlerde çalışmaları çeşitli kronik rahatsızlıklara yol açmaktadır. Hareketsiz yaşam, iş stresi ve sağlıksız beslenme ile obezite artmakta kalp damar hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar daha sık görülmektedir. Çalışmamızda ulaştığımız eğitim seviyesinin yükselmesinin ölüm oranlarını artırmasına ilişkin verinin bu gibi farklı değişkenlerin de ele alındığı çeşitli çalışmalarda desteklenmesi gerekmektedir. Bu konuyu her yönüyle ele alıp yorumlayabilmek için çalışmamızdan elde edilen sonucun farklı çalışmalarda zenginleştirilerek literatüre kazandırılması yerinde olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025). (2017). 1056, 86.
2. Bolat, B. A., & Lorcü, F. (2008). Yaşlara Göre Ölüm Oranları ile Sosyo-Ekonomik Göstergeler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi, 38(2), 124-133.
3. Acar, S., Meydan, M. C., Kazancık, D. L. B., & İşık, M. (2019). İllerin Ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması Sege-2017. 102.
4. Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018 , TÜİK Haber Bülteni. (2018). TÜİK Kurumsal. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>
5. Basu, S., Berkowitz, S. A., Phillips, R. L., Bitton, A., Landon, B. E., & Phillips, R. S. (2019). Association of Primary Care Physician Supply with Population Mortality in the United States, 2005-2015. JAMA Internal Medicine, 179(4), 506-514. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7624>
6. Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2007). Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States. International Journal of Health Services, 37(1), 111-126. <https://doi.org/10.2190/3431-G6T7-37M8-P224>
7. Gershon, A. S., Macdonald, E. M., Luo, J., Austin, P. C., Gupta, S., Sivjee, K., Upshur, R., & Aaron, S. D. (2017). Concomitant Pulmonologist and Primary Care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Population Study. Family Practice, 34(6), 708-716. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz058>
8. Gray, D. J. P., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of Care with Doctors—a Matter of Life and Death? A Systematic Review of Continuity of Care and Mortality. BMJ Open, 8(6), e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
9. Wassermann, M., & Cartsonis, J. (2019). An Analysis of Mortality, Morbidity, and Primary Care Providers in Arizona's 126 Primary Care Areas. 23.
10. Fisher, E. S., Wennberg, J. E., Stukel, T. A., Skinner, J. S., Sharp, S. M., Freeman, J. L., & Gittelsohn, A. M. (2000). Associations Among Hospital Capacity, Utilization, and Mortality of Us Medicare Beneficiaries, Controlling for Sociodemographic Factors. Health Services Research, 34(6), 1351-1362.
11. Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A. E., & European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. The New England Journal of Medicine, 358(23), 2468-2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>
12. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. (948, Ankara, 2014).

Oral Presentation / Research

Sağlık Yönetimi Alanında Eğitim Alan Öğrencilerin Yaratıcı Kişilik Özelliklerinin Girişimcilik Eğilimleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Rifat Bozça¹, Haticenur Turan², Aysu Zekioğlu³

1. Üsküdar Üniversitesi

2. Bayburt Üniversitesi, 22000 BAYBURT, Turkey E-mail: haticenurturan@bayburt.edu.tr

3. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Presentation on 26/03/2021 14:15 in "Oral presentations 13" by Haticenur Turan

Keywords / Anahtar Kelimeler: Girişimcilik, Yaratıcılık, Sağlık Yönetimi, Hastane, Eğitim

Aim:

Sağlık işletmelerinin gelişen sağlık hizmetleri pazarında sürdürülebilir faaliyetlerde bulunması, hasta ve sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarını karşılayabilmesi ve klinik kalitesi yüksek hizmet üretmesi önemlidir. Bu durum ancak profesyonel ve yenilikçi bir sağlık yönetimi anlayışı ile mümkündür. Bu sebeple sağlık yönetimi alanında eğitim alan sağlık yöneticisi adaylarının farkındalığı yüksek, girişimcilik eğilimi olan, yaratıcı ve proaktif tutumlar sergileyebilen tarzda yetiştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı kamu ve özel üniversitelerin sağlık yönetimi bölümlerinde eğitim alan öğrencilerin yaratıcı kişilik özelliklerinin girişimcilik eğilimi üzerine etkilerini incelemektir.

Method:

Araştırma 2018-2019 eğitim-öğretim yılında İstanbul'da bulunan sağlık yönetimi öğrencilerine online anket yöntemiyle yapılmıştır. Araştırmaya 22 kamu ve vakıf üniversitesinde lisans eğitimi alan 1., 2., 3. ve 4. sınıf öğrencilerinden 477 öğrenci katılmıştır. Araştırmada, Yılmaz ve Sümbül (2009) tarafından geliştirilen girişimcilik eğilimi ölçeği ile Şahin ve Danışman (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Yaratıcı Kişilik Özellikleri Ölçeği kullanılmıştır. Taraflar arasında farklılıkların bulunup bulunmadığı ve bu farkın anlamlı olup olmadığı İstatistiksel Anlamlılık Testleri (T testi, Anova Testi, dağılım normal olmaması durumunda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi) ile irdelenmiştir.

Results:

Araştırmaya katılan öğrencilerin %40,7'si mezun olduktan sonra özel sektörde %39,8'i kamu personeli olarak çalışmak istediğini ifade ederken, %19,5'i kendi işini yapmak istemektedir. Katılımcı öğrencilerin %66'sının ailesi mezun olduktan sonra öğrencinin memur olmasını istemektedir. Erkek öğrencilerin kendi işlerinde çalışma isteği (%25,2), kadın öğrencilerden (%15) daha yüksektir. Girişimcilik dersi alan öğrencilerin yaklaşık %85'inin kimseye paylaşmadığı bir iş fikri olduğu belirlenmiştir.

Conclusions:

Sağlık yöneticisi adaylarının girişimcilik eğilimi ve yaratıcı kişilik özelliklerini arttırmak için ders programına eklenen girişimcilik derslerinin teorik saatlerden ziyade uygulama ağırlıklı yürütülmesi gereklidir. Sağlık Bakanlığı ve Bakanlığa bağlı kuruluşlar tarafından sağlığa özgü girişimcilik eğitimleri planlanmalıdır. Sağlık alanında başarılı girişimciler ile sağlık yönetimi bölümü öğrencileri bir araya getirilmelidir. Sağlık alanında iyi uygulama örneklerini görmek açısından öğrencilerin

yurtdışı değişimleri desteklenmelidir.

Full Text

1. Giriş

Girişimcilik, yeni kuruluşlar başlatma ya da olgun kuruluşları, özellikle de yeni belirlenmiş iş fırsatlarına cevap veren yeni işletmeleri canlandırma uygulamasıdır (1). Girişimci ise bir fikri olan veya bir yeniliği öngören, bu fikir ve yenilikten faydalanarak işletme kurma riskini alan kişidir (2). Günümüzün sürekli değişen canlı iş dünyasında girişimcilik eğilimi, bir işletmenin var olan misyonunu ve vizyonunu gerçekleştirebilmesi, işletmenin iş dünyasında varlığını sürdürebilmesi ve büyüebilmesi için kilit role sahiptir (3). Girişimcilik eğilimi, risk alma isteğini, yaratıcı düşünme yeteneğini, piyasada fırsatları görebilme, rakiplere karşı rekabetçi olabilme ve pazardaki fırsatlarını dikkate alarak proaktif olabilme eğiliminin bütünüdür (4). Girişimcilik eğilimi, işletmelerin farklı ürünler, hizmetler ya da teknolojik süreçler geliştirebilmek için yaratıcı fikirler üretme, gözlem yapma, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunma eğilimi olarak da tanımlanmaktadır (5). Yaratıcılık kavramı, birbirinden farklı konularda yeni ve faydalı bilgiler üretme olarak tanımlanmaktadır. Bazılarına göre ise yenilikleri, orijinal fikirleri, ürün ve süreç çerçevesinde ortaya koymak olarak ifade edilmektedir. Buna ilaveten yaratıcılık, bulunan süreç içerisinde yeni fikirler meydana getirilen ürün olarak karşımıza çıkar. Ekonomik açıdan değerlendirildiğinde yenilik ve modern fikirler ile mevcut durumdaki değişiklik olarak görülmektedir (6,7).

Yaratıcılık ve girişimcilik arasında bir etkileşim bulunmaktadır. Pek çok yaratıcı kişi, düşündükleri orijinal fikirleri gerçeğe uyarlamakta başarısız olmaktadır. Girişimcilik özelliği olmayan bu yaratıcı kişilerde böyle başarısızlıklar görülmektedir. Bununla birlikte girişimci özelliği bulunan bir kimsede orijinal fikir üretme potansiyeli olmazsa sonuç yine başarısızlıktır (8). Birbirleriyle ilişki, iletişim ve etkileşim içinde bulunan bu iki kavram birbirini tamamlamaktadır (9). Bu çalışmanın amacı kamu ve özel üniversitelerin sağlık yönetimi bölümlerinde eğitim alan öğrencilerin yaratıcı kişilik özelliklerinin girişimcilik eğilimi üzerine etkileri incelemektir.

2. Yöntem

Araştırma 2018-2019 eğitim-öğretim yılında İstanbul'da bulunan sağlık yönetimi öğrencilerine online anket yöntemiyle yapılmıştır. Yılmaz ve Sümbül (2009) tarafından geliştirilen girişimcilik eğilimi ölçeği kullanılmıştır ve ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,938 olarak hesaplanmıştır (10). Qian ve ark. (11) (2010) tarafından tasarlanan, Şahin ve Danışman (12) (2017) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak son şekline getirilen 17 (on yedi) ifadeden oluşan Yaratıcı Kişilik Özellikleri Ölçeği kullanılmıştır. Yaratıcı Kişilik Özellikleri Ölçeğinin toplam güvenilirlik katsayısı 0,804 bulunmuştur. Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde faaliyet gösteren ve bünyesinde sağlık yönetimi bölümünü bulunduran 22 kamu ve vakıf üniversitede, lisans eğitimi alan 1., 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. İstanbul'da faaliyet gösteren üniversitelerde yer alan sağlık yönetimi lisans programına kayıtlı 3932 öğrenci bulunmaktadır. Örneklemin evreni temsil edebilmesi için en az 351 öğrenciye anket uygulanması esas alınmıştır. Araştırmaya toplamda 477 öğrenci katılmıştır. Çalışmanın örneklem seçiminde, tabakalı rastgele örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Örneklem miktarları %5 hata payı ve %95 güven aralığında hesaplanmıştır.

Verilerin genel analizini yapmak adına SPSS 24.0 kullanılmıştır. Analizde tanımlayıcı istatistikler, sıklık ve yüzdelik tablolar sunulmuştur. Taraflar arasında farklılıkların bulunup bulunmadığı ve bu farkın anlamlı olup olmadığı İstatistiksel Anlamlılık Testleri (T testi, Anova Testi, dağılım normal olmaması durumunda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi) ile irdelenmiştir. Sonuçlar raporlanıp, gösterim şekilleri ile (tablo, grafik) tartışılmıştır. Anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Öğrencilerin tamamına zaman ve ekonomik kısıtlıklar sebebiyle ulaşmak mümkün olmayacağından online anket yapılmıştır. Araştırma 2018-2019 eğitim-öğretim yılında İstanbul'da bulunan sağlık yönetimi öğrencilerinin görüşleri ile sınırlıdır.

3. Bulgular

Ankete katılan öğrencilerin %56'sını kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %45,1'i girişimcilik dersi almıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerden mezun olduktan sonra özel bir firmada çalışmak isteyenler %40,7 iken, ailelerinin yönlendirme durumlarına göre bakıldığında %66'sının ailesi memur olmasını istemektedir.

Tablo 1. Örneklemeye ait demografik bulgular

Demografik değişken		N	%
		(sıklık)	
Cinsiyet	Kadın	267	56
	Erkek	210	44
Sınıf	1. Sınıf	115	24,1
	2. Sınıf	124	26
	3. Sınıf	133	27,9
	4. Sınıf	105	22
Girişimcilik dersi aldınız mı?	Evet	215	45,1
	Hayır	262	54,9
Lisans eğitiminiz süresince bir işte çalıştınız mı?/çalışıyor musunuz?	Evet	166	34,8
	Hayır	311	65,2
Mezun olduktan sonra;	Kendi işimde çalışmak istiyorum	93	19,5
	Kamu personeli olmak istiyorum	190	39,8
	Özel bir firmada çalışmak istiyorum	194	40,7
Ailem beni için yönlendirmekte dir	Memur olmam	315	66
	Özel şirkette çalışmam	69	14,5
	Kendi işimi yapmam	93	19,5
Ailenizde herhangi bir işyeri sahibi olan var mı?	Evet	162	34
	Hayır	315	66
Kimseye paylaştığınız kendinize ait bir iş fikriniz var mı?	Evet	209	43,8
	Hayır	102	21,4
	Olmasını isterdim	166	34,8
Kendinizi girişimci bir kişiliğe sahip görüyor musunuz?	Evet	335	70,2
	Hayır	142	29,8

Araştırmada, cinsiyet değişkeni ile yaratıcı kişilik ve alt boyutlarından amaç yönelimlilik, içsel motivasyon ve risk alma puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 2). Cinsiyet değişkeni ile yaratıcı kişilik alt boyutlarından olan kendine güven ($p = 0,001$) puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p < 0,05$). Ayrıca cinsiyet değişkeni ile girişimcilik eğilimi ($p = 0,020$) puan ortalamaları arasında da anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Erkeklerin girişimcilik eğilimi ortalamasının daha yüksek çıkmasının nedeni kendi işyerlerini kurma (Tablo 3) isteklerinin ve kendine güvenlerinin yüksek olmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Tablo 2. Yaratıcı kişilik ve girişimcilik eğilimi puanlarının cinsiyete göre t testi sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std.Sapma	t	P
Amaç Yönelimlilik	Kadın	267	3,729	0,703	-0,328	0,743
	Erkek	210	3,751	0,729		
İçsel Motivasyon	Kadın	267	4,209	0,569	0,644	0,520
	Erkek	210	4,174	0,603		
Kendine Güven	Kadın	267	3,522	0,904	-4,423	0,001
	Erkek	210	3,881	0,849		
Risk Alma	Kadın	267	4,052	0,675	-0,395	0,693
	Erkek	210	4,077	0,697		
Yaratıcı Kişilik	Kadın	267	3,910	0,443	-1,529	0,127
	Erkek	210	3,975	0,489		
Girişimcilik Eğilimi	Kadın	267	3,845	0,523	-2,335	0,020
	Erkek	210	3,952	0,462		

Tablo 3'de sağlık yönetimi öğrencilerinin cinsiyeti ile mezun olduktan sonra çalışmak istedikleri alan ile anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Erkek öğrencilerin kendi işlerinde çalışma istediği kadın öğrencilere göre daha yüksektir. Tablo 2'de erkek öğrencilerin kendine güven ve girişimcilik eğilimi puan ortalaması kadın öğrencilere göre yüksek olması yapılan ki kare testini destekler niteliktedir.

Tablo 3. Cinsiyet ile mezun olduktan sonra alan tercihi arasında Ki-Kare analizi

Cinsiyet	Mezun olduktan sonra;				Toplam	x ²	sd	p
	Kendi işimde çalışmak istiyorum	Kamu personeli olmak istiyorum	Özel bir firmada çalışmak istiyorum					
Kadın	40	117	110	267	8,806	2	0,012	
	15%	43,8%	41,2%	100%				
Erkek	53	73	84	210	8,806	2	0,012	
	25,20%	34,80%	40%	100,00%				
Toplam	93	190	194	477	8,806	2	0,012	
	19,5%	39,8%	40,7%	100%				

Girişimcilik dersi alan öğrenciler ile iş fikrine sahip olup olmama durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4). Girişimcilik dersi alan öğrencilerin yaklaşık %85'inin kimseye paylaşmadığı iş fikri var ya da olmasını istemektedir. Bu durumda girişimcilik eğitimi öğrencileri girişimcilğe teşvik ettiği düşünülebilir.

Tablo 4. Girişimcilik dersi alma ile iş fikri arasında Ki-Kare analizi

Girişimcilik dersi aldınız mı?	Kimseye paylaşmadığınız kendinize ait bir iş fikriniz var mı?				Toplam	x ²	sd	p
	Evet	Hayır	Olmasın İstemedim					
Evet	104	32	79	215	10,013	2	0,007	
	48,40%	14,90%	36,70%	100%				
Hayır	105	70	87	262	10,013	2	0,007	
	40,10%	26,70%	33,20%	100%				
Toplam	209	102	166	477	10,013	2	0,007	
	43,80%	21,40%	34,80%	100%				

Yaratıcılık kişilik özellikleri ortalamaları ile girişimcilik eğilimi ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 5). Yaratıcı kişilik özellikleri ile girişimcilik eğilimi arasındaki ilişki ($r = 0,379$) pozitif yönde zayıf bir ilişkidir. Sağlık yönetimi lisans öğrencilerinin yaratıcı kişilik özellikleri arttıkça girişimcilik eğilimi de artmaktadır. Yaratıcı kişilik özellikleri alt boyutları olan amaç yönelimlilik, içsel motivasyon, kendine güven ve risk alma ile girişimcilik eğilimi ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Yaratıcı kişilik ve girişimcilik eğilimi arasındaki korelasyon analizi

	1	2	3	4	5	6
1. Amaç Yönelimlilik	1					
2. İçsel Motivasyon	,215**	1				
3. Kendine Güven	,408**	,125**	1			
4. Risk Alma	,186**	,341**	,204**	1		
5. Yaratıcı Kişilik	,735**	,628**	,642**	,626**	1	
6. Girişimcilik Eğilimi	,167**	,282**	,258**	,322**	,379**	1

4. Sonuç Ve Öneriler

Bir ülkenin refah seviyesine ulaşarak değer yaratması, büyümesi, rekabet ortamına ayak uydurabilmesi yaratıcı ve girişimci bireyler ile gerçekleşebilmektedir. Sağlık sektöründeki rekabet ortamını geliştirmek ve toplumda değişim yaratmak amacıyla sağlık yönetimi alanında eğitim alan öğrencilerin iyi yetiştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Risk almaktan korkmayan, realist, seçici, etkin iletişim becerisine sahip, yeniliğe açık, objektif ve dinamik yetişmiş sağlık yöneticileri ile sağlık sisteminin geliştirilmesine katkı sağlanabilecektir.

Yapılan çalışma sonucunda, sağlık yönetimi öğrencilerinin sınıf dağılımları ile yaratıcı kişilik ve alt boyutlarından amaç yönelimlilik, kendine güven ve risk alma arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Sağlık yönetimi öğrencilerinin sınıf dağılımları değişkeni ile içsel motivasyon arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. 1.sınıfın içsel motivasyon ortalaması 2.sınıfa göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz 2019'ın çalışması da benzer özellik göstermektedir. Lise öğrencilerinin yaratıcı kişilik özellikleri ve alt boyutları arasında anlamlı ilişkinin olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda lise 1 öğrencilerinin içsel motivasyon puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya konulmuştur (13). Güngör'ün çalışması da benzer şekilde lise 1. sınıf öğrencilerin diğer öğrencilere göre yaratıcılık puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (14). Bu yönüyle öğrenci gruplarının yaşlarının küçülmesi içsel motivasyonlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. İlerleyen yaşlarda tecrübelerin artmasıyla birlikte öğrenilmiş çaresizlik yani kişinin sarf ettiği çabanın karşılığını alamama durumunun bulunması yeni fikirlere bakış açısını etkilemektedir. Bu da içsel motivasyonunun

düşmesine sebep olabilmektedir. Dilek'in çalışmasında ise sınıf düzeyinin yükselmesiyle birlikte yaratıcılığın da artması beklenirken aralarında herhangi bir anlamlı ilişkinin bulunmadığı tespit edilmiştir (15). Bu da eğitim programının yaratıcı düşünme becerisine yeteri kadar etkisinin olmadığı düşüncesini akla getirmektedir.

Yapılan araştırma sonucuna göre girişimcilik eğilimi ile yaratıcı kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir. Girişimcilik eğilimi ile yaratıcı kişilik özellikleri arasında pozitif yönde ortaya yakın düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Girişimcilik eğilimi ile yaratıcı kişilik özellikleri karşılıklı etkileşim içerisinde.

Sağlık yönetimi öğrencilerinin girişimcilik eğilimi puanının daha önce bu alanda yapılan çalışmalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı örneklemin İstanbul olması, öğrencilerin mega kentte eğitim alıyor olmaları, mezun olduktan sonra kendi işlerinde çalışma isteğinin yüksek olması, ailelerinin girişimci olmaları için yönlendirmeleri, öğrencilerin kendilerine ait iş hayali kurabilmeleri girişimcilik puan ortalamasını yükseltmesine katkı sağlamıştır.

Sağlık yönetimi adaylarının girişimcilik eğilimi ve yaratıcı kişilik özelliklerini arttırmak için:

- Türkiye'de Ar-Ge'ye verilen önemin artmasıyla beraber girişimci ve yaratıcı kişilik özellikleri taşıyan bireylere ihtiyaç duyulmaktadır. Toplumda bir kültür oluşmasında bireylerin erken yaşlarda girişimci olarak yönlendirilmesi ve üniversitelerde eğitimlerin verilmesi yaygınlaşmalıdır. Ders programına eklenen girişimcilik derslerinin teorik saatler dışında uygulama içermesi ve bu uygulama derslerinde proje, alan araştırma gibi faaliyetler verilmesi eğitimin niteliğini arttırabilir.
- Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı kuruluşlar ve diğer ilgili bakanlıklar ve kuruluşlar tarafından sağlığa özgü girişimcilik eğitimleri planlanmalıdır.
- Sağlık alanında başarılı girişimciler ile öğrenciler bir araya getirilmelidir
- Girişimcilik eğitimleri girişimci birey olmak için başlı başına yeterli bir etmen değildir. Buna ek olarak finansal destekler sağlanmalıdır.
- Performansa dayalı ödeme sisteminde hastane yöneticilerine girişimciliği ve yaratıcılığı kullanmaya yönelik teşvik edici uygulamalar ve ek ödeme kalemleri oluşturulmalıdır.
- Kurumlar için geliştirilen girişimcilik endeksleri objektif olarak değerlendirilmelidir.
- Sağlık alanında iyi uygulama örnekleri için yurtdışı değişimleri desteklenmelidir.
- Girişimcilik ve yaratıcılık alanında akademik ilgi uyandırmak ve sağlık yönetimi adaylarının mevcut durumunu analiz etmek gerekmektedir. Analiz sonuçlarına göre bu alanda olumlu bulunan özelliklerin daha da iyi seviyelere getirilmesi, olumsuz veya yetersiz görülen özelliklerin de üzerinde çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Kaynakça

1. Baron R. The cognitive perspective: A valuable tool for answering entrepreneurship's basic 'why' questions. *Journal of Business Venturing* 2004; 19(2):221-239.
2. Hatten TS. *Small business management: Entrepreneurship and beyond*. Nelson Education;2015.
3. Rauch A, Wiklund J, Lumpkin GT, Frese M. Entrepreneurial orientation and business performance: An Assessment of past research and suggestions for the future. *Entrepreneurship Theory and Practice* 2009;33(3):761-787.
4. Miller D. The correlates of entrepreneurship in three types of firms. *Management Science* 1983;29(7):770-791.

5. Lumpkin GT, Dess GG. Clarifying the entrepreneurial orientation construct and linking it to performance. *Academy of Management Review*, 1996;21(1):135-172.
6. Amabile TM. Motivating creativity in organizations: On doing what you love and loving what you do. *California management review* 1997;40(1):39-58.
7. Higgins M, Morgan J. The role of creativity in planning: The 'creative practitioner'. *Planning Practice & Research* 2000;15(1-2):117-127.
8. Ford CM. A theory of individual creative action in multiple social domains. *Academy of Management Review* 1996;21(4):1112-1142.
9. Gundry LK, Kickul JR. Flights of imagination: Fostering creativity through experiential learning. *Simulation & Gaming* 1996;27(3):334-349.
10. Yılmaz E, Sünbül AM. Üniversite öğrencilerine yönelik girişimcilik ölçeğinin geliştirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2009;(21): 195-203.
11. Qian M, Plucker JM, Shen J. A Model of Chinese Adolescents Creative Personality. *Creativity Research Journal* 2010; 22(1), 62-67
12. Şahin F, Danışman Ş. Yaratıcı kişilik özellikleri ölçeği: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2017;7(2): 747-760.
13. Yılmaz M. Lise Öğrencilerinde Yaratıcı Kişilik İle Beş Faktör Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkiler (tez). İstanbul: Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü;2019.
14. Güngör İ. Anadolu Lisesi Öğrencilerinin Yaratıcı Düşünme Düzeylerinin Kişisel Uyum, Sosyal Uyum, Genel Yetenek ve Akademik Başarı İle İlişkisi (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü;2007.
15. Dilek AN. Sosyo-Kültürel Özelliklerin Yaratıcı Düşünmeye Etkisi (tez). Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü;2013.

Oral Presentation / Research

olabileceğini ancak bu kilo artışının sigara bırakmanın yararları yanında göz ardı edilebilecek kadar düşük olduğu bulundu.

Sigara Bırakmanın Depresyon Semptomları, Uyku Kalitesi, Solunum Fonksiyon Testi ve Vücut Kompozisyon Analizi Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi

Aslıhan Titrek¹, Kamile Marakoğlu²

1. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, 42250 Konya, Turkey E-mail: dr.atitrek@gmail.com
2. Selçuk University Faculty of Medicine

Presentation on 26/03/2021 14:15 in "Oral presentations 13" by Aslıhan Titrek

Keywords / Anahtar Kelimeler: Sigara; Depresyon; Akciğer yaşı; Uyku; Vücut kompozisyon analizi

Aim:

Sigara bırakma polikliniğine başvuran bireylerde sigara bırakmanın depresyon semptomatolojisi, uyku kalitesi, solunum fonksiyonu ve vücut kompozisyon analizi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi ve sigarayı bıraktıktan 3 ay sonraki değişimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Method:

Bir sigara bırakma polikliniğine başvuran 18-64 yaş arasındaki bireylerle yapılan prospektif tipte bir çalışmadır. Katılımcılara 67 soruluk anket yüz-yüze görüşme tekniğiyle uygulandı. Sosyodemografik özellikleri, nikotin bağımlılık düzeylerini belirlemek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT), depresyon semptomatolojilerini değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), uyku kalitelerini değerlendirmek için Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) soruldu. Katılımcılara ekspiryum havasında karbonmonoksit (CO) ölçümü, solunum fonksiyon testi (SFT) ve vücut kompozisyon analizi için bioelektriksel impedans yöntemiyle (BIA) vücut ölçümü yapıldı. Sigarayı bıraktıktan 3ay sonra kontrol değerlendirmeleri tamamlanan 236 bireye kontrol anketi ile CO, SFT ve BIA tekrarlandı.

Results:

Katılımcıların %75'i erkekti (n=177) ve yaş ortalamaları 37,37 ± 12,12 idi. Sigaraya başlama yaşı ortanca değeri 16 (min:9, max:42), yarısından fazlası (%59,7, n=141) yüksek ve üzeri nikotin bağımlıydı. Gençlerde sigaraya başlama yaşı giderek küçülmekteydi(p<0,001). Katılımcıların sigarayı bıraktıktan 3ay sonra BDÖ ortalaması anlamlı düzeyde azalmıştı(p<0,001). SFT sonuçlarına göre; sigarayı bıraktıktan 3 ay sonra zorlu vital kapasite (FVC) ortalamaları, 1.saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm (FEV1) ortalamaları, FEV1/FVC oranları anlamlı düzeyde artarken, akciğer yaş ortalamaları ise azalarak kronolojik yaşına yaklaşmıştı (her biri için p<0,001). PUKİ ortalaması 3. ayda anlamlı düzeyde azalmıştı(p<0,001). Vücut kompozisyon analizi sonuçlarına göre ise; Vücut kitle indeksi (VKI), vücut yağ oranı yüzdesi (PBF), visseral yağ alanı (VFA) ve bazal metabolizma hızı (BMH) 3.ayda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artmıştı(p<0,001). Uyku ile depresyon arasında pozitif yönde, orta güçte korelasyon vardı(p=0,001).

Conclusions:

Bu çalışmada sigara bırakmanın akciğer fonksiyonu ve akciğer yaşı üzerine olumlu etkileri olduğu, mevcut depresyon semptomlarında ve uyku kalitelerinde anlamlı düzeyde iyileşme olduğu görüldü. Sigarayı bırakan bireylerde bir miktar kilo artışı

Oral Presentation / Research

Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bu Tarzların Sosyodemografik Veriler ile İlişkisiGülseren Pamuk¹, Aslı Ulusal², Esra Meltem Koç²

1. İzmir, 0553626259 İzmir, Turkey E-mail: drgulpmk@gmail.com
 2. İzmir Katip Çelebi University

Presentation on 26/03/2021 14:15 in "Oral presentations 13" by Gülseren Pamuk

Keywords / Anahtar Kelimeler: Stress, Stres ile baş etme, Üniversite öğrencileri

Aim:

Stres günümüzün en önemli sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Stresin insanlar üzerinde fiziksel, ruhsal ve davranışsal sonuçları görülmektedir. Bu yüzden stresle başa çıkma tarzlarını uygun bir şekilde kullanmak stresin olumsuz sonuçları önlemekte oldukça etkilidir. Stresin yoğun bir şekilde hissedildiği üniversite hayatı boyunca stresle başa çıkmayı bilmek daha da önemli olmaktadır. Bu çalışmanın amacı 2019-2020 yılında eğitim öğretim gören İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi öğrencilerinde stresle başa çıkma tarzları ve bu tarzların sosyodemografik verilerle ilişkisini incelemek ve stresle başa çıkma tarzları ile ilgili farkındalığı arttırmaktır.

Method:

Çalışmaya İKÇÜ Çiğli 15 No'lu EASM' ye herhangi bir nedenle başvuran, 18 yaşın üzerinde toplam 405 üniversite öğrencisi katılmıştır. 01.10.2019 - 29.02.2020 tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile anket çalışması şeklinde yapılmıştır.

Results:

Katılımcılar "Stresle Başa Çıkma Tarzları" (SBTÖ) ölçeğinden en fazla ortalama puanı Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY) alt grubundan almıştır. Katılımcıların %71.6 kadın, %99'unu bekârlar oluşturmaktadır. Katılımcıların cinsiyet, gelir durumu, spor yapma ve sosyal etkinlikler katılma durumu stresle başa çıkma tarzları seçiminde SBTÖ ölçeği alt grupları açısından anlamlı bulunmuştur.

Conclusions:

Bu çalışmanın sonuçlarına göre özellikle kadınlara ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylere stresle başa çıkma teknikleri açısından eğitimlerin verilme gerekliliği olduğu görülmüştür. Ayrıca stresle baş etme için bu yaş grubundaki bireyleri spor yapma ve sosyal etkinliklere teşvik edilmesinin önemi görülmüştür. Bu açıardan birinci basamaktan toplumun her kesimiyle karşılaşan aile hekimlerinin biyopsikososyal ve bütüncül yaklaşım modelleri içerisinde; bireylerin stresle başa çıkma tarzları konusunda farkındalıklarının olması risk gruplarına ve gerekli durumlarda danışmalık ve eğitimleri vermesi gerektiğini düşünmekteyiz. Ayrıca üniversite öğrencilerine eğitim öğretim müfredatlarında stresle başa çıkma tarzları konusunda yer verilmesi ve bunların düzenli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir.

Full Text**Giriş**

Stres kelimesi bireylerin günlük yaşantısında anlamını bilerek ya da tam olarak bilmeyerek, sıklıkla kullandıkları bir sözcüktür.

Halk arasında genel olarak gerginlik kötü hissettiren duygular anlamında kullanılmakla birlikte hekimler tarafından vücuda olumsuz etkileri olan olumsuz faktörler gibi anlamlarda da kullanılmaktadır. Öyle ki televizyon programında internet yayınlarında kongrelerde seminerlerde bu konudan oldukça fazla söz edilmektedir. Stresin sağlığını, yani fiziksel ruhsal ve psikososyal anlamdaki tam iyilik halimizi tehlikeye sokan, kapasitesini zorlayıcı etkileri bulunmaktadır (1). Üniversite öğrencilerinin, üniversite yaşamları boyunca birçok zorlayıcı etmenle karşılaştıklarını biliyoruz (2). Aileden ayrılma, eğitim öğrenim görülen bölüm ile ilgili kaygılar, başarısızlık korkusu, barınma sorunları, ekonomik problemler, zararlı alışkanlıklara maruz kalma üniversite öğrencilerinin başlıca stres kaynaklarıdır. Bu durumlar karşısında öğrenciler, etkili veya etkili olmayan bazı başa çıkma tarzları ortaya koymaktadırlar. Stresle baş etme, stresi algılama, verebileceği hasarı algılama ve bu hasarı önlemeye çalışmakla ilişkilidir (3). Üniversitedeki eğitim ve öğretim; bireylere yalnızca iyi birer meslek kazandırmayı değil aynı zamanda kendine güvenen, yaşam doyumunu yüksek, hedef sahibi, kendinden ve çevresi ile ilişkisinden memnun sağlıklı ve topluma yararlı toplumu kandıran birey yetiştirmeyi ilke edinir. Bu hedeflere ulaşmanın yolu da karşılaşılan stres faktörleri ile etkin bir şekilde başa çıkmayı bilmekten, bu şekilde stres kaynaklarını azaltmaktan ve etkin olmayan yolları terk etmekten geçer (4).

Bu çalışmanın amacı 2019-2020 yılında eğitim öğretim gören İzmir Katip Çelebi Üniversitesi öğrencilerinde stresle başa çıkma tarzları ve bu tarzların sosyodemografik verilerle ilişkisini incelemek ve stresle başa çıkma tarzları ile ilgili farkındalığı arttırmaktır.

Materyal-Metod

Tanımlayıcı, kesitsel tipte planlanan bu çalışma, 01.10.2019-29.02.2020 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Çiğli 15 Nolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde (EASM) yapılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 08.08.2019 tarihli ve 324 sayılı karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır. Aynı zamanda İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Rektörlüğü'nden çalışmanın yapılabilmesi için 18.09.2018 tarih ve 1900078911 sayılı karar numarası ile gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara ilk olarak çalışma hakkında bilgi verilmiştir, gönüllü olan katılımcıların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Çalışmanın evrenini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi kayıtlı öğrencisi olmak, 18 yaş ve üzerinde olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve aydınlatılmış onam formunu imzalamış olmak, soruları eksiksiz cevaplamış olmak şeklinde belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü, open epi sample size hesaplama aracı ile hesaplanmıştır. İKÇÜ' de eğitim alan öğrenci sayısı 12.845 olduğundan ve sıklık bilinmeyen sıklık olarak %50 alındığında, %95 güven aralığı, %80 güç, %5 hata payı ile örneklem büyüklüğü en az 373 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışma periyodunda, İKÇÜ Çiğli 15 nolu EASM' ye herhangi bir nedenle başvuran, dâhil edilme kriterlerini karşılayan toplam 405 üniversite öğrencisi çalışmaya alınmıştır.

Veriler, araştırmacılar tarafından geliştiren 16 soruluk sosyodemografik veri anketi ve 30 soruluk "Stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBTÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Stresle Başa

Çıkma Tazları Ölçeği ilk olarak "Stresle Başa Çıkma Yolları Envanteri" adıyla, Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında 66 madde olarak geliştirilmiş bir ölçektir (5). Türkiye'de Şahin ve Durak tarafından 1995 yılında üniversite öğrencilerine yönelik uyarlanarak geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış ve "Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği" adıyla 30 madde şeklinde oluşturulmuştur (6). Dörtlü likert tipi şeklinde olan ölçek; Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY) (7 Madde), İyimser Yaklaşım (İY) (5 Madde), Çaresiz Yaklaşım (8 Madde), Boyun Eğici Yaklaşım (BEY) (6 Madde), Sosyal Destek Arama (SDA) (4 Madde) olmak üzere toplam 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler birbirinden bağımsız ve ayrı ayrı puanlanabilmektedir. Ölçekte 1. ve 9. maddeler ters puanlanmakta, diğer maddeler ise 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır (6).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme SPSS 15.0 paket programıyla bilgisayar ortamında yapıldı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; çalışmada sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ya da medyan (minimum-maksimum) değerleriyle, kategorik değişkenler ise frekans ve ilgili yüzde değerleriyle ifade edildi. Yaş ve "Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği" puanları gibi sürekli değişkenlerin, normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov - Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen parametreler, gruplar arası karşılaştırmalarında, iki ortalama için Mann-Whitney U testi ve ikiden fazla ortalama için Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi kullanılarak incelendi. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Sosyodemografik veriler

Çalışmaya katılan 405 kişinin yaş ortalaması 20.72 ± 2.14 (median 21.00, min: 17.00, max: 44.00)'dir. Katılımcıların %71.6'sı (n:290) kadın idi ve yine toplam katılımcıların %99.0'ı (n:401) bekâr idi. Katılımcıların annelerinin eğitim durumları değerlendirildiğinde %40.5'i (n:164) ilkökul, %31.4'ü (n:127) ortaokul ve lise, %19.0'ı (n:77) üniversite ve üstü mezunu idi. Babalarının eğitim durumları değerlendirildiğinde %29.6'sı (n:120) ilkökul, %42.7'si (n:173) ortaokul ve lise, %26.9'u (n:109) üniversite ve üstü mezunu idi. Katılımcı öğrencilerin eğitim-öğretim gördükleri bölümlere baktığımızda %5.4'ünün (n:22) tıp, %7.7'sinin (n:31) mühendislik, %55.6'sının (n:225) sağlık bilimleri, %6.4'ünün (n:26) turizm, %9.4'ünün (n:38) islami bilimler, %8.9'unun (n:36) diş hekimliği, %6.6'sının (n:27) iktisadi ve idari bilimler fakültesinde olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların gelir durumu değerlendirildiğinde, %51.1'i (n:207) gelirinin giderine denk, %31.1'i (n:126) gelirinin giderinden az, %17.8'i (n:72) gelirinin giderinden çok olduğunu düşünüyor. Katılımcıların %60.2'si (n:244) harçlığının yeterli olduğunu düşünüyordu. Katılımcıların %20.7'si (n:84) ailesi ile birlikte %9.6'sı (n:39) evde tek başına, %25.9'u (n:105) evde arkadaşı ile birlikte, %41.7'si (n:169) yurttan, %2.0'ı (n:8) tanıdıklarının yanında yaşıyorlardı.

Katılımcıların spor yapma alışkanlıklarını sorguladığımızda %5.9'unun (n:24) her gün spor yaptığı, %43.7'sinin (n:177) haftada 3 kez, %19.5'inin (n:79) haftada 3'ten az spor yaptığı bununla birlikte %30.9'unun (n:125) hiç spor yapmadığı tespit edildi. Katılımcıların sinema, tiyatro vb. etkinliklere gitme sıklığına baktığımızda %11.4'ünün (n:46) haftada 2 kez,

%56'sının (n:227) ayda 2 kez, %24.9'unun (n:101) yılda birkaç kez gittiği; %7,7'sinin (n:31) hiç gitmediği bulundu.

Stresle Baş Etme Tazları Verileri

Katılımcılar stresle başa çıkma tazları ölçeği ile değerlendirilmiştir. Her bir alt grup ortalama puanları tablo 1' de verilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeğinin Alt Grup Puanları Açısından Değerlendirilmesi

	Ort \pm SD	Min	Max
Kendine Güvenli Yaklaşım	13.92 \pm 3.89	1	21
Çaresiz Yaklaşım	9.61 \pm 4.28	0	23
Boyun Eğici Yaklaşım	4.71 \pm 2.76	0	14
İyimser Yaklaşım	8.72 \pm 2.91	0	15
Sosyal Destek Arama	7.64 \pm 2.04	1	12
Toplam Ölçek Puanı	44.62 \pm 7.50	25	72

Yaş ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, alt gruplardan sadece BEY alt grubunda anlamlı sonuç bulundu, yaş arttıkça BEY puanı azalmaktaydı ($r = -0.110$ $p < 0.05$). Cinsiyet ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, KGY ve İY alt gruplarında erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan elde ettiği saptandı ($p < 0.05$).

Gelir düzeyi ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ÇY ve SDA alt grupları ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Geliri giderinden az olanlarda SDA puanı diğer gruplara göre daha düşük iken ÇY puanı daha yüksek bulundu ($p < 0.05$). Harçlık yetme durumu ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ÇY ve SDA alt grupları ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$).

Spor yapma durumu ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde KGY ve İY alt grupları ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Spor yapma sıklığı arttıkça hem KGY hem de İY ortalama puanlarının arttığı tespit edildi. ($p < 0.05$).

Sosyal etkinliğe gitme durumu ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde KGY ve ÇY alt grupları ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Ayda iki kez sosyal etkinliğe gidenlerde diğerlerine göre KGY ortalama puanı daha yüksek, ÇY ortalama puanı daha düşük bulundu ($p < 0.05$).

Sigara kullanma durumu ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, SDA alt grubu ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Halen sigara kullananlarda ortalama SDA puanı diğerlerine göre daha düşük bulundu ($p < 0.05$). Alkol kullanma durumu ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, BEY ortalama puanının alkol kullanmayanlarda kullananlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Medeni durum, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu, annenin çalışma durumu, eğitim aldığı bölüm, yaşadığı yer ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki herhangi bir ilişki bulunmadı ($p > 0.05$).

Tartışma

Çalışmaya 18-44 yaş aralığında 405 üniversite öğrencisi katılmıştır. Katılımcılara sosyo-demografik veri anketi ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği uygulanmıştır. SBTÖ' nin her bir alt grup ortalama puanları hesaplanmıştır. Bu hesaplama sonucu en yüksek puan ortalamasını alan alt grup olan kendine güvenli yaklaşımın ortalaması 13.92 ± 3.89 'dir. Aynı ölçeğin kullanıldığı hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada da yine en çok ortalama alt grup puanının KGY alt grubu olduğu bildirilmiştir (7). Üniversite öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği çalışmalarda katılımcıların en çok, KGY alt grubundan en fazla ortalama puanı aldıkları görülmüştür (8-10). Yine üniversite öğrencileri arasında yapılan çalışmalarda da öğrencilerin en yüksek puanı KGY, İY ve SDA alt grup puanları toplamından oluşan problem odaklı başa çıkma boyutundan aldığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu şekilde KGY alt grubu en yüksek puan olarak tespit edilmiştir. Bu bulgu üniversite öğrencilerinin stresle baş etmede problem odaklı başa çıkma biçimini daha çok tercih ettikleri şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmalar doğrultusunda, üniversite öğrencilerinin; beklenildiği üzere; problem odaklı aktif ve kendine güvenli yaklaşım ile stresle başa çıkmaya çalıştığı şeklinde ifade edilebilir (11).

Çalışmamızda ilk incelenen sosyo-demografik parametre olan yaş ile SBTÖ ve alt grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde bir tek boyun eğici yaklaşım alt grubunda anlamlı sonuç görülmüştür. Taşkın ve Çağlayan'ın beden eğitimi ve spor öğretmenliği bölümü öğrencileri arasında yaptığı araştırmada öğrencilerin farklı yaş gruplarında olmalarının, farklı stresle başa çıkma tarzlarını seçmede anlamlı bir etkisi olmadığını ve karşılaşılabilecekleri stresli durumlarda hemen hemen aynı yaklaşım tarzını göstereceklerini belirtmek ile birlikte çalışmamız verileri ile uyumludur (12). Çalışmamıza benzer şekilde tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan başka bir çalışmada da yaşın, stresle başa çıkma tarzları kullanımı açısından önemli olmadığı saptanmıştır (13).

Literatüre bakıldığında çalışmamızda kullanılan ölçeğe benzer nitelikte alt grup özelliklerine sahip diğer stresle başa çıkma tarzları ile ilgili ölçeklerle yapılan çalışmalara baktığımızda cinsiyetlere göre stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılmasında farklılar görülmüştür (6). Uşak'ta üniversite öğrencilerine yönelik bir çalışmada kız öğrencilerin stresle baş etmede erkeklere göre daha fazla sosyal destek arama eğiliminde olduğu belirlenmiştir (11). Kırşehir'de üniversite öğrencileri arasında yapılan başka bir çalışmada benzer bir şekilde sosyal destek arama alt grubunun kız öğrencilerde daha fazla kullanıldığı görülmüştür (14).

Bununla birlikte her iki cinsiyetin benzer stresle başa çıkma tarzları alt gruplarını kullandığını gösteren çalışmalar da vardır (12,15,16). Üniversite öğrencilerinden farklı bir evrenin kullanıldığı bir grup hekimin stresle başa çıkma tekniklerinin değerlendirildiği çalışmada stresle başa çıkma tarzları alt grup puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulunmamıştır (17). Bizim çalışmamızda da stresle başa çıkma yollarını kullanmada stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt gruplarının cinsiyet açısından farklılıklar gösterdiği; KGY ve İY alt grubunun erkeklerde kadınlara göre daha fazla kullanıldığı tespit edilmiştir.

Literatürde Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin kullanıldığı çalışmalara baktığımızda karşılaştırmaların daha çok probleme yönelik yaklaşım ve duygulara yönelik yaklaşım bakımından iki

grupta olduğunu görmekteyiz. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları karşılaştırıldığında; tıp fakültesindeki erkek öğrencilerin aktif tarzları, kız öğrencilerin pasif tarzları daha çok kullandığı görülmüş; sağlık yüksekokulunda ise erkeklerin aktif tarzları daha çok kullandığı görülmüş fakat pasif tarz puanları ile cinsiyet arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir (17). Başka bir çalışmada ise tam tersi bir şekilde kız öğrencilerin planlı problem çözme alt grubu puanlarının erkek öğrencilere göre daha fazla tercih ettiği tespit edilmiştir (18).

Bizim çalışmamızda da benzer şekilde erkeklerde probleme yönelik yaklaşım tarzının daha fazla kullanıldığı tespit edilmiştir. Fakat duygulara yönelik yaklaşım açısından kadın ve erkek öğrenciler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Katılımcıların stresle başa çıkma tarzları ile medeni durumları arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Literatürde stresle baş etme tarzları ve medeni durum ilişkisi arasında az sayıda veri bulunmuştur. Beden eğitimi öğretmenlerinin stresle başa çıkma tarzlarının değerlendirildiği bir çalışmada evli bireylerin stresle başa çıkarken daha çok din kavramına sığınma davranışını benimsediği ve stres faktörü ile baş etmede aile ortamının ve dayanışmasının dine sığınma yaklaşımını, dolayısıyla duygulara yönelik yaklaşımı azalttığı bildirilmiştir (19). Psikolojik danışmanlar arasında yaşam doyumları ve stresle başa çıkma tarzları ile ilgili yapılmış bir çalışmada da danışmanların medeni durumlarının stresle başa çıkma tarzlarını etkilemediği görülmüştür (20). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde medeni durum ile stresle başa çıkma tarzları arasında bir ilişki tespit edilmemiştir. Anlamlı ilişki bulunmamasının bir nedeni de çalışmamıza katılan katılımcıların büyük çoğunluğunun bekar olması olabilir.

Stres düzeyini ve stresle başa çıkma tarzlarını etkileyeceği düşünülen bir diğer faktör ise annenin ve babanın eğitim durumudur. Annenin eğitim durumu ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada sağlık yüksekokulu öğrencilerinin annesi ilkökul mezunu ve daha düşük öğrenim düzeyine sahip olanların duygulara yönelik yaklaşım tarzını daha sık kullandığı fakat babanın eğitim durumunun stresle başa çıkma tarzları üzerine herhangi bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (17). Aynı araştırmacının 2004 yılında tıp fakültesi öğrencileri arasında yaptığı başka bir çalışmada anne eğitim düzeyinin arttıkça boyun eğici yaklaşım sıklığının azaldığı fakat baba eğitim durumunun bir etkisi olmadığı görülmüştür (21). İkinci ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinde stres ve atılganlık üzerine yaptığı araştırmada anne-baba eğitim durumu ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (15). Bizim çalışmamızda da beş alt grup açısından anne ve baba eğitim düzeyi ile tarzlar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Anne ve baba eğitim düzeyi ve stresle başa çıkma tarzları iki ana alt grubu incelendiğinde de yine aynı şekilde anlamlı bir fark görülmemiştir.

Anne veya baba çalışma durumları ile stresle başa çıkma tarzları arasında literatürde az sayıda çalışma olsa da; EKİNCİ ve arkadaşlarının 2013 yılındaki "Hemşirelik Öğrencilerinde Stres ve Atılganlık" isimli çalışmada anne veya baba çalışma durumları ile stresle başa çıkma tarzları arasında ilişki tespit edilmemiştir (15). Bizim çalışmamızda da bu çalışmaya benzer şekilde anlamlı bir istatistiksel ilişki tespit edilmemiştir.

Sosyoekonomik düzey farklılıklarının hem sosyal destek sistemleri hem de yaşam kalitesi üzerinden bireyin dış dünya ile

olan ilişkisini bununla bağlantılı olarak bilgi işleme süreçlerini etkileyeceği, bu durumun bireyin stresle başa çıkma davranışlarını değiştirebileceği düşünülebilir. Sağlık meslek yüksekokulu öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzeye ile stresle başa çıkma tarzları arasında farklılıklar olduğu görülmüştür (17). Savcı ve Aysan'ın 2014'te yaptığı bir çalışmada düşük sosyoekonomik düzeye sahip öğrencilerin stresle başa çıkarken daha çok pasif tarzları tercih ettiği görülmüştür. Bizim çalışmamıza baktığımızda da gelir düzeyinin giderlerine göre az olduğunu düşünenlerin ÇY'yi daha çok; SDA'yı daha az tercih ettikleri görülmüştür. Bununla birlikte sosyoekonomik düzeyin stresle başa çıkmada anlamlı bir etken olmadığını gösteren bir çalışma da bulunmaktadır. (ergin, uzun, bozkurt) Kişinin harçlık durumunu yeterli bulup bulmaması da ailenin gelir düzeyinin yanı sıra kişinin beklentileri ile de ilgilidir ve harçlığının yeterli olmadığı yönde algısı olan bireyler daha çok duygulara yönelik tarzları tercih etmektedir (18). Çalışmamızda bu bulgu da kişilerin gelir düzeyleri ile ilgili yorumları ile paralellik göstermekte harçlığını yeterli görmeyen bireylerin SDA yaklaşımını daha az; ÇY yaklaşımını daha çok kullandıkları tespit edilmiştir.

Stresle başa çıkma tarzları ile öğrencilerin eğitim öğretim aldığı bölümler arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında, tıp fakültesi öğrencileri ile sağlık yüksekokulu öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları karşılaştırıldığında Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin duygulara yönelik yaklaşım tarzlarından olan çaresiz yaklaşımı daha çok kullandığı görülmüştür (17). İlköğretim öğretmenliği bölümünde okuyan üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada resim iş öğretmenliği bölümü okuyan öğrencilerinin matematik, fen bilgisi, sosyal bilgiler, bilgisayar ve öğretim teknolojileri öğretmenliği bölümü okuyan öğrencileri göre probleme yönelik yaklaşım tarzını daha çok tercih ettiği görülmüştür (18). Çalışmamızda, katılımcıların eğitim ve öğretim aldıkları bölümlerin, stresle başa çıkma tarzları seçiminde alt gruplar açısından fark oluşturmasa da; duygulara yönelik yaklaşımın kullanılmasında farklılık oluşturduğu gözlemlenmiştir. Çalışmamızda turizm bölümü öğrencilerinin diğer bölümlere kıyasla duygulara yönelik yaklaşımı daha az tercih ettiği görülmüştür. Görüldüğü gibi farklı üniversitelerde bölümler açısından farklı sonuçlar bildirilmiştir.

Üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğu üniversiteye başladıklarında aynı zamanda başka bir şehirde yaşamak ailelerinden ayrı kalmak gibi sorunlarla da karşılaşmakta ve bu yüzden kendilerini stres altında hissetmektedirler. Kişinin bu süreçte yaşadıkları yerin stresle başa çıkması üzerinde etkili olduğu varsayılabilir. Çalışmamızda bu konuyu incelediğimizde ailelerinin yanında yaşayan öğrencilerle diğer öğrenciler arasında stresle başa çıkmada anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Bu bulgunun tersi olarak literatürde, sosyal desteğe başvurma davranışının yeterli olmasının bile aileden uzak yaşama sorunuyla başa çıkmada etkili olmadığını gösteren bir çalışma da bulunmaktadır (6).

Kişilerin sosyal etkinliklere katılması sosyal çevresiyle paylaşım ve etkileşimde bulunması stresle başa çıkmasında önemli olabilecek etkenlerden biri olarak düşünülmüş ve öğrenciler bu açıdan da değerlendirilmiştir. Literatürde sosyal etkinliğe katıldığını belirten öğrencilerin duygulara yönelik başa çıkma alt boyutu puan ortalamalarının bazen katılan ve katılmayan öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüş sosyal etkinliğe katılan öğrencilerin pozitif duygu puan ortalamaları bazen katılan ve katılmayan öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (22). Bizim çalışmamızda da sosyal

etkinliklere hiç katılmadıklarını belirten bireylerin çaresiz yaklaşımı daha çok benimsedikleri ve daha az kendine güvenli yaklaşımı kullandığı; haftada iki kere sosyal etkinliğe katılan kişilerin daha az katılan ve hiç katılmayan kişilere göre pasif başa çıkma tarzlarını daha az kullandığı tespit edilmiştir. Bu durum literatür ile uyumlu olarak bulunmuştur.

Sigara ve alkol kullanımının da stres yönetiminde etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Literatürde sigara kullanımı ile ilgili olarak elde edilen bulgular sigara içen öğrencilerin stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşımı diğer öğrencilere göre daha çok kullandıklarını; hiç sigara kullanmayan öğrencilerin de stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşımı daha çok kullandıklarını göstermektedir (23). Kelleci ve arkadaşlarının, 2012 yılında, sigara içen ve içmeyen üniversite öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada, sigara kullanmayan kız öğrencilerin daha fazla sosyal destek arama yaklaşımını kullandıkları belirlenmiştir (24).

Bizim çalışmamızda sigara içmeyen öğrencilerin sosyal destek arama davranışı, içenlere oranla daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Bu sonuç Duran ve Gözetin'in 2017 yılındaki çalışmasındaki ile aynı yöndedir (25).

Literatürde stresle başa çıkma yaklaşımları ve Alkol kullanımı ilişkisi le ilgili olarak elde edilen bulgular ara sıra ayda bir ya da iki ayda bir kez alkol kullanan öğrencilerin stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşımı diğer öğrencilere göre daha çok kullandıklarını; hiç alkol kullanmayan öğrencilerin ise stresle başa çıkmada çaresiz ve boyun eğici yaklaşımı daha çok kullandıklarını göstermektedir. Yine aynı şekilde haftada en az iki kez alkol kullanan öğrencilerin ise kendine güvenli yaklaşımı daha çok kullandıkları saptanmıştır (23). Riskli alkol kullanımı ve stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği başka bir çalışmada da alkol kullanımıyla anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği belirlenen tek başa çıkma tarzının boyun eğici yaklaşım olduğu ortaya çıkmıştır (10). Bizim çalışmamızda da alkol kullanmayan bireylerin BEY tarzını daha çok kullandığı bulunmuştur. Bulgular; sık sık alkol ve bağımlılık düzeyinde sürekli sigara kullanan üniversite öğrencilerinin stres kaynakları karşısında probleme odaklanma ve durumu değiştirmeye yönelme yerine risk oluşturmasına rağmen alkol ve sigarayı stresin yarattığı olumsuz duygularla başa çıkmada bir araç olarak kullandıklarını düşündürmektedir.

Sonuç olarak, özellikle kadınlara ve sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylere stresle başa çıkma teknikleri açısından eğitimlerin verilme gerekliliği olduğu görülmüştür. Ayrıca stresle baş etmek için bu yaş grubundaki bireylerin spor yapma ve sosyal etkinliklere teşvik edilmesinin önemi görülmüştür. Bu açıdan birinci basamakta toplumun her kesimiyle karşılaşan aile hekimlerinin, biyopsikososyal ve bütüncül yaklaşım modelleri içerisinde; bireylerin stresle başa çıkma tarzları konusunda farkındalıklarının olması, risk gruplarına gerekli durumlarda danışmanlık ve eğitim vermesi gerekmektedir. Ayrıca üniversite öğrencilerine eğitim öğretim müfredatlarında stresle başa çıkma tarzları konusunda yer verilmesi ve bunların düzenli aralıklarla tekrarlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Akbağ M. Stresle başa çıkma tarzlarının üniversite öğrencilerinde olumsuz otomatik düşünceler, transaksyonel analiz ego durumları ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2000. 2) Çakmak Ö, Hevedanlı M. (2005). Eğitim ve Fen-Edebiyat Fakülteleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2005;4(14):115-127.
2. Lazarus RS. Psychological Stress and The Coping Process. New York: Mc

- Graw-Hill Company, 1966.
3. İmamoğlu O, Gültekin YY. Önerilen Dengelenmiş Toplumsal Birey Modeli Işığında Üniversite Gençliğinin Sorunları", Türk Psikoloji Dergisi. 1993;8(30):27-41.
 4. Lazarus RS. Progress on cognitive- motivational- relational theory of emotion. American Psychologist. 1991; 46 (8):819-834.
 5. Iwasaki, Y. Roles of leisure in coping with stress among university students: A repeated-assessment field study: Anxiety, Stress & Coping, 2003, 16(1), 31-57.
 6. Temel E, Bahar A, Çuhadar D. Öğrenci Hemşirelerin Stresle Baş Etme Tarzları Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007 Sayı 2 5.
 7. Gürdil G. Üniversite Öğrencilerinde Travma Yaşantısı, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve İç Dış Kontrol Odağı İnancı İle Riskli Alkol Kullanımı Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: T.C. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı 2007.
 8. Özlem AŞCI, Hazar G., Kılıç E, Korkmaz A. Üniversite öğrencilerinde stres nedenlerinin ve stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015 8(4) : 213-232.
 9. Taşğın Ö, Çağlayan H. S. Beden eğitimi ve spor öğretmenliği bölümü öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. Ulusal Beden Eğitimi ve Spor Öğretmenliği Kongresi. Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Özel Sayısı 2011 73-82.
 10. Ergin A, Uzun SU, Bozkurt Aİ. Tıp fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi, Fırat Tıp Dergisi. 2014 19(1), 31-37.
 11. Çelik SB. Orta Asya Türk Cumhuriyetlerinden gelen öğrenciler ile Türkiye Cumhuriyeti öğrencilerinin stresle başa çıkma stratejilerinin karşılaştırılması, Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2008 9(3), 125-132.)
 12. İkinci M, Altun ŞÖ, Can, G. Hemşirelik Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Atılabilirlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2013 4(2) : 67-74)
 13. Bektaş M, Karagöz Ş. Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Yalnızlığa Etkisi: Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2019 9(21): 342-355.
 14. Şen H, Toygar M, Türker T, İnce N, Tuğcu H, Keskin H. Bir Grup Hekimin Stresle Başa Çıkma Tekniklerinin Değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull 2012. 11(2): 211-218.
 15. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007 18(2) : 137-146
 16. Erkmn N, Çetin MÇ. Beden eğitimi öğretmenlerinin stresle başa çıkma tarzlarının bazı değişkenlerle ilişkisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2008 (19) : 231-242.
 17. Aysan F, Bozkurt N. Okul psikolojik danışmanlarının yaşam doyumu, stresle başa çıkma stratejileri ile olumsuz otomatik düşünceleri: İzmir ili örnekleme. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, İnönü Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Malatya 6-9 Temmuz 2004
 18. Kaya M, Güneş G, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi öğrencilerinde boyun eğici davranışlar ve şiddetle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2004 (5) : 5-10.
 19. Böke İ. Spor Yapan Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Anksiyete Düzeyi ve Stresle Başa Çıkma Becerilerinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: T.C. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2018
 20. Topal, M. Üniversite öğrencilerinin stres ile başa çıkma stilleri ile pozitif ve negatif duygu arasındaki ilişki [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. 2011.
 21. Taş MY. Oryantiring Sporcuları ile Sporcu Olmayan Bireylerin Stresle Başa Çıkabilme Becerileri [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: T.C. Gazi Üniversitesi. 2010.
 22. Karahan T F, Hatice EPLİ. Üniversite Öğrencilerinin Alkol Ve Sigara Kullanım Sıklığına Göre Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi. Ege Eğitim Dergisi. 2005 6(2).
 23. Kelleci M, Gölbaşı Z, İnal S, Kavakcı Ö. Sigara İçen Ve İçmeyen Üniversite Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tarzları: Cinsiyetin Etkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2012 34(13) : 9-16.
 24. Duran S, Gözetin A. Üniversite Öğrencilerinde Sigara İçme Davranış Yalnızlık ve Stresle Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Bozok Tıp Dergisi. 2017 7(1) : 1-7.

Oral Presentation / Research

**Dr. Lütfi Kırdar Tuzla Eğitim Aile Sağlığı
Merkezi'ne Kayıtlı 35-69 Yaş Arası Kadınlarda
Meme Kanseri Riskinin ve İlişkili Faktörlerin
Değerlendirilmesi**

Roza Aslan Altaş¹, Can Öner¹, Hüseyin Çetin¹, Engin Ersin
Şimşek²

1. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ HAMİDİYE
ULUSLARARASI TIP FAKÜLTESİ KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR
HASTANESİ, İSTANBUL, Turkey E-mail: rozaasla@gmail.com

2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital Department of Family
Medicine

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 14" by Roza Aslan Altaş

Keywords / Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, meme
kanseri tarama, Gail risk skoru

Aim:

Meme kanseri, dünyada ve ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve en sık 1. mortalite nedeni olan bir kanser türüdür. Tanı anındaki hastalık evresi mortalite ve sağkalımı etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Çalışmamızda hastaların meme kanseri risk düzeylerini hesaplayıp, tarama açısından ilgili merkezlere yönlendirmeyi ve hastaları meme kanseri açısından bilgilendirmeyi amaçladık.

Method:

Kesitsel nitelikte tasarlanan çalışmamızda 1 Mart 2020 – 1 Eylül 2020 tarihleri arasında S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ve çalışma kriterlerini karşılayan 35-69 yaş arasında 233 kadına ulaşılmıştır. Hastalara sosyodemografik özelliklere ve Gail risk skorlamasına göre değerlendirme anketi uygulanmıştır.

Results:

Katılımcıların yaş ortalaması $47,6 \pm 9,5$ yıldır. Katılımcıların meme kanseri risk puanları Gail modeli ile hesaplanmıştır. Katılımcıların ortalama Gail risk puanları $9,9 \pm 5,7$ 'dir. Değerlendirme amacıyla kişilerin 5 yıllık meme kanseri riskleri Gail modeli ile değerlendirilmiş ve katılımcıların ortalama 5 yıllık Gail puanları $0,9 \pm 0,6$ olarak bulunmuştur. Puanlar dikkate alındığında katılımcıların %8,2'sinde 5 yıl içinde meme kanseri gelişme riski yüksek bulunmuştur. Risk düzeyinin; çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, aile öyküsü varlığı, menopoza öyküsü, HRT kullanım öyküsü, küretaj sayısı ve toplam emzirme süresi ile aralarında anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,019$, $p=0,000$, $p=0,015$, $p=0,014$, $p=0,005$ ve $p=0,034$).

Conclusions:

Meme kanserinin önlenmesi ve taranması için meme kanseri riskinin tahmin edilmesi çok önemlidir. Meme kanseri risk değerlendirme modelleri olası kanser vakalarını tahmin etme açısından başarılı sonuçlar sergileyebilir. Riskli bulunan hastaları daha sıkı takibe alarak, erken tanı sayesinde sağkalımı arttırmak mümkün olabilir.

Oral Presentation / Research**Endometrium kanserli olgularımızın klinik, patolojik ve tedavi özelliklerinin gözden geçirilmesi; tek merkez deneyimi**

Burak Andaç, Sernaz Uzunoğlu

Trakya University, 22100 Edirne, Turkey E-mail: drburakandac87@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 14" by Burak Andaç

Keywords / Anahtar Kelimeler: Endometrium kanseri, klinikopatoloji, prognostik faktörler**Aim:**

Endometrium kanserleri kadın kanserleri arasında %4.8 görülme oranı ile 6. sıradadır. Kadın genital sisteminin gelişmiş ülkelerde en sık görülen malign tümördür. Çalışmamızda nispeten sık görülen bu kanser türünün klinik, patolojik ve tedavi özelliklerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Method:

Çalışmamızda, 1997-2015 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na başvuran endometrium kanserli hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenerek, demografik özelliklerin, tedavi tiplerinin, histopatolojik özelliklerin ve prognostik faktörleri değerlendirildi.

Results:

Hastaların %81.6'sının postmenopozal dönemde tanı aldığı ve %68.3'ünün evre I olduğu belirlendi. Tanı anında 6 (%4.4) hastada metastaz tespit edildi. İzlem süresince 9 (%6.6) hastada nüks geliştiği belirlendi. Hastaların medyan genel sağ kalım süresi 193 ay olarak bulundu. Prognostik faktörler üzerine yaptığımız tek değişkenli analizde hastalığın evresi, histolojik derecesi, tanı yaşı, histolojik tip, lenf nodu metastazı varlığı, lenfatik ve vasküler invazyon varlığı, myometrial invazyon derinliği, servikal stromal invazyon varlığı, tümör çapı, periton sitolojisi pozitifliği, serum CA-125 düzeyi ve hemogloblin düzeyinin genel sağ kalımı anlamlı düzeyde ($p<0.05$) etkilediği tespit edildi. Tanı yaşı, histolojik tip, lenfatik invazyon varlığı, tümör çapı, histolojik derece ve hemogloblin düzeyinin ise hastaliksız sağ kalımı anlamlı düzeyde ($p<0.05$) etkilediği tespit edildi. Çok değişkenli analizde evre ve pre-operatif CA-125 düzeyinin genel sağ kalımı belirlemede, tek başına evrenin ise hastaliksız sağ kalımı belirlemede bağımsız prognostik faktörler olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Conclusions:

Sonuç olarak; hastalığın prognozu üzerine en etkili faktörün hastalığın evresi olduğu kanaatindeyiz. Evre dışında tespit ettiğimiz diğer prognostik faktörlerin adjuvan tedavi kararı alınırken göz önünde bulundurulması açısından çok sayıda hasta içeriği bulunan prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Full Text**GİRİŞ**

Endometrium kanserleri kadın kanserlerinin % 4.8'ini oluşturmaktadır (1). Kadın genital sisteminin gelişmiş ülkelerde en sık, gelişmekte olanlarda 2. en sık görülen malignitesidir (2). Olguların %75'i postmenopozal dönemdedir; ortalama görülme

yaşı 61'dir (3). Endometrium kanseri erken belirti verdiği için genellikle erken evrede tanı alır ve prognozu diğer jinekolojik kanserlere göre daha iyidir. Tanı anında hastalık %68 uterusu sınırlıdır, komşu organlar ve lenf noduna metastaz %20, uzak metastaz %8 oranında görülür (4). Olguların %75-90'ı anormal uterin kanama ile başvururlar (4).

Endometrium kanserlerinin en sık görülen patolojik tipi endometrioid tip adenokarsinomdur ve gelişiminde yeterli progesteronla karşılanmayan uzun süreli endojen veya eksojen östrojen stimülasyonunun rolü vardır (1). Çoğu sporadik olmakla birlikte, küçük bir bölümü Lynch Sendromu gibi herediter sendromlarla birliktelik göstermektedir.

Endometrium kanseri kesin tanısı; endometrial biyopsi, fraksiyone dilatasyon ve küretaj (D&C) veya histerektomi materyalinin incelenmesi ile histolojik olarak konur (5).

Endometrium kanserinde en sık kullanılan evreleme sistemi; esas olarak cerrahi bulgulara dayanılarak hazırlanmış "International Federation of Gynecology and Obstetrics" (FIGO) evreleme sistemidir.

Erken evre ve düşük riskli endometrium kanserlerinde genellikle tek başına cerrahi uygun bir tedavi seçeneği olabilirken, ileri evre ve yüksek riskli hastalar adjuvan kemoterapi ve radyoterapi fayda görürler. Beş yıllık sağkalım erken evrede tanı alan hastalarda %90 civarında iken, ileri evrede bu oran %20'ye düşmektedir (6). Tedavi kararında en önemli faktörler; hastanın klinik özellikleri, performans durumu ve tümörün yaygınlık derecesidir (7). Cerrahi tedavinin temeli total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomidir (TAH+BSO) (4, 8). Pelvik ve paraaortik lenf nodu disseksiyonu veya cerrahi sitoreduksiyon selektif olarak yapılır. Cerrahi sonrası adjuvan tedavi kararı hastanın persistan ve relaps hastalık riskine göre alınır. Bu risk ise tanı anındaki evre ve prognostik faktörlerle belirlenir (8). Adjuvan tedavide radyoterapi, kemoterapi veya ikisinin kombinasyonu uygulanır.

Endometrium kanserlerinde en önemli prognostik gösterge evredir (2). Evre dışındaki prognostik göstergeler ise yaş, histolojik tip, histolojik ve nükleer grade, myometrial ve lenfovasküler invazyon durumu, lenf nodu metastazı varlığı, tümör boyutu, peritoneal sitoloji, hormon reseptör durumu ve tedavinin tipidir (2). Sağkalım ve nüks ile ilgili bağımsız prognostik faktörlerin saptanabilmesi, hastalığın kontrolü ve sistemik tedavi kararı verme konusunda önemli bir veri olacaktır. Çalışmamızda bu kanser türünün klinik ve patolojik özelliklerinin gözden geçirilmesi yanında prognostik risk faktörlerinin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Yaptığımız çalışma Hasta Hakları Yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak planlandı. Çalışma öncesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alındı .

1997-2015 yılları arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne endometrium kanseri tanısı ile başvuran endometrial kanserli olgular retrospektif olarak değerlendirildi; dosya kayıtları tam olan 136 hasta çalışmaya dahil edildi.

Veri toplanması sırasında Medikal Onkoloji arşiv kayıtlarından, hastane dosyalarından, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi otomasyon sisteminden, patoloji laboratuvarı

kayıtlarından faydalanıldı.

Tümörün ilk patolojik tanısı ile hastalığın ilk yinelemesi (lokal/bölgesel, uzak) arasında geçen süre hastaliksız sağkalım, ilk tanı ile ölüm tarihine kadar geçen süre genel sağkalım süresi olarak hesaplandı.

Parametrik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılması bağımsız değişken t testi ile yapıldı. Parametrik olmayan değişkenlerin birbiri ile ilişkileri Ki-kare testi ile değerlendirildi. Genel sağkalım ve hastaliksız sağkalım analizleri ile sağkalım eğrileri elde edilmesi Kaplan Meier yöntemi ile yapıldı. sağkalım eğrilerinin karşılaştırılması Long-rank testi ile yapıldı. Long-rank testi ile p değeri 0.15'in altında olan prognostik faktörler ayrıca çok değişkenli analize alındı. Çok değişkenli analiz Cox-regresyon testi ile yapıldı. Güvenilirlik aralığı %95, istatistiksel anlamlılık için p değeri <0.05 olarak kabul edildi. Tüm veriler SPSS 16.0 paket programında kodlanarak girildi.

BULGULAR

Hastaların ortanca tanı yaşı 58 idi. Tanı anında %81.6'sının postmenopozal , %18.4'ünün ise premenopozal dönemde olduğu görüldü.

Hastalar en sık postmenopozal vajinal kanama (101 hasta, %74.3) şikayeti ile başvurmuşlardı. Operasyon öncesi 89 (%65.4) hastanın CA-125 değeri normal sınırlardaydı; 15 (%11) hastanın ise yüksekti.

Opere edilen hastalarda uygulanan cerrahi yöntemler; Total abdominal histerektomi + bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO) (%14), TAH+BSO+pelvik lenf nod disseksiyonu (%41.2), TAH+BSO+pelvik ve paraaortik lenf nodu disseksiyonu (%44.9) idi.

Toplam 87 hastaya (%64) operasyon sonrası radyoterapi uygulanmıştı. Toplam 22 hasta başlangıç tedavide ya tek başına veya diğer tedavi kombinasyonları ile birlikte KT almıştı.

Tanı anında 6 (%4.4) hastada uzak metastaz mevcut iken, 130 (%95.6) hasta ise metastatik değildi. Çıkarılan lenf nodlarından da ortalama 0.5±2.7 (ortalama±standart sapma) tanesinde lenf nodu metastazı olduğu görüldü.

Yüz yirmi iki hastanın endometrioid tip adenokarsinom, 8 hastanın mikst karsinom, 4 hastanın seröz karsinom, 1 hastanın berrak hücreli karsinom, 1 hastanın da undiferansiye karsinom alt tipine sahip olduğu belirlendi.

Altmış bir (%44.9) hastanın grade 1, 52 (%38.2) hastanın grade 2, 23 (%16.9) hastanın ise grade 3 histolojik ve nükleer dereceye sahip olduğu görüldü.

Doksan (%66.2) hastanın batın yıkama sıvısında malign hücre negatif iken, 8'inde (%5.9) batın yıkama sıvısında malign hücre pozitifiti.

Tanı anında 55 (%40.4) hastanın evre IA, 38 (%27.9) hastanın evre IB, 17 (%12.5) hastanın evre II, 11 (%8.1) hastanın evre IIIA, 1 (%0.7) hastanın evre IIIB, 8 (%5.9) hastanın evre IIIC₁, 6 (%4.4) hastanın da evre IVB olduğu tespit edildi.

Hastaların patoloji sonuçlarına göre tümör çapları ortalama 3.2±1.8 cm (ortalama±standart sapma) olarak bulundu.

35 (%25.7) hastanın lenfatik invazyonunun ,15 (%11) hastanın vasküler invazyonunun olduğu görüldü. 5 (%3.7) hastanın tümörü endometriuma sınırlı iken, 73 (%53.7) hastada myometriyumun ½'sinden az, 58 (%42.6) hastada myometriyumun ½'sinden daha fazla tümöral invazyon mevcuttu. Serviks invazyonu olan hasta sayısı 30 (%22,1), serviks invazyonu olmayan hasta sayısı 105 (%77,2) idi. 13 (%9,6) hastanın servikal stromal invazyonu varken, 120 (%88.2) hastanın servikal stromal invazyonu yoktu.

Tanı yaşının >55 olması, nonendometrioid histolojik tip, lenfatik invazyon varlığı, tümör çapının 2.5 cm'den büyük olması, hastalık evresinin ileri olması, yüksek histolojik grade mevcudiyeti, tanı anında Hb düzeyinin 10 gr/dl altında olması ile nüks oranının istatistiksel olarak arttığı tespit edildi.

Tanı yaşının ≤55 olması, endometrioid histolojik tip, lenfatik invazyonun olmaması, düşük grade, Hb düzeyinin >10 g/dl olması ve tümör çapının <2.5 cm olması medyan hastaliksız sağkalım süresini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttıran faktörler olarak bulundu (Tablo 1).

Tanı yaşının >55 olması, ileri evre, non-endometrioid histolojik tip, lenf nodu metastazı varlığı , lenfatik ve vasküler invazyon, servikal stromal invazyon, myometrial invazyon, yüksek nükleer grade, periton sitolojisinde malign hücre pozitifliği ve pre-op CA-125 yüksekliği genel sağkalımı istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaltan faktörler olarak tespit edildi. Genel sağkalım ile ilişkili faktörler Tablo 2'de; prognostik göstergelerle 5 yıllık sağkalım ilişkisi Tablo 3'de özetlenmiştir.

Genel sağkalım için yapılan çok değişkenli analiz sonucunda; ileri tümör evresinin ve yüksek pre-op CA-125 düzeyinin genel sağkalımı azalttığı görüldü (p=0.012, p=0.005). Hastaliksız sağkalım için yapılan çok değişkenli analiz sonucunda ise sadece tümör evresi ile ilgili istatistiksel anlamlı sonuç elde edildi. Evrenin ileri olmasının hastaliksız sağkalım süresini kısalttığı görüldü (p=0.017).

TARTIŞMA

Endometrium kanserleri kadınlarda kanser ölümlerinin %3'ünü oluşturmaktadır (1). Çoğu vaka erken evrede tanı almış olsa da, bazı vakalar çok daha agresif seyrebilmektedir. Bu nedenle sağkalım ve nüks ile ilgili bağımsız prognostik faktörlerin saptanabilmesi, hastalığın kontrolü konusunda önemli bir veri sağlayacaktır.

Evre, sağkalımı etkileyen en önemli parametredir (4,9). Birçok çalışma endometrium kanserlerinde hastalık evresi ilerledikçe sağkalım oranlarının azaldığını göstermiştir (2,9-11). Çalışmamızda 5 yıllık sağkalımın evre IA'da %98 iken evre IVB'de %0'a düştüğü ve evreler arası sağkalım süreleri açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Ayrıca, evrenin ilerlemesiyle nüks sayılarının istatistiksel anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir (p=0.025).

Yapılan farklı çalışmalarda tümör grade'i arttıkça 5 yıllık sağkalım oranlarının azaldığı ve nüks oranının arttığı saptanmıştır (9-11). Hatta bir çalışmada evre I olgular içerisinde en anlamlı kötü prognostik kriterin grade olduğu saptanmıştır (12). Çalışmamızda tümör grade'i arttıkça medyan genel sağkalım ve medyan hastaliksız sağkalım süresinin kısalması ile nüks oranlarının artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p değerleri sırasıyla; 0.044, <0.001, <0.001).

Birçok çalışmada genç yaşta tanı alan hastaların daha iyi klinik gidiş gösterdikleri belirtilmiştir (9,11). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak tanı yaşı 55 yaş ve altında olan hastaların, daha uzun sağkalım sürelerine sahip oldukları görülmüştür ($p=0.026$).

Endometrium kanserlerinde histopatolojik tipin prognozla ilişkisi konusunda kesin bir görüş birliği bulunmamakla birlikte; birçok çalışmada endometrioid adenokanserlerin non-endometrioid tipe göre daha iyi klinik gidiş gösterdiği vurgulanmıştır (13,14). Çalışmamızda endometrioid tipteki olguların hastalısız sağkalım ve genel sağkalım sürelerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (p değerleri sırasıyla 0.001, 0.005).

Lenf nodu metastazı prognozu olumsuz yönde etkiler, artan tümör grade'i ve artan evre ile ilişkilidir (9). Çalışmamızda lenf nodu metastazı ile genel sağkalım arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.003$).

Lenfovasküler invazyon, yüksek histolojik grade ve derin myometrial invazyonla ilişkili olarak gösterilmesinin yanında; bağımsız bir prognostik faktör olarak da gösterilmektedir (15). Çalışmamızda lenfatik invazyon ve vasküler invazyon arttıkça genel sağkalım süresinin kısaldığı saptanmıştır (p değerleri sırasıyla 0.002 ve 0.017).

Myometriyal invazyon varlığı ve derinliği endometrium kanserlerinde prognozu belirleyen önemli bir parametredir (4,9). Derin myometriyal invazyon azalmış sağkalım ve artmış nüks oranı ile ilişkilidir (9). Çalışmamızda myometrial invazyon $>1/2$ olan grupta 5 yıllık sağkalım oranı %80.7 iken, myometriyal invazyonu olmayan veya $<1/2$ oranında myometriyal invazyona sahip diğer grupta bu oran %96.6 olarak bulunmuştur ($p=0.017$).

Tümör boyutu endometrium kanserlerinde genel sağkalım için bağımsız bir prognostik faktör olarak gösterilmektedir; ayrıca lenf nodu metastazıyla yakından ilişkilidir (9,16). Bizim çalışmamızda lenf nodu metastazının oranı tümör çapı 2,5 cm ve altında olan grupta %3.7; 2,5 cm'in üzerinde olan grupta ise %11.7 olarak bulunmuştur; tümör boyutu ve lenf nodu metastazı açısından literatürle uyumludur. Nüks oranları ve tümör çapı değerlendirildiğinde; tümör çapı ≤ 2.5 cm olan olgularda %1.9, tümör çapı >2.5 cm olan olgularda %10.3 oranında nüks tespit edilmiştir. Çalışmamızda ayrıca 5 yıllık sağkalım tümör çapı ≤ 2.5 cm olan hasta grubunda %100, tümör çapı >2.5 cm olan grupta ise %81 olarak bulunmuştur ($p=0.004$).

Serum CA-125 düzeyi ölçümü endometrial kanserin ekstrauterin yayılımını tahmin etmede klinik olarak yararlı bir testtir. Metastatik endometrium kanserlerinde CA-125 düzeyinin anlamlı olarak yükseldiği, nüks hastalığın tespit ve takibinde kullanılabileceği ileri sürülmektedir (17,18). Fakat bu net olarak gösterilememiştir. Yüksek CA-125 düzeylerinin artan evre ve lenf nodu metastazı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur; ancak CA-125 için eşik değer belirlenememiştir (17,18). Çalışmamızda yüksek CA-125 düzeyi artan evre ve lenf nodu metastazı ile ilişkili saptanmıştır ($p<0.001$).

Ayrıca çalışmamızda 5 yıllık sağkalım oranları CA-125 düzeyi normal olan hastalarda %91.1, yüksek olan hastalarda ise %66.6 saptanmıştır. Bulgularımız yüksek CA-125 düzeylerinin genel sağkalımda azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir ($p<0.001$). Aynı zamanda sağkalım için yaptığımız çok değişkenli analiz sonucunda da CA-125 düzeyi ile ilgili istatistiksel anlamlı sonuçlar elde edilmiştir ($p=0.005$). Hastalarımızda yüksek CA-125 düzeyi ile sağkalım arasındaki

ilişki uzak metastatik hastalığı olanlarda CA-125'in yükseldiğini telkin etmekte; aynı zamanda çalışmamızda artan evre ve lenf nodu metastazı varlığı ile CA-125 yüksekliği arasında anlamlı ilişkinin saptanması da bunu desteklemektedir. Her ne kadar retrospektif ve sınırlı sayıda hasta ile yaptığımız bu çalışmada kesin bir kanıya varmak oldukça zor olsa da; aynı zamanda sağkalım için yaptığımız çok değişkenli analiz sonucunda da CA-125 düzeyinin sağkalım ile ilişkisi devam etmiştir.

SONUÇ

Endometrium kanserinde prognostik faktörleri belirlemek için yapılan çalışmaların birçoğunda hastaların evrelemeleri ve yapılan tedavi şekilleri açısından bir standart yoktur. Çalışmalarda çalışılan hasta grubunda belirlenen çeşitli prognostik faktörler hesaplamalara katılmakta ve çıkan sonuçlara göre yorum yapılmaktadır. Endometrium kanseri için prognostik faktör olarak kabul gören parametreler yine literatürü destekler nitelikte bizim çalışmamızda da tek değişkenli analizlerde sağkalım için anlamlı olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların sağkalım sürelerini belirleyen en önemli prognostik göstergeler hastalığın evresi, histolojik derecesi, tanı yaşı, histolojik tip, lenf nodu metastazı varlığı, lenfatik ve vasküler invazyon varlığı, myometrial invazyon derinliği, servikal stromal invazyon varlığı, tümör çapı, periton sitolojisi pozitifliği, serum CA-125 düzeyi ve hemoglobin düzeyi olarak saptanmıştır. Bağımsız olarak diğer parametrelerden etkilenmeden sağkalımı belirleyen en önemli faktörler ise evre ve serum CA-125 düzeyi olarak saptanmıştır. Ancak çalışmamız retrospektif ve göreceli olarak az sayıda hasta ile yapılmış olmasından dolayı buradan elde edilen bilgilerin klinik uygulamalarımıza geçebilmesi, özellikle de sistemik yayılım riski yüksek olup adjuvan tedaviyi gerçekten hak eden hastaların ayırt edilebilmesi için çok sayıda hasta içeriği olan prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Tablo 1. Hastaliksız sağkalım ile ilişkili faktörler

	Median HSK (ay)	P değeri
Tanı yaşı		
≤ 55	203.31 (176.61-230.01)	0.024*
> 55	131.28 (112.61-149.95)	
Histolojik tip		
Endometrioid	167.95 (153.74-182.15)	0.001*
Non-endometrioid	86.23 (12.97-159.50)	
Lenfatik invazyon		
Var	158.55 (118.06-199.04)	0.032*
Yok	173.99 (162.46-185.51)	
Tümör çapı		
≤ 2.5 cm	155.61 (147.47-163.75)	0.029*
> 2 cm	173.30 (141.23-205.37)	
Grade		
Grade 1	170.90 (153.14-188.67)	< 0.001*
Grade 2	138.94 (131.96-145.92)	
Grade 3	128.70 (54.60-202.80)	
Hb oranı		
≤10 g/dl	61.23 (36.31-86.14)	0.013*
>10 g/dl	191.22 (170.61-211.83)	

*ki-kare

Tablo 2: Genel sağkalım ile ilişkili faktörler

	Median Genel Sağkalım (ay)	P değeri
Tanı yaşı		
≤ 55	213.18 (203.39-222.96)	0.026*
> 55	131.67 (114.26-149.09)	
Histolojik tip		
Endometrioid	171.33 (162.20-180.46)	0.005*
Non-endometrioid	122.95 (58.02-187.87)	
LAP pozitifliği		
Var	76.51 (54.95-98.07)	0.003*
Yok	201.65 (189.48-213.83)	
Lenfatik invazyon		
Var	161.05 (126.42-195.68)	0.002*
Yok	176.73 (168.55-184.91)	
Batın yıkama		
Malign	33.87 (20.82-68.23)	0.005*
Benign	188.92 (168.24-209.60)	
CA-125 düzeyi		
Normal	201.46 (186.50-216.41)	<0.001*
Yüksek	86.23 (10.60-161.86)	
Bilinmiyor	154.04 (142.43-165.64)	

*ki-kare

Tablo 3: Prognostik göstergelerle 5 yıllık sağkalım ilişkisi

		5 yıllık sağkalım (%)
Evre	IA	%98
	IVB	%0
Histolojik Grade	1	%95.5
	2	%90.3
	3	%71.2
Tümör çapı	≤2.5 cm	%100
	>2.5 cm	%81.8
Myometrial invazyon	<1/2	%96.6
	>1/2	%80.7
Vasküler invazyon	yok	%92.5
	var	%62.5
Serviks invazyonu	yok	%94.8
	var	%80.9

KAYNAKLAR:

1. World cancer research fund international. Cancer facts and figures: Endometrial cancer rates. [16 January 2015]. Available from: http://www.wcrf.org/cancer_statistics/cancer_facts/endometrial_cancer_rates.php
2. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin.* 2011;61(2):69-90.
3. SEER Stat Fact Sheets: Endometrial Cancer. [13 August 2012]. Available from: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/corp.html>
4. Berek JS, Hacker NF. *Uterine Cancer.* Gynecologic Oncology. 5 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2010. p. 396-442.
5. Chen L, Berek JS. Endometrial carcinoma: Clinical features and diagnosis: Wolters Kluwer; [updated Apr 08, 2014]. Available from: www.uptodate.com.
6. Lewin SN, Herzog TJ, Barrera Medel NI, Deutsch I, Burke WM, Sun X, et al. Comparative performance of the 2009 international Federation of gynecology and obstetrics' staging system for uterine corpus cancer. *Obstet Gynecol.* 2010;116(5):1141-9.
7. Mandel Molinas N. Sık Rastlanan Jinekolojik Kanserlerde Güncel Yaklaşımlar. Istanbul: Klan yayınları; 2010. p. 9-32.
8. Plaxe SC. Pretreatment evaluation, staging and surgical treatment: Wolters Kluwer; [updated Feb 11, 2014.]. Available from: www.uptodate.com.
9. Kim JW, Kim SH, Kim YT, Kim DK. Clinicopathologic and biological parameters predicting the prognosis in endometrial cancer. *Yonsei Med J.* 2002;43(6):769-78.
10. Burton JL, Wells M. Recent advances in the histopathology and molecular pathology of carcinoma of the endometrium. *Histopathology.* 1998;33(4):297-303
11. Ronnett BM. Endometrial Carcinoma. In: Kurman RJ, editor. *Blaustein's Pathology of the female genital tract.* 5 ed. New York: Springer; 2002. p. 501-59.
12. Ayhan A, Taskiran C, Celik C, Guney I, Yuce K, Ozyar E, et al. Is there a survival benefit to adjuvant radiotherapy in high-risk surgical stage I endometrial cancer? *Gynecol Oncol.* 2002;86(3):259-63.
13. Wilson TO, Podratz KC, Gaffey TA, Malkasian GD, Jr., O'Brien PC, Naessens JM. Evaluation of unfavorable histologic subtypes in endometrial adenocarcinoma. *Am J Obstet Gynecol.* 1990;162(2):418-23; discussion 23-6.
14. Karateke A. Prognostic Factors Affecting Survival in Endometrial Carcinoma. *J Turk Soc Obstet Gynecol.* 2012;9(1):42-6.
15. Abeler VM, Kjørstad KE, Berle E. Carcinoma of the endometrium in Norway: a histopathological and prognostic survey of a total population. *Int J Gynecol Cancer.* 1992;2(1):9-22.
16. Schink JC, Lurain JR, Wallemark CB, Chmiel JS. Tumor size in endometrial cancer: a prognostic factor for lymph node metastasis. *Obstet Gynecol.* 1987;70(2):216-9.
17. Jhang H, Chuang L, Visintainer P, Ramaswamy G. CA 125 levels in the preoperative assessment of advanced-stage uterine cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(5):1195-7.
18. Hsieh CH, ChangChien CC, Lin H, Huang EY, Huang CC, Lan KC, et al. Can a preoperative CA 125 level be a criterion for full pelvic lymphadenectomy in surgical staging of endometrial cancer? *Gynecol Oncol.* 2002;86(1):28-33.

Oral Presentation / Research

Febril Konvülsiyonlu Olgularımızın Demografik, Klinik, Laboratuvar Bulguları ve Tedavilerinin Değerlendirilmesi

İlkiz Özge Özdil Yılmaz, Yasemin Karal, Peren Perk Yücel,
Serap Tevhide Karasalihoğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, 22020 edirne, Turkey E-mail:
yilmazilkiz@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 14" by İlkiz Özge Özdil Yılmaz

Keywords / Anahtar Kelimeler: Çocukluk dönemi, epilepsi, febril konvülsiyon, rekürrens, risk

Aim:

Febril konvülsiyon; 6-60 ay arasında merkezi sinir sistemini tutan bir enfeksiyon veya başka neden olmadan (elektrolit dengesizliği, metabolik bozukluk, intoksikasyon, travma) önceden afebril konvülsiyon geçirmemiş çocuklarda ateşli hastalık sırasındaki konvülsiyonlardır. Çocukluk çağında sık görülür ve iyi huylu nöbetler olarak bilinirler. Bu çalışmamızda, bölgemizde kliniğimize başvurup FK tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik, laboratuvar özelliklerini belirleyerek uygulanan tedavilere yanıtlarını ve epilepsi gelişimi açısından risk faktörlerini belirlemeyi, hastaların takip ve tedavisinde dikkat gerektiren noktaları saptamayı amaçladık.

Method:

Çalışmamız Ocak 2014-Aralık 2018 arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nörolojisi Polikliniği'ne başvurup febril konvülsiyon tanısı alan 200 hasta ile gerçekleştirildi. Hasta dosyaları retrospektif olarak tarandı ve hastane bilgi sisteminden taranarak laboratuvar, radyolojik görüntüleme sonuçları incelendi.

Results:

Hastalarımızın 110'u erkek, 90'ı kızdı (1,22/1), doğum zamanına göre 156 hasta (% 78) term, doğum şekline göre 120 hasta (% 60) NSVY ile doğmuş ve 38'inde (%19) zorlu doğum öyküsü vardı. Hastaların yaşı 6ay-60 ay arasında, ortalama 21,82±12,69 aydı. En sık oranda 2 yaş altında; 138 hastada (%69) görüldü. 82 hasta (% 41) basit, 118 hasta (%59) komplike tipte nöbet geçirdi. En sık ateş odağı 166 hasta ile üst solunum yolu enfeksiyonlarıydı (%83). Ailede FK öyküsü 50 hastada (%25), epilepsi öyküsü 20 hastada (%10) hastada vardı. Takipte 45 hastamızda (%22,5) rekürrens görüldü. Anormal EEG 16 hastada (%8) saptandı ve bu hastalarda rekürrens oranı daha yüksek bulundu. Nöbet tekrarı olan hastaların epilepsi gelişenlere kıyasla C-reaktif protein ve trombosit değerleri daha yüksek saptandı. EEG sonuçları anormal olan, 38,3 °C altında nöbet geçiren ve rekürrenslisi hastalarda epilepsi oranı yüksek saptandı. Profilaktik tedavi sonrası rekürrens tedavi almayanlardan daha yüksek saptandı.

Conclusions:

Sonuç olarak; iyi huylu bir hastalık olduğunu düşündüğümüz FK'larda rekürrensin sık görülmesi ve genel popülasyona göre yüksek epilepsi riski nedeniyle takibi önemlidir. Çoğunlukla bu takip birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapıldığından epilepsi risk faktörleri açısından dikkatli inceleme gerekir.

GİRİŞ

Çocuklarda en sık görülen konvülsiyon febril konvülsiyonlardır (FK) (1). FK, Amerikan Pediatri Akademisi tarafından, 6 - 60 ay arası çocuklarda MSS'yi tutan bir enfeksiyon olmaksızın ya da belirlenmiş bir başka neden olmadan (elektrolitlerde dengesizlik, entoksikasyon, metabolik bozukluk ve travma), önceden afebril konvülsiyon geçirmeyen çocuklarda ateşli bir hastalık sırasında görülen konvülsiyonlar olarak tanımlanmaktadır. FK'ların altında yatan patofizyoloji tam anlamıyla aydınlatılmamış olsa da hastalığın oluşmasında etken olarak ateş, yaş ve genetik üzerinde durulmaktadır (2).

Febril konvülsiyonların görülme sıklığı, yapılan çalışmalarda farklılık göstermekte olup tüm çocukların % 4-5' inde görülmektedir (3). Dünyanın diğer bölgelerinde bu oran %10-15'e kadar çıkmaktadır (4,5). FK prevalansı ülkemizde %2 ile %8 arasında saptanmıştır (6) FK sıklığının ülkeler arasında ve bölgeler arasında bu kadar farklı bulunmasının multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir. Bunlar; enfeksiyöz ajanlar, lokal çevresel faktörler, genetik nedenler olarak sunulmaktadır. Erkeklerde kızlara oranla daha sık görülmektedir. Erkek/kız oranı ortalama 1,4:1'dir. Anne veya babasında FK öyküsü bulunanlarda genel popülasyona oranla 4 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. En sık 18-22 ayda görülmektedir (7). Aksiller vücut ısısı 38,5 ° C'nin üstündedir ve genellikle ateş yükselmeye başladıktan 1-2 saat içinde, nadiren ise 1 saatten önce gelişir. Üst solunum yolu viral enfeksiyonlarının (ÜSYE), diğer enfeksiyonlardan daha çok FK'ya sebep olduğu görülmüştür (7).

Bu çalışmamızda, bölgemizde ateşli nöbet ile kliniğimize başvurup FK tanısı alan hastaların sosyodemografik, klinik, laboratuvar özelliklerini belirleyerek uygulanan tedavi seçeneklerine yanıtlarını ve epilepsi gelişimi açısından risk faktörlerini belirlemeyi, FK'nın tekrarlama riskleri göz önüne alınarak hastaların takip ve tedavisinde dikkat edilmesi gereken noktaları saptamayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı Polikliniği'nde Ocak 2014 ve Aralık 2018 tarihleri arasında FK tanısı alan ve takibe giren toplam 200 hastayla gerçekleştirilmiştir. FK tanısı; 6 ay-5 yaş arasında, konvülsiyonla birlikte vücut ısısının 38 °C üzerinde olması, MSS'yi tutan bir enfeksiyon olmaksızın konvülsiyona neden olabilecek belirlenmiş elektrolit düzensizliği, metabolik bozukluk, intoksikasyon, travma ve bilinen nörolojik hastalık öyküsünün, epilepsi, serebral palsy, mental motor retardasyonun olmaması ile konuldu. Bu özellikler doğrultusunda 15 dakikadan uzun süren, 24 saat içinde tekrarlayan ve fokal özellik gösteren konvülsiyonlar KFK olarak değerlendirildi. Onbeş dakikadan kısa, 24 saat içerisinde bir kez olan ve fokal nörolojik defisit olmayan nöbetler ise BFK olarak tanımlandı. Rekürrens tanısı; aynı hastalık seyri içerisinde olmayıp farklı zaman diliminde nöbetin tekrar etmesi ile epilepsi tanısı; öncesinde herhangi bir tetikleyici faktör olmaksızın ortaya çıkan ve tekrarlama eğilimi gösteren, iki veya daha fazla olan ve aralarında en az 24 saat süre olan nöbetler olarak konulmuştur. Hasta dosyaları retrospektif olarak hastane bilgi sisteminden taranarak laboratuvar, radyolojik görüntüleme sonuçları incelendi.

Çalışmaya dahil edilen olgular cinsiyet, FK başlangıç yaşı, doğum öyküsü, anne-baba arasındaki akrabalık durumu, ailede FK ve epilepsi öyküsü, nöbet çeşidi ve klinik şekli, nöbetin

süresi, ateş odağı, vücut ısısı kaç derece iken nöbet geçirdiği, FK geçirme sıklığı ve kullandıkları antiepileptiklerin etkinliği, laboratuvar sonuçları, varsa lomber ponksiyon, EEG ve MR sonuçları yönünden değerlendirildi. Laboratuvar sonuçlarından C-reaktif protein ve LP ponksiyon sonuçları Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi laboratuvarının referans aralığına göre, hemogram sonuçları ise pediatrik yaşa göre normal referans değerleriyle birlikte değerlendirildi. Hastaların verileri "Hasta Takip Formu"na aktarıldı.

İstatistiksel Değerlendirme

Araştırma verilerin değerlendirmesinde "Statistical Package for the Social Sciences" versiyon 19.0 programı kullanıldı. Çalışmada yer alan kategorik değişkenlerde hastaların dağılımını göstermek amacıyla sayı (n) ve yüzde (%), sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Hastaların tanılarına göre prevalansı hesaplandı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi, değişkenlerin normal dağılım göstermediği durumlarda değişkenler arasındaki karşılaştırmalar Mann Whitney-U testi ile hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hastalarımızın 110'u erkek, 90'ı kızdı (1,22/1), Hastaların yaşı 6ay-60 ay arasında, ortalama $21,82 \pm 12,69$ aydı. En sık oranda 2 yaş altında; 138 hastada (%69) görüldü. Her iki cinsiyette de ortalama yaş 18 ay civarındaydı.

Doğum zamanına göre 156 hasta (% 78) term, doğum şekline göre 120 hasta (% 60) NSVY ile doğmuş ve 38'inde (%19) zorlu doğum öyküsü vardı.

Ailede FK öyküsü 50 hastada (%25), epilepsi öyküsü 20 hastada (%10) hastada vardı. Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1.'de mevcuttur.

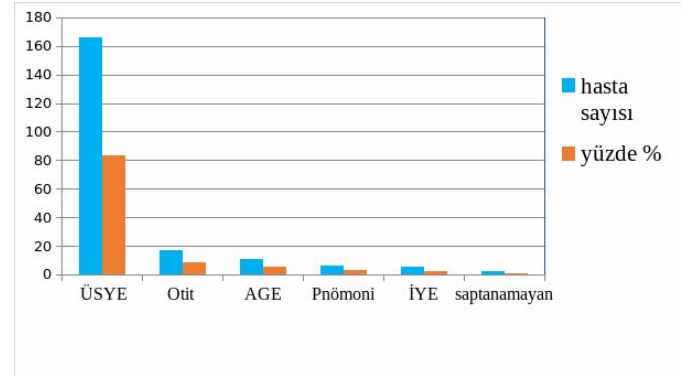
Tablo 1. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Cinsiyet	Erkek	110	55,0
	Kız	90	45,0
Doğum haftası	Sınırdan preterm (37-38 hafta)	24	12,0
	Term (38-42 hafta)	156	78,0
	Postterm (>42 hafta)	20	10,0
Doğum şekli	Sezaryen (C/S)	80	39,9
	Normal doğum (NSVY)	120	60,1
Zor doğum öyküsü	Yok	162	81,0
	Var	38	19,0
Akraba evliliği	Yok	196	98,00
	Var	4	2,00
Ailede epilepsi öyküsü	Yok	180	90,00
	Var	20	10,00
Ailede febril konvülsiyon	Yok	150	75,00
	Var	50	25,00

n: kişi sayısı, (%):yüzde

Ateş odakları incelendiğinde en sık görülen odağın 166 (%83,0) hasta ile ÜSYE olduğu saptanmıştır. 2 (%1,0) hastada ise odak

saptanamamıştır. Bu iki hastaya LP yapıp MSS enfeksiyonu lehine bulgu saptanamamıştır. Hastaların ateş odağı dağılımları Şekil 1.'de gösterilmektedir.



Şekil 1. Hastaların ateş odağı dağılımları

Hastaların takip süreci incelendiğinde 45 (%22,5) hastanın nöbetinin tekrar ettiği, 26 (%13,0) hastanın epilepsi tanısı aldığı saptanmıştır.

Devamlı antiepileptik alanların nöbet tekrarlama oranı daha yüksek, tonik klonik ve fokal nöbet kliniği olan hastaların diğer kliniklere göre düşük oranda nöbetlerinin tekrarladığı saptanmıştır. EEG sonuçları anormal olan hastaların diğer kliniklere göre yüksek oranda nöbetlerinin tekrarladığı saptanmıştır (Tablo 2.)

Tablo 2. Hastaların nöbet tekrarı ile diğer değişkenlerinin karşılaştırılması

		Nöbet tekrarı		p*
		Yok n(%)	Var n(%)	
Cinsiyet	Erkek	84(76,4)	26(23,6)	0,670
	Kız	71(78,9)	19(21,1)	
Yaş	1 yaş altı	39(70,9)	16(29,1)	0,136
	1-2 yaş arası	70(84,3)	13(15,7)	
	2 yaşından büyük	46(74,2)	16(25,8)	
Doğum şekli	Sezaryen	62(77,5)	18(22,5)	0,105
	Normal doğum	107(89,2)	13(10,8)	
Doğum zamanı	Preterm (37-38 hafta)	14(58,4)	10(41,6)	0,134
	Term (38-42 hafta)	144(92,3)	12(7,7)	
	Postterm (>42 hafta)	18(90,0)	2(10,0)	
Zorlu doğum öyküsü	Yok	143(89,4)	19(10,6)	0,574
	Var	35(92,2)	3(7,8)	
Ailede epilepsi	Yok	138(76,7)	42(23,3)	0,572
	Var	17(85)	3(15)	
Akraba	Yok	152(77,6)	44(22,4)	0,904
	Var	3(75)	1(25)	
Aile	Yok	114(76)	36(24)	0,379
	Var	44(88)	12(24)	

Fevril konvülsiyon		9(18)		
Nöbet geçiren vücut sıcaklığı	38,3 derece altı	90(75,0))	30(25,0)	0,300
	38,3 derece ve üstü	65(81,3)	15(18,8)	
Nöbet sayısı	Bir nöbet	57(65,0)	3(5,0)	<0,001
	Birden fazla	98(70,0)	42(60,0)	
EEG	Normal	97(75,2)	5(9,1)	0,033
	Anormal	8(50,0)	32(24,8)	
Görüntüleme	Normal	50(80,3)	18(26,5)	0,513
	Anormal	3(60,0)	2(40,0)	
Tedavi	Yok, lüzum halinde antipiretik	65(86,7)	10(13,3)	0,035
	İntermittant rektal diazepam	12(80,0)	3(20,0)	
	Devamlı antiepileptik	84(71,2)	34(28,8)	
Nöbet çeşidi	Basit	67(81,7)	15(18,3)	0,689
	Komplike	88(74,6)	30(25,4)	
Nöbet kliniği	Tonik	7(100)	0(0)	0,010
	Klonik	3(100)	0(0)	
	Atonik	7(46,7)	8(53,3)	
	Tonik klonik	128(78)	36(22)	
Fokal	84(76,4)	26(23,6)		

n: kişi sayısı, (%):yüzde, *Ki Kare Testi.

Devamlı antiepileptik alanlarda epilepsi gelişme oranı daha yüksek saptanmıştır. EEG sonuçları anormal olan hastaların epilepsi tanısı alma oranı daha yüksek saptanmıştır. Hastaların nöbet geçirdikleri vücut ısısı karşılaştırıldığında, 38,3 derece altında nöbet geçirenlerin epilepsi tanısı alma oranı daha yüksek saptanmıştır. Birden fazla nöbet geçiren hastaların epilepsi tanısı alma oranı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların epilepsi gelişimi ile diğer değişkenlerinin karşılaştırılması

		Epilepsi gelişimi		p*
		Yok n(%)	Var n(%)	
Cinsiyet	Erkek	98(89,1)	12(10,9)	0,331
	Kız	76(84,4)	14(15,6)	
Yaş	1 yaş altı	39(70,9)	16(29,1)	0,678
	1-2 yaş arası	70(84,3)	13(15,7)	
	2 yaşından büyük	46(74,2)	16(25,8)	
Doğum şekli	Sezaryen	64(80,0)	16(20,0)	0,072
	Normal doğum	108(90,0)	12(10,0)	
Doğum zamanı	Preterm (<38hafta)	16(66,7)	8(33,3)	0,184
	Term (38-42 hafta)	145(92,9)	11(7,1)	
	Postterm (>42 hafta)	19(95,0)	1(5,0)	
Zorlu doğum öyküsü	Yok	143(89,4)	19(11,7)	0,524
	Var	35(87,5)	3(7,8)	
Ailede epilepsi	Yok	156(86,7)	24(13,3)	0,674
	Var	18(90)	2(10)	
Akraba evliliği	Yok	170(86,7)	26(13,3)	0,435
	Var	4(100)	0(0)	
Ailede febril konvülsiyon	Yok	127(84,7)	23(15,3)	0,089
	Var	47(94)	3(6)	
Nöbet geçirilen vücut sıcaklığı	38,3 derece altı	98(81,7)	22(18,3)	0,004
	38,3 derece ve üstü	76(95,0)	4(5,0)	
Nöbet sayısı	Bir nöbet	57(95,0)	3(5,0)	0,028
	Birden fazla	117(83,6)	23(16,4)	
EEG	Normal	117(90,7)	12(9,3)	<0,001
	Anormal	3(18,8)	13(81,3)	
Görüntüleme	Normal	55(80,9)	13(19,1)	0,265
	Anormal	3(60,0)	2(40,0)	
Tedavi	Yok, lüzum halinde antipiretik	73(97,3)	2(2,7)	0,001
	İntermittant rektal diazem	14(93,3)	1(6,7)	
	Devamlı ilaç	94(79,7)	24(20,3)	
Nöbet çeşidi	Basit	71(86,6)	11(13,4)	0,786
	Komplike	103(87,3)	15(12,7)	
Nöbet kliniği	Tonik	6(85,7)	1(14,3)	0,689
	Klonik	3(100)	0(0)	
	Atonik	13(86,7)	2(13,3)	
	Tonik klonik	141(86)	23(14)	
	Fokal	11(100)	0(0)	

n:kişi sayısı, (%): yüzde, *Ki Kare Testi

200 hastanın toplam 145'ine (%72,5) EEG çekildiği görüldü. Toplam 129 (%64,5) normal EEG, 16 (%8) anormal EEG saptandı. EEG çekilen 49(%24,5) hastada BFK, 96 hastada (%48) KFK saptandı. BFK'ların 5'inde (2,5) anormal EEG, KFK'ların 11'inde (%5,5) anormal EEG saptandı. FK çeşidi ile EEG bulguları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p=0,605) (Tablo 4).

Tablo 4. Febril konvülsiyon çeşidine göre EEG bulgularının değerlendirilmesi

	Normal EEG n(%)	Anormal EEG n(%)	Toplam n(%)	p
Basit FK	44(22)	5(2,5)	49(24,5)	
Komplike FK	85(42,5)	11(5,5)	96(48)	0,605
Toplam	129(64,5)	16(8)	145(72,5)	

n: kişi sayısı, (%): yüzde, *Ki Kare Testi

Nöbet tekrarı görülen hastaların epilepsi görülen hastalara göre CRP ve trombosit değerleri daha yüksek saptanmıştır. Diğer laboratuvar değerleri ile epilepsi gelişimi arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 5 ve 6).

Tablo 5. Hastaların nöbet tekrarı ile laboratuvar değişkenlerinin karşılaştırılması

		Nöbet tekrarı		p*
		Yok n (%)	Var n (%)	
C-reaktif protein	Normal	98(77,2)	29(22,8)	0,881
	Yüksek	57(78,1)	16(21,9)	
Beyaz küre sayısı	Düşük	16(72,7)	6(27,3)	0,772
	Normal	125(77,6)	36(22,4)	
	Yüksek	14(82,4)	3(17,6)	
Nötrofil sayısı	Düşük	7(77,8)	2(22,2)	0,286
	Normal	118(76,1)	37(23,9)	
	Yüksek	30(83,3)	6(16,7)	
Hemogloblin	Düşük	57(76)	18(24)	0,694
	Normal	98(78,4)	27(21,6)	
MCV	Normal	63(77,8)	18(22,2)	0,177
	Yüksek	92(78)	26(22)	
Trombosit sayısı	Yüksek	2(28,5)	5(71,5)	0,009
	Düşük/norma l	122(78,2)	34(21,8)	

n: kişi sayısı, (%): yüzde, *Ki Kare Testi.

Tablo 6. Hastaların epilepsi gelişimi ile laboratuvar değişkenlerinin karşılaştırılması

		Epilepsi gelişimi		p*
		Yok n (%)	Var n (%)	
C-reaktif protein	Normal	106(83,5)	21(16,5)	0,049
	Yüksek	68(93,2)	5(6,8)	
Beyaz küre sayısı	Düşük	18(81,8)	4(18,2)	0,526
	Normal	140(87)	21(13)	
	Yüksek	16(94,1)	1(5,9)	
Nötrofil sayısı	Düşük	9(100)	0(0)	0,881
	Normal	132(85,2)	23(14,8)	
	Yüksek	33(91,7)	3(8,3)	
Hemogloblin	Düşük	65(86,7)	10(13,3)	0,914
	Normal	109(87,2)	16(12,8)	
MCV	Normal	75(92,6)	6(7,4)	0,647
	Yüksek	98(83,1)	20(16,9)	
Trombosit sayısı	Yüksek	7(100)	0(0)	0,355
	Düşük/norma l	134(85,9)	22(14,1)	

n: kişi sayısı, (%): yüzde, *Ki Kare Testi

TARTIŞMA

FK çocukluk çağıında en sık görülen nörolojik sorun olup en sık karşılaşılan konvülsiyon türüdür. Genellikle iyi seyirli olmalarına karşın tekrarlayabilir ve afebril nöbetlere dönüşebilirler. Bu nedenle predispozan faktörlerin bilinmesi büyük önem taşır.

FK erkek çocuklarda kızlarla kıyaslandığında daha sık görülür. Yurtdışında ve ülkemizdeki çalışmalarda E/K oranı sırasıyla 1,3/1 ve 1,36/1 olarak tespit edilmiştir (8,9). Bizim 200 hastayla yaptığımız çalışmamızda literatur ile benzer olarak E/K oranı 1,22/1 bulundu.

FK'da genetik etkenlerin önemli rolü olduğu bilinmektedir. Fakat genetik geçiş tam anlamıyla açıklık kazanmamıştır. Yurtdışı ve ülkemizde yapılan çalışmalarda birinci derece akrabalarda FK öyküsü sırasıyla % 26,6 ve % 20,8 bulunmuştur (10,11). Çalışmamızda birinci derece akrabalarda FK görülme sıklığı literatürle benzer şekilde % 25 bulunmuştur.

FK'da kabul edilen ateş sınırı bir grup çalışmada aksiller 38 °C, bir grupta ise 38,5 °C ve üzeri olarak belirtilmiştir (8). Çalışmamızda vücut ısısı 37,5-40 °C arasında ve ortalama olarak 38,3 °C bulunmuştur. Hastaların 120'sinin (% 60) 38,3 °C'den düşük vücut ısısında nöbet geçirdiği ve bu grupta epilepsi gelişme riski anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur.

Febril konvülsiyonlarda ateşin kaynağı sıklıkla viral enfeksiyonlardır; ÜS YE ya da farenjit, İYE, AOM, pnömoni, roseola infantum ve enfeksiyöz olmayan hastalıklar gibi çeşitli sebepler olabilir. Abuekteish ve ark.'nın (12) 203 hastalı çalışmasında ateş odağı olarak ÜS YE % 53, Öztürk ve ark.'nın (13) çalışmasında % 75,8'lik oranlarla bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde % 83 oranla en sık ÜS YE tespit edilmiştir.

Verrotti ve ark.'nın (14) çalışmasında % 27,2, Kolfen'in (15) çalışmasında ise % 22,5 oranında KFK saptanmıştır. Ling'in (10) çalışmasında nöbetlerin % 90'ı, Knugsen'in (16) çalışmasında % 96'sı 15 dakikadan kısa bulunmuştur. Çalışmamızda KFK'lı olgularımızın sayısı 105 (% 52,5) olarak bulunmuştur. Bu sonucun fakültemizin üçüncü basamak sağlık kuruluşu olmasına, komplike ve şikayetleri yineleyen vakaların tarafımıza bir alt basamaktaki sağlık kuruluşlarından yönlendirilmesine yada sevk edilmesine bağlı olabileceği düşünüldü. KFK'lı olgular 85 (% 80,9) hastada 24 saat içinde tekrarlamasıyla, 22 (% 20,9) hastada 15 dakikadan uzun sürmesiyle, 9 (% 8,6) hastada fokal konvülsiyon olmasıyla, 2 (% 1,9) hastada ise hem fokal olması hem de 15 dakikadan uzun sürmesiyle komplike tanısı almışlardır.

Yapılan çalışmalarda FK'da EEG patolojisi % 2-86 sıklığında bildirilmektedir. Sofianov ve ark.'nın (17) çalışmasında hastaların % 22'sinde EEG anomalileri saptanmış ve KFK'larda EEG anomalisinin daha sık olduğu belirtilmiştir. Biçer ve ark.'nın (18) yaptığı çalışmada, 176 hastaya EEG incelemesi yapılmış ve 70 (% 39,77) hastada patoloji bulunmuş olup, KFK'larda EEG anomalisinin daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda 16 (%8) hastada EEG'de epileptiform aktivite saptandı. BFK'lı hastalarda %31,3 EEG anomalisi görülürken, KFK'da ise bu oran %62,5 olarak bulundu. Literatürle benzer şekilde KFK'lı hastalarda EEG anomalisi BFK'lı hastalara oranla daha yüksek saptandı.

Yapılan çalışmalarda EEG, MRG, BBT, gibi görüntüleme araçlarının FK'lı çocuklarda büyük oranda normal saptandığı,

rekürrens ve epilepsi gelişimi ile bağlantılı olmadığı sonucuna varılmıştır. Bizim çalışmamızda 73 hastaya görüntüleme yapılmış olup bunlardan 15 hasta epilepsi tanısı almıştır. 2 hastanın hem görüntülemesinde patoloji saptanmış hem takipte epilepsi gelişmiştir. EEG sonuçları anormal olan hastaların epilepsi tanısı alma oranı daha yüksek saptanmıştır.

Önceki çalışmalarda immun sistemin farklı mekanizmalarla tetiklenmesi sonucu konvülsiyonların görüldüğü ve inflamasyonun bir göstergesi olarak yükselen bir akut faz reaktanı olan CRP yüksekliği ile epilepsi arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada akut faz reaktanı olarak görülen trombositozun da febril nöbetlerle ilişkili olduğu saptanmış ve IL-6 seviyeleri ve trombosit seviyeleri febril nöbetli hastalarda kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur (19). Bizim çalışmamızda nöbet tekrarı görülen hastaların epilepsi görülen hastalara göre CRP değeri ve trombosit değeri daha yüksek saptanmıştır. .

Basit ve komplike febril konvülsiyon geçiren hastalarda iki grupta da tedavi alan hastaların, tedavi almayanlara göre nöbet tekrarı görülme oranı daha yüksek saptanmıştır.

Tedavi seçeneklerinden biri devamlı antiepileptik kullanımıdır. Offringa ve ark.'nın (20) çalışmasında, fenobarbital, diazepam, fenitoin ve antipiretiklerin FK rekürrens ataklarının önlenmesinde birbirlerine karşı önemli üstünlüklerinin olmadığı bildirilmiştir. Çalışmamızda uzun süreli antiepileptik kullananlarda %28,8 oranında rekürrens görülmüştür. Tedavi alan hastaların aldıkları tedavi türüne göre nöbet tekrarı ve epilepsi gelişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardı. Hastalarımızın büyük çoğunluğu literatürdeki verilerden farklı olarak KFK idi. İncelediğimiz veriler neticesinde bir kısmının nöbetinin acil servise başvuru sonrası durdurulduğunu ve sürenin bu nedenle <5dk saptandığını düşünmekteyiz. Oysaki literatürdeki bilgilere göre nöbet tekrarı ve epilepsi nöbet süresi ile doğru orantılıdır. Bunu ailelere nöbet yönetimi için bilgi verilmesi ve bir kısmında nöbetleri acil serviste sonlandırılmasına, bu nedenle de sürenin kısa bulunmasına bağlıyoruz. Ayrıca bölgemizde FK rekürrensi ile aile öyküsü arasında ilişki bulunamamıştır. Bu durumun bölgemizde hekim ve ailelerin ateşli hastalık döneminde daha uygun takip ve tedavi sağlayarak FK geçirme eşiğinin yükseltilmesine bağlı olabileceğini düşünmekteyiz.

SONUÇ

Febril konvülsiyon çocukluk çağında en sık görülen konvülsiyon türüdür. Genellikle iyi seyirli olmalarına karşın tekrarlayabilir ve afebril nöbetlere dönüşebilirler. Bu nedenle predispozan faktörlerin bilinmesi büyük önem taşır. İyi huylu bir hastalık olduğunu düşündüğümüz FK'larda rekürrensin sık görülmesi ve genel popülasyona göre yüksek epilepsi riski nedeniyle takibi önemlidir. Çoğunlukla bu takip birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapıldığından epilepsi risk faktörleri açısından dikkatli inceleme gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hirtz D. Febrile seizures. *Pediatr Rev* 1997;18:5-9.
2. American Academy of Pediatrics: Clinical Practice Guideline-Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child with a Simple Febrile Seizure *Pediatrics* 2011;127(2):389-90.
3. Yayla V, Çakmak G, Apak İ, Ateş U, Erdoğan F. İlkokul çocuklarında geçirilmiş febril konvülsiyon prevalansı. *Yeni Sempozyum* 1997;35:11-3
4. Stanhope JM, Brody JA, Brink E, Morris CE. Convulsions among the Chamorro people of Guam, Mariana Island. II. Febrile convulsions. *Am J Epidemiol* 1972;95:299-304.

5. Canpolat M, Per H, Gümüş H, ve arkadaşları. Kayseri ili febril konvülsiyon prevalansının araştırılması; Febril konvülsiyon rekürrensi ve epilepsi gelişimi için risk faktörlerinin belirlenmesi. *XV. Ulusal Çocuk Nörolojisi Kongresi Özet Kitabı*. 2013;93-4.
6. Erdil A, Tan H, Turan M, Küçükbaşlan İ. Erzurum il merkezinde çocuklarda febril konvülsiyon prevalansı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 2016;25(2):67-73.
7. Lennox-Buchthal MA. Febrile convulsions. In: Laidlaw J, Richens A, eds. *A Textbook of Epilepsy*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1982:68-88.
8. Okumura A, Uemura N, Suzuki M, Itomi K, Watanabe K. Unconsciousness and delirious behavior in children with febrile seizures. *Pediatr Neurol* 2004;30:316-9.
9. Özmen M, Çalışkan M, Uzel N. ve ark. Febril konvülsiyonlar. *İst Çocuk Klin Derg* 1995;30:116-21.
10. Ling SG. Febrile convulsions: Acute seizures characteristics and anti-convulsant therapy. *Annals of Tropical Ped* 2000;20:227-30.
11. Yılmaz Ü, Özdemir R, Çelik T, Ataş E. Febril konvülsiyonlu çocuklarda klinik ve paraklinik özellikler. *Dicle Tıp Derg* 2014;41:156-62.
12. Abuekteish F, Daoud AS, al-Sheyyab M, Nou'man M. Demographic characteristics and risk factors of first febrile seizures: a Jordanian experience. *Trop Doct* 2000;30(1):25-7.
13. Öztürk MK, Önal AE, Tümerdem Y, et al. Prevalence of febrile convulsions in a group of children aged 0 to 9 years in a slum in İstanbul. *Med Bull İstanbul* 2002;35:79-84.
14. Verrotti A, Latini G, di Corcia G, Giannuzzi R, Salladini C, Trotta D, et al. Intermittent oral diazepam prophylaxis in febrile convulsions: its effectiveness for febrile seizure recurrence. *Eur J Ped Neurol* 2004;8:131-4.
15. Köfen W, Pehle K, König S. Is the long-term outcome of following febrile convulsions favorable? *Dev Med Child Neurol* 1998;40:667-71.
16. Knudsen FU. Febrile seizures: treatment and prognosis. *Epilepsia* 2000;41(1):2-9.
17. Sofijanov N, Emoto S, Kuturec M, Dukovski M, Duma F, Ellenberg JH et al. Febrile seizures: clinical characteristics and initial EEG. *Epilepsia*, 1992;33(1):52-7.
18. Biçer S, Arslan G, Yılmaz Ç, Öztürk S, Aktay N, Arıda Ö, et al. Febril konvülsiyonlar: Klinik ve risk faktörleri. *Göztepe Tıp Derg* 2003;18:88-91.
19. Li G, Bauer S, Nowak M, Norwood B, Tackenberg B, Rosenow F, et al. Cytokines and epilepsy. *Seizure* 2011;20:249-56.
20. Offringa M, Hazebroek-Kampschreur AAJM, Derksen-Lubsen G. Prevalence of febrile seizures in Dutch school children. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1991;5:181-8.

Oral Presentation / Research

Göz kapağı lezyonlarının değerlendirilmesinde klinik ön tanı ile histopatolojik tanı uyumunun incelenmesi

Rüveyde Garip

Trakya University School of Medicine, 2020 edirne, Turkey E-mail: ruveydegarip@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 14" by Rüveyde Garip

Keywords / Anahtar Kelimeler: bazal hücreli karsinom, göz kapakları, şalazyon**Aim:**

Çalışmamızın amacı Trakya bölgesinde üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran göz kapağı kitlelerini klinik ve histopatolojik olarak incelemek, ön tanı ile histopatoloji sonuçlarını karşılaştırarak klinik muayenenin tutarlılığını değerlendirmektir.

Method:

Ocak 2000 ile Ocak 2019 tarihleri arasında göz kapağında kitle şikayeti ile Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi göz hastalıkları polikliniğine başvuran 408 hastanın kayıtları geriye dönük olarak tarandı. Hastaların demografik özellikleri, kitlenin yerleşim yeri, lezyonların yaş ve cinsiyetlere göre dağılımı, klinik ön tanı ve histopatolojik tanıları değerlendirildi.

Results:

Çalışmaya 220 kadın (%54), 188 erkek (%46) olmak üzere toplam 408 hasta dahil edildi. Histopatolojik incelemesi yapılan lezyonların 318'i benign (%77,9), 90'i malign (%22,1) idi. Benign lezyonu olan olguların ortalama yaşı 41,7±18,7 (aralık; 5-90 yıl) yıl iken malign lezyonlara sahip olguların ortalama yaşı 64,5±13,1 (aralık; 29-90 yıl) yıl idi (p=0,001). Benign ve malign lezyonların görülme sıklıkları açısından cinsiyete göre anlamlı fark yoktu (p=0,242). En sık görülen benign lezyon şalazyon (%35,2) iken en sık görülen malign lezyon bazal hücreli karsinomdu (BHK) (%78,9). Malign lezyonların en sık alt kapakta (%53,3) görülürken benign lezyonların en sık yerleşim bölgesi üst kapak idi (%56,9). Doksan beş olguda ön tanıda malign lezyon düşünüldü. Bu olgulardan 81 tanesinde histopatolojik olarak malignite doğrulandı. Doksan malign lezyonun 81 tanesinde klinik olarak düşünülen ön tanı ile histopatolojik tanı uyumlu bulundu. Klinik muayene ile malign olguların yakalanma oranı %90 olarak saptandı. Üç yüz on üç olgunun klinik muayenede benign olarak değerlendirildiği ancak bunlardan 9 tanesinin (%2,2) histopatolojik incelemede malign lezyon olduğu görüldü. Maligniteden şüphelenilen ama histopatoloji sonucu benign lezyon olarak değerlendirilen 14 olgu mevcuttu. Benign lezyonlarda ise 230 (%72,3) olgunun klinik ön tanısı ile histopatolojik sonucunun uyumlu olduğu görüldü.

Conclusions:

Göz kapağında görülen lezyonlar sıklıkla benign olmakla birlikte malign lezyonlara da rastlanabilmektedir. Bu nedenle göz kapağı lezyonlarında malignite olasılığı göz önünde bulundurularak dikkatli bir klinik muayene yapılmalıdır. Malign kapak tümörlerinin tanınması erken dönemde cerrahi uygulanması açısından önem taşımaktadır.

Abstract

Purpose: The aim of our study was to examine the eyelid masses clinically and histopathologically, and to evaluate the consistency of the clinical examination by comparing the preliminary diagnosis with the results of histopathology.

Materials and methods: In this study, the records of 408 patients who applied to our clinic with an eyelid mass and underwent surgery between January 2000 and November 2019 were retrospectively analyzed.

Results: A total of 408 patients, 220 were women (54%) and 188 were men (46%). The histopathological examination of the lesions were diagnosed as 318 benign (77.9%) and 90 malignant (22.1%). The most common benign lesion was chalazion (35.2%), while the most common malignant lesion was basal cell carcinoma (78.9%). In Eighty-one of 90 patients who had malignant lesions, the clinical pre-diagnosis and histopathological diagnosis were compatible. Clinical pre-diagnosis consistency was found 90%. Histopathologic examination showed malignancy in 2.2% of the lesions which thought to be benign.

Conclusion: In the present study, the most common eyelid lesions in are benign lesions. Although malignant lesions occur mostly in older ages, some malignancies were found to be benign in clinical examination. For this reason, all excised lesions should be evaluated histopathologically.

Keywords: basal cell carcinoma; eyelids; chalazion**Giriş**

Oftalmoloji polikliniğinde göz kapağı lezyonları ile sık karşılaşılır.¹ Bu lezyonlar konjenital, inflamatuvar, travmatik veya neoplastik (benign veya malign) olabilir.² Göz kapağı lezyonlarının çoğu benign lezyonlar olmakla birlikte göz kapaklarının deri altı yağ dokusu dışında tüm deri tabakalarını içermesi sebebiyle çok çeşitli benign ve malign tümörler de görülebilir.^{2,3} Rutin oftalmoloji pratiğinde lezyonların klinik görünüm ve muayene bulgularına göre bazı ön tanıları belirlenir ve bu tanıları histopatolojik inceleme ile doğrulanır. Bu nedenle histopatolojik inceleme klinik olarak tanı koymadaki becerilerimizi geliştirmede oldukça önemlidir.² Lezyonların geç dönemde tanı alması malign lezyonlar açısından risk oluşturmada, daha invaziv cerrahiler gerektirerek daha kötü sonuçlara sebep olabilmektedir.⁴ Özellikle klinik ön tanı ile malign lezyonlardan şüphelenilmesi bu lezyonlara erken müdahale edilmesinde oldukça önemli bir yere sahiptir.

Göz kapağı lezyonlarının insidansı güneş ışığı ve ultraviyole maruziyeti gibi çevresel faktörler ile genetik faktörlere göre değişkenlik göstermektedir.⁵ Bu sebeple malignitenin ayrımında çeşitli lezyonların bölgesel olarak dağılımına ilişkin bilgiler oftalmolog için oldukça değerlidir.

Ülkemizde göz kapağı lezyonlarının demografik ve histopatolojik özelliklerini değerlendiren çeşitli çalışmalar mevcut olmakla birlikte histopatoloji sonuçları ile klinik ön tanı tutarlılığını değerlendirerek klinik muayenenin önemini ve yeterliliğini vurgulayan az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmamızın amacı, üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran göz kapağı kitlelerinin klinik, demografik ve histopatolojik özelliklerini inceleyerek, ön tanı ile histopatoloji sonuçlarını karşılaştırmak ve klinik muayenenin tutarlılığını değerlendirmektir.

Materyal ve Metod

Ocak 2000 ile Kasım 2019 tarihleri arasında göz kapağında kitle şikayeti ile üçüncü basamak sağlık kuruluşu göz hastalıkları polikliniğine başvuran ve kitle eksizyonu yapılarak eksize edilen materyal histopatolojik olarak incelenen 408 hastanın kayıtları geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, kitlenin yerleşim yeri, lezyonların yaş ve cinsiyetlere göre dağılımı, klinik ön tanı ve histopatolojik tanıları değerlendirildi.

Çalışma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütüldü. Tüm hastalardan tıbbi kayıtların ve lezyon fotoğraflarının kullanımını da içeren bilgilendirilmiş onam formu alındı. Üniversite Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.09.2019 tarihinde 16/22 karar numarası ile etik onay alındı.

İstatistiksel değerlendirmede SPSS 20 for Windows programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel metodların kullanımı ile ortalama ve standart sapma değerleri hesaplandı. Niteliksel verilerin sıklığı da yüzde olarak değerlendirildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılması için ki-kare testi kullanıldı. Verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi kullanıldı. *P* değerinin $\leq 0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya 220 kadın (%54), 188 erkek (%46) olmak üzere toplam 408 hasta dahil edildi. Ortalama yaş $46,9 \pm 20,17$ yıl (aralık; 5-90 yıl) idi. Yüz doksan altı (%48,1) olguda sağ göz tutulumu görülürken 212 (%51,9) olguda sol göz tutulumu mevcuttu.

Histopatolojik incelemesi yapılan lezyonların 318'i benign (%77,9), 90'ı malign (%22,1) olarak değerlendirildi. Benign lezyonu olan olguların ortalama yaşı $41,67 \pm 18,74$ (aralık; 5-90 yıl) iken malign lezyonlara sahip olguların ortalama yaşı $64,52 \pm 13,10$ (aralık; 29-90 yıl) idi. Benign ve malign olguların yaş dağılımına bakıldığında malign lezyonların yaş ortalaması benign lezyonlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,001$, bağımsız örneklem t testi). Benign ve malign lezyonların görülme sıklıklarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p = 0,242$, ki-kare testi).

En sık görülen benign lezyon şalazyon (%35,2) iken en sık görülen malign lezyon bazal hücreli karsinomdu (BHK) (%78,9). Lezyonların histopatolojik tanıya göre dağılımları ve demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Lezyonların yerleşimine bakıldığında 207 olguda üst kapak (%50,7), 158 olguda alt kapak (%38,7), 33 olguda iç kantal bölge (%8,1) ve 10 olguda dış kantal bölge (%2,5) yerleşimi olduğu görüldü. Malign lezyonların en sık görüldüğü yerleşim bölgesi alt kapak idi. Kırk sekiz (%53,3) olguda alt kapak yerleşimi görülürken 22 olguda (%24,4) üst kapak, 15 olguda (%16,7) iç kantas ve 5 olguda (%5,6) dış kantas yerleşimi görüldü. Benign lezyonlar arasında ise en sık görülen yerleşim bölgesi üst kapak idi. Yüz seksen bir olguda (%56,9) üst kapak yerleşimi, 110 olguda (%34,6) alt kapak yerleşimi, 19 olguda (%6) iç kantal bölge ve 8 olguda (%2,5) dış kantal bölge yerleşimi görüldü.

Doksan beş olguda ön tanıda malign lezyon düşünüldü. Bu

olgulardan 81 tanesinde histopatolojik olarak malignite doğrulandı. Doksan malign lezyonun 81 tanesinde klinik olarak düşünülen ön tanı ile histopatolojik tanı uyumlu bulundu. Klinik muayene ile malign olguların yakalanma oranı %90 olarak saptandı. Üç yüz on üç olgunun klinik muayenede benign olarak değerlendirildiği ancak bunlardan 9 tanesinin (%2,2) histopatolojik incelemede malign lezyon olduğu görüldü. Bu olgulardan 2 tanesi nevüs olarak düşünülen ancak histopatoloji sonucu MM gelen olgular, 3 tanesi epidermal kist veya papillom olarak değerlendirilen ancak histopatoloji sonucu BHK gelen olgular, 3 tanesi şalazyon olarak değerlendirilen ancak histopatoloji sonucu SBK olan, 1 tanesi de papillom olarak değerlendirilen ancak histopatoloji sonucu SHK olarak raporlanan olgulardı. Maligniteden şüphelenilen ama histopatoloji sonucu benign lezyon olarak değerlendirilen 14 olgu mevcuttu. Bu olgular BHK veya SHK olarak değerlendirilen keratoakantom (6 olgu) ve seboreik keratoz (8 olgu) idi. Benign lezyonlarda ise 230 (%72,3) olgunun klinik ön tanısı ile histopatolojik sonucunun uyumlu olduğu görüldü. Benign lezyonlarda şalazyon, ksantelezma, skuamöz papillom, Moll ve Zeiss kisti olgularında ön tanı ile histopatolojik tanı tutarlılığı %100 iken seboreik keratoz, keratoakantom, intradermal nevüs gibi olgulara klinik olarak tanı koyma oranı düşük bulundu.

Tartışma

Klinik pratikte çok sayıda göz kapağı lezyonu ile karşılaşırız. Bu lezyonların çoğu benign olmakla birlikte bir kısmında malignite potansiyeli içeren bulgular gözlenir.² Literatürde farklı çalışmalarda farklı oranlar belirtilmekle birlikte benign lezyonların sıklığı %68,8 ile %95 arasında değişmektedir.⁴⁻⁹ Çalışmamızda benign lezyonların oranı %77,9 olarak bulunmuştur. Bu oran literatürdeki verilerle uyumlu olmakla birlikte geniş hasta sayıları ile yapılan çalışmalara^{6,8} göre daha düşüktür. Sonuçlar arasındaki bu değişkenlikten genetik ve çevresel farklılıkların yanı sıra üçüncü basamak sağlık kuruluşu olduğumuz için malignite şüphesi olan olguların daha fazla referans edilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Temel literatür bilgisi olarak kapak tümörleri en sık alt göz kapağında görülür. Bunu sırasıyla üst göz kapağı, iç kantas ve dış kantas takip eder.⁸ Çeşitli çalışmalarda benign lezyonların üst kapakta, malign lezyonların ise alt kapakta daha sık görüldüğü belirtilmiştir.⁶⁻⁸ Bizim çalışmamızda da benign lezyonların daha önceki çalışmalarda belirtildiği şekilde en sık üst kapaklarda yerleşim gösterdiği, malign lezyonların ise en sık alt kapakta yerleşim gösterdiği görülmüştür. Malign tümörlerin alt göz kapağında daha sık görülmesinin sebebi en sık görülen BHK'un alt kapaklarda daha sık görülmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu seride benign lezyonların kadınlarda biraz daha sık (%54,8), malign lezyonların ise erkeklerde biraz daha sık (%52,2) olduğu görüldü. Coroi ve arkadaşlarının⁸ 471 olgu ile yaptığı çalışmada da benzer şekilde malign lezyonların erkeklerde daha sık olduğu (%54,9) belirtilmiştir. Huang ve arkadaşlarının⁶ çalışmasında da malign lezyonların erkeklerde daha sık görüldüğü (%63,4), benign lezyonlarda ise cinsiyet farkı görülmediği belirtilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalar malign lezyonların benign lezyonlara göre daha ileri yaşlarda görüldüğünü bildirmiştir.^{5,6,8,10} Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak malign lezyonların benign lezyonlara göre daha ileri yaşlarda ortaya çıktığı görülmüştür.

Çalışmamızda en sık görülen benign kapak lezyonu şalazyon (%35,2) olarak bulunmuştur. Bunu sırası ile skuamöz papillom

(%13,5), epidermal kist (%8,8), seboreik keratoz (%6,9) (resim 1) ve ksantelezma (%6,9) takip etmektedir. Yasser Al-Faky² tarafından yapılan bir çalışmada en sık görülen benign göz kapağı lezyonları hidrokistomayı takiben şalazyon, verruka, epidermal kist, nevüs, seboreik keratoz ve ksantelezma olarak bildirilmiştir. Huang ve arkadaşlarının çalışmasında⁶ ise en sık benign göz kapağı lezyonları sırasıyla nevüs, seboreik keratoz, ksantelezma, epidermal kist, kronik inflamasyon, verruka, skuamöz papillom, şalazyon olarak belirtilmiştir. Gündoğan ve arkadaşlarının¹ yaptıkları bir çalışmada da benzer şekilde en sık görülen beş benign göz kapağı lezyonu skuamöz papillom, melanositik nevüs, seboreik keratoz, epidermal kist ve hidrokistoma olarak belirtilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda şalazyon olguları biraz daha az görülürken bizim çalışmamızda şalazyon en sık görülen benign kapak lezyonu olmuştur. Benign lezyonların görülme oranlarının çalışmalara göre farklılık göstermesi çalışmanın yapıldığı merkeze başvuran hasta popülasyonunun değişkenliği ve o bölgedeki coğrafi koşullar ile iklimsel koşulların farklı olabileceği ile açıklanabilir.

Daha önce yapılan çalışmalarda göz kapaklarında en sık görülen malign tümör BHK olarak bildirilmiştir. BHK'yi SHK, SBK ve MM takip etmektedir.^{5,6,8,10} Ancak Asya kıtası kaynaklı çalışmalarda SBK'nin, BHK'ye yakın sıklıkta veya daha sık görüldüğü belirtilmiştir.¹¹⁻¹³ Türkiye kaynaklı çalışmalarda da en sık görülen malign göz kapağı lezyonunun BHK olduğu, bunu SHK ve SBK'nin takip ettiği bildirilmiştir.^{1,4,7,9,14} Bizim çalışmamızda da en sık görülen malign lezyon BHK idi. BHK'den sonra sırası ile en sık malign lezyonlar SHK, SBK ve MM olarak bulundu. Batı kaynaklı çalışmalar, ülkemiz ve Asya kaynaklı çalışmalar arasında malign lezyonların dağılımının farklılık göstermesi göz kapağı lezyonlarının çevresel ve genetik özelliklerden etkilendiği görüşünü desteklemektedir.

BHK en sık alt göz kapağında sonrada sırası ile iç kantus, üst kapak ve dış kantusta görülmektedir.¹² Çalışmamızda literatür bilgisi ile uyumlu olarak BHK'nin en sık yerleşim gösterdiği bölgenin alt göz kapağı, en az yerleşim bölgesinin ise dış kantus olduğu görülmüştür. Hindistan'da Kaliki ve arkadaşları¹³ tarafından yapılan bir çalışmada SBK en sık görülen göz kapağı tümörü olarak bulunmuş ve olguların %59'unun üst kapak yerleşimli olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada SHK'nin üst ve alt göz kapağını eşit derecede tuttuğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde SHK olgularında üst kapak ve alt kapak tutulumu eşit düzeyde idi. SBK tanısı koyulan 3 olgunun 2'sinde (%66,7) tıpkı Kaliki ve arkadaşlarının çalışması gibi üst kapak tutulumu olduğu görülmüştür. SBK'nin üst kapakta daha sık görülmesinin meibomian bezlerinin üst kapakta daha sık fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.¹⁰

Klinik olarak benign olduğu düşünülen olguların %2,2'sinde histopatoloji sonucunun malign olduğu görülmüştür. Kersten ve arkadaşlarının¹⁵ çalışmasında bu oran %1,9 olarak bildirilmiştir. Uzlu ve arkadaşları⁷ tarafından yapılan başka bir çalışmada ise benign olduğu düşünülen 84 olgunun histopatoloji sonuçları değerlendirildiğinde %4,7'sinin premalign, %5,9'unun ise malign olduğu görülmüştür. Çalışmamızda 3 SBK olgusunun tamamı şalazyon olarak değerlendirilmiş, SBK tanısı histopatolojik olarak koyulmuştur. İki MM olgusu da nevüs olarak değerlendirilmiştir. Bu olgulardaki yüksek yanlış tanı oranlarının diğer malign lezyonlara göre daha az görülmesi sebebiyle ön tanılarda akıla gelmemesinden ve SBK'nin özellikle başlangıç dönemlerinde kronik blefarit tablosu ile karışılma ihtimali olduğunu düşünmekteyiz. Benign lezyonlarda şalazyon, ksantelezma, skuamöz papillom, Moll ve Zeiss kisti olgularında

ön tanı ile histopatolojik tanı tutarlılığı %100 iken seboreik keratoz, keratoakantom, intradermal nevüs gibi olgulara klinik olarak tanı koyulamamıştır. Özellikle keratoakantom ve seboreik keratoz olguları malignite olarak değerlendirilmiştir. Yine trikoepitelyoma gibi daha nadir görülen benign kapak lezyonları ön tanı olarak akıla gelmemiş ve klinik olarak tanı koyulamamıştır. Bu nedenle görece daha az görülen göz kapağı lezyonlarında klinik muayene ile tanı koyabilme oranı oldukça düşüktür ve bu da benign lezyonlardaki klinik tanı başarısının düşük olmasına sebep olmuştur.

Sonuç olarak göz kapağında görülen lezyonlar sıklıkla benign olmakla birlikte malign lezyonlara da rastlanabilmektedir ve malign olguların bir kısmı benign olarak değerlendirilebilmektedir. Bu nedenle benign olduğu düşünülen lezyonlarda malignite olasılığı göz önünde bulundurularak dikkatli bir klinik muayene ve histopatolojik inceleme yapılmalıdır. Malign kapak tümörlerinin tanınması ve erken dönemde cerrahi eksizyon ile tedavi edilmesi daha rahat tümör kontrolü sağlamakta, hastayı daha komplike tümör cerrahilerinden kurtarmakta ve kozmetik olarak daha başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlamaktadır.

Kaynaklar

1. Gundogan FC, Yolcu U, Tas A, et al. Eyelid tumors: clinical data from an eye center in Ankara, Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(10):4265-4269.
2. Al-Faky YH. Epidemiology of benign eyelid lesions in patients presenting to a teaching hospital. *Saudi J Ophthalmol.* 2012;26(2):211-216.
3. Hussain I, Khan FM, Alam M, Khan BS. Clinicopathological analysis of malignant eyelid tumours in north-west Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2013;63(1):25-27.
4. Karabulut HH, Yuyucu Karabulut Y, Şenel E, Dölek Y, Uslu A, Kurşun N. Göz kapağı tümörlerinin histopatolojik ve demografik özellikleri. 2014.
5. Bagheri A, Tavakoli M, Kanaani A, et al. Eyelid masses: a 10-year survey from a tertiary eye hospital in Tehran. *Middle East Afr J Ophthalmol.* 2013;20(3):187-192.
6. Huang Y-Y, Liang W-Y, Tsai C-C, et al. Comparison of the clinical characteristics and outcome of benign and malignant eyelid tumors: an analysis of 4521 eyelid tumors in a tertiary medical center. *Biomed Res Int.* 2015;2015:453091.
7. Uzlu D, Akyol N, Ercin ME, Türk A, İmamoğlu Hİ. Kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen göz kapağı tümörlerinin histopatolojik bulguları. *Dicle Tıp Dergisi.* 2020;47(1):146-153.
8. Coroi MC, Roşca E, Muşju G, Coroi T, Bonta M. Eyelid tumors: histopathological and clinical study performed in County Hospital of Oradea between 2000-2007. *Rom J Morphol Embryol.* 2010;51(1):111-115.
9. Keçeci Y, Taşlı FA, Sır E, Özkök G. Göz kapağı tümörlerinin insidansı. *Turk J Plast Surg.* 2013;21(2):20-23.
10. Ho M, Liu DTL, Chong KKL, Ng HK, Lam DSC. Eyelid tumours and pseudotumours in Hong Kong: a ten-year experience. *Hong Kong Med J.* 2013;19(2):150-155.
11. Kumar R. Clinicopathologic study of malignant eyelid tumours. *Clin Exp Optom.* 2010;93(4):224-227.
12. Jahagirdar SS, Thakre TP, Kale SM, Kulkarni H, Mamtani M. A clinicopathological study of eyelid malignancies from central India. *Indian J Ophthalmol.* 2007;55(2):109-112.
13. Kaliki S, Bothra N, Bejjanki KM, et al. Malignant eyelid tumors in India: a study of 536 Asian Indian patients. *Ocul Oncol Pathol.* 2019;5(3):210-219.
14. Kurt A, Mutlu S, Yener H, Bayram N, Nazlım S. Primer göz kapağı tümörlerinde histopatoloji sonuçları. *Dicle Tıp Dergisi.* 2015;42(1):72-77.
15. Kersten RC, Ewing-Chow D, Kulwin DR, Gallon M. Accuracy of clinical diagnosis of cutaneous eyelid lesions. *Ophthalmology.* 1997;104(3):479-484.

Tablo 1: Histopatolojik tanı ve demografik özelliklerin ilişkisi

Histopatolojik Tanı	Olgu Sayısı (%)	Kadın/Erkek (Kadın %)	Ortalama Yaş (±sd)	En Sık Yerleşim Bölgesi-%
Benign lezyonlar				
Şalazyon	112 (27,4)	59/53 (52,7)	32,8±18,1	ÜK-58,0
Skuamöz papillom	43 (10,5)	21/22 (48,8)	51,2±14,2	ÜK-58,1
Epidermal kist	28 (6,8)	15/13 (53,6)	52,4±15,4	ÜK-53,8
Seboreik keratoz	22 (5,4)	9/13 (40,9)	58,1±16,9	ÜK-45
Ksantelezm	22 (5,4)	13/9 (59,1)	45,3±6,7	ÜK-100
Moll ve Zeiss kisti	20 (4,9)	14/6 (70)	39,9±14,9	AK-58,8
Nevüs	18 (4,4)	13/5 (72,2)	46,7±7,8	ÜK-83,3
Verrukavulgaris	14 (3,4)	9/5 (64,3)	45,4±19,1	ÜK-80
Dermoid/epidermoid kist	12 (2,9)	2/10 (16,7)	47,0±4,2	ÜK-83,3
Kapiller hemangiom	10 (2,4)	10/0 (100)	39,4±24,3	ÜK=AK
Keratoakantom	6 (1,5)	3/3 (50)	51,7±15,7	AK-66,7
Kutanöz horn	5 (1,2)	5/0 (100)	37,2±12,7	ÜK-60,0
Ksantogranülom	2 (0,5)	1/1 (50)	45,0±7,1	ÜK=AK
Trikoepiteliyoma	2 (0,5)	1/1 (50)	63,0±22,6	ÜK=AK
Apokrin hidrokistoma	1 (0,3)	1/0 (100)	50	DK
Malign lezyonlar				
Bazal hücreli karsinom	71 (17,4)	35/36 (%49,3)	64,3±13,2	AK %60,6
Skuamöz hücreli karsinom	15 (3,7)	5/10 (%33,3)	64,1±13,2	ÜK %40
Sebace bez karsinomu	3 (0,7)	2/1 (%66,7)	65,0±14,1	ÜK %66,7
Malign melanom	2 (0,5)	2/0 (%100)	74,0±2,8	ÜK=İK
Sd: standart sapma	ÜK: üst kapak	AK: alt kapak	İK: iç kantus	DK: dış kantus

Oral Presentation / Research**Koronavirüs Anksiyetesi ile Duygusal Yeme Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**Nilgün Seremet Kürklü¹, Hülya Kamarlı Altun²

1. Akdeniz Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
2. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü,
07070 Antalya, Turkey E-mail: hkamarli@akdeniz.edu.tr

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 14" by Hülya Kamarlı Altun

Keywords / Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Covid-19, Duygusal Yeme

Aim:

Covid-19 bireylerin fiziksel sağlıkları için ciddi tehditler oluşturmasının yanı sıra anksiyete, panik atak ve depresyona neden olarak bireylerin ruhsal sağlıkları üzerine de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Anksiyete gibi duygu durumu değişikliklerine tepki ve cevap olarak bireylerde duygusal yeme davranışı gelişebilmektedir. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin Covid-19 dönemindeki anksiyete durumları ve duygusal yeme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmış ve yapılmıştır.

Method:

Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim gören 241 öğrenciden onam vererek çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketi tam dolduran 198 öğrenci dahil edilmiştir. Bireylerin genel özellikleri, pandemi dönemindeki vücut ağırlığı değişimleri, koronavirüs anksiyete ölçeği (KAÖ) ve duygusal yeme ölçeği (DYÖ) ile ilgili bilgiler web tabanlı anket formu aracılığıyla toplanmıştır.

Results:

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunu kız öğrenciler (%86.4) oluşturmakta olup yaş ortalaması 21.4 ± 3.04 yıldır. Covid-19 pandemi döneminde bireylerin yarısı vücut ağırlığında artış olduğunu (3.2 ± 1.87 kg), %16.2'si ise vücut ağırlığının değişmediğini bildirmiştir. Yaklaşık her 5 öğrenciden birinde (%21.2) Covid-19'a bağlı anksiyete görülürken, her 5 öğrenciden ikisinin (%40.9) DYÖ puanlarına göre duyguları doğrultusunda yemek yediği saptanmıştır. Bireylerin vücut ağırlığı değişimleri ile duygusal yeme veya anksiyete durumları arasında bir ilişki saptanmazken, KAÖ puanı ile DYÖ puanı arasında pozitif bir ilişkinin olduğu görülmüştür ($r=0.171$, $p<0.05$).

Conclusions:

Bulaşıcı hastalıkların bireylerin stres ve anksiyete düzeylerinde artışa neden olduğu bilinmektedir ve bireyler bu anksiyete durumlarıyla baş edebilmek için yemek yemeye yönelebilmektedir. Bu çalışmada bireylerin yarısında pandemi döneminde vücut ağırlıklarında artış olduğu ve bireylerin KAÖ puanları arttıkça DYÖ puanlarının da arttığı saptanmıştır. Covid-19 anksiyetesi azaldıkça, bireylerin duygusal yeme durumunun da değişeceği öngörülmektedir. Bu nedenle bu süreçte bireylere anksiyete ile başa çıkma ve sağlıklı beslenme konusunda daha fazla bilgilendirme yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Oral Presentation / Research

Pandemi döneminde Maksillofasyal travmaların yönetiminde uzaktan konsültasyonun etkilerinin tek merkez kapsamında değerlendirilmesi

Daghan Dagdelen

Trakya University School of Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: dagdelend@trakya.edu.tr

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 14" by Daghan Dagdelen

Keywords / Anahtar Kelimeler: Pandemi, Uzaktan konsültasyon, Maksillofasya travma

Aim:

Covid-19 Pandemisi ile birlikte, günlük mesleki pratiğimizde bazı değişiklikler oldu. Bunu değişikliklerin altında yatan unsurlardan biri de mevcut sağlık çalışanı ve ortaya koydukları iş gücünün sağlık otoritesi tarafından pandemi sürecinde kullanılmak üzere başka alanlara yönlendirilmesiydi. Bu yönlendirmenin sonucunda daha az sayıda çalışan ile kliniklerin pandemi öncesine benzer bir hasta yükünü üstlenmesi gerekti. Bu zorlayıcı koşullar altında farklı pragmatik çözümler ortaya çıktı. Bunlardan biri de teknoloji desteğiyle beraber olan uzaktan konsültasyondur.

Trakya bölgesinde maksillofasyal travmaların yönetiminde tek merkez olan kliniğimizde, pandemi sürecinde sağlık otoritesinin komuta kontrol merkezi (KKM) ile oluşturduğumuz uzaktan konsültasyon(UK) yaklaşımıyla opere edilen hasta verilerini paylaşmayı ve pandemi öncesi döneme ait verilerle bu sonuçları karşılaştırmayı amaçladık.

Method:

Ülkemizde ilk Covid-19 vakasının tanı aldığı 17 Mart 2020 tarihinden 1 Mart 2021 tarihine kadar olan süreçte, yönetilen maksillofasyal travma vakaları geriye dönük olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak, KKM tarafından uzaktan konsültasyon istenen vakalar belirlendi. Kendi imkanları ile hastanemize başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Uzaktan konsültasyon kapsamında hastaların maksillofasyal tomografilerini içeren videoların tarafımıza gönderilmesi sağlandı.

Dahil edilen vakalar, demografik özellikleri, etkilenen yüz kemikleri, uygulanan onarımın acil/elektif olarak gerçekleştirilmesi, ameliyata kadar geçen süre, komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. Bu sonuçlar 2019-2020 yılları arasında aynı tarihlerde kliniğimizde yönetilen maksillofasyal travma olguları ile kıyaslandı.

Results:

Pandemi sürecinde toplam 21 bir önce ki yıl 33 hasta opere edildi. En sık etyoloji her iki grupta da araç içi trafik kazalarıydı. İlk grupta yaş ortalaması 39,9±8,4 ikinci grupta 40,9±11,5 idi. En sık etkilenen yüz kemiği her iki grupta da mandibulaydı. İlk grupta 4 diğer grupta 2 olgu acil opere edildi. Başvuru ile operasyon arasında geçen ortalama süre ilk grupta 2,5±1,2, ikinci grupta 7,3±3,7 idi. İlk grupta 2 olguda orokutanöz fistül gelişti, ikinci grupta bu sayı 4 idi.

Conclusions:

UK kapsamında hastaların tomografileri operasyonu gerçekleştirecek ekip tarafından değerlendirilmiş, ameliyat

endikasyonları ve acil girişim planları daha isabetli olarak verilmiştir. Bu yaklaşım başvurudan hastanın ameliyatına kadar geçen süreyi kısaltmıştır.

Full Text

Giriş

Dünya sağlık örgütü tarafından COVID-19 Pandemisi ilanından sonra günlük hayatımızda olduğu gibi mesleki pratiğimizde bazı değişiklikler oldu. Bunu değişikliklerin altında yatan ana unsurlardan biri de mevcut sağlık çalışanı sayısı ve ortaya koydukları iş gücünün sağlık otoritesi tarafından pandeminin yönetiminde kullanılmak üzere başka alanlara yönlendirilmesiydi. Bu yönlendirmenin sonucunda sağlık kuruluşlarının daha az sayıda çalışan ile pandemi öncesine döneme yaklaşan bir iş yükünü çevirmesi gerekti. Bu zorlayıcı koşullar altında farklı pragmatik çözümler ortaya çıktı. Bunlardan biri de teknoloji desteğiyle beraber olan uzaktan konsültasyondur.

Plastik cerrahi klinik yönetim süreci de farklı olmayarak benzer kısıtlamaya tabiydi. Maksillofasyal travmalar(MFT) ve bunların tedavisi Plastik Cerrahi pratiğinin önemli başlıklarından biridir. Maksillofasyal travmaların tedavisinin planlanmasında görüntüleme yöntemlerinin kullanılması kuraldır. Günümüzde bilgisayarlı tomografi bu planlama sürecinde esas kullanılan görüntüleme yöntemidir. Tomografi serileri günümüz teknolojisinde kolaylıkla digital ortamda başka bilgisayar veya santrallere aktarılabilir.

Biz de bu verilerin kolayca akatarılmasından yola çıkarak acil maksillofasyal travmaların yönetim sürecinde uzaktan konsültasyonda kullanılabilirliğini değerlendirmek istedik. Bu kapsam içinde Trakya bölgesinde maksillofasyal travmaların yönetiminde tek merkez olan kliniğimizde, pandemi sürecinde sağlık otoritesinin komuta kontrol merkezi (KKM) ile oluşturduğumuz uzaktan konsültasyon yaklaşımı paylaşmayı ve pandemi öncesi döneme ait hasta verileriyle de bu sonuçları karşılaştırmayı amaçladık.

Hastalar ve Metod

Ülkemizde ilk Covid-19 vakasının tanı aldığı 11 Mart 2020 tarihinden 1 Mart 2021 tarihine kadar olan süreçte, yönetilen MFT olguları geriye dönük olarak değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilme kriteri olarak, KKM tarafından hasta sevki veya konsültasyon için danışılan olgular belirlendi. Kendi imkanları ile hastanemize başvuran hastalar, MFT dışında ek patolojisi olan hastalar, travmayı takiben ilk 24 saat içinde hastaneye başvurmamış hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Çekilen tomografilerin minimumda frontal kemikten başlayarak mandibula alt sınırını dahil edecek şekilde tüm yüz kaidesini içermesi, yine minimumda 5mm'lik kesitlerle çekilmesi ve en azından koronal veya aksiyal planda kesitlenmesi arandı. Bu teknik özellikleri sağlamayan tomografilerin yenilenmesi istendi.

Uzaktan konsültasyon kapsamında hastaların maksillofasyal tomografilerini içeren videoların tarafımıza gönderilmesi

sağlandı.

Dahil edilen vakalar, demografik özellikleri, travmanın etkilediği yüz kemikleri, uygulanan onarımın acil veya elektif olarak gerçekleştirilmesi, başvuru anından ameliyata kadar geçen süre, operasyon sonrası komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. Bu sonuçlar 2019-2020 yılları arasında aynı tarihlerde kliniğimizde tedavi edilen maksillofasyal travma olguları ile kıyaslandı.

Bulgular

Pandemi sürecinde toplam 21 olgu, bir önceki yıl 33 hasta MFT sebebiyle opere edildi. En sık etyoloji her iki grupta da araç içi trafik kazaları (AITK) idi. Yaş ortalaması ilk grup için 39,9[2]8,4 ikinci grup için 40,9[2]11,5 idi. En sık etkilenen yüz kemiği her iki grupta da mandibula idi. İlk grupta 4 ikinci grupta 2 olgu acil olarak opere edildi. Başvuru anı ile operasyon süresi arasında geçen ortalama süre ilk grup için 2,5[2]1,2, ikinci grup için 7,3[2]3,7 idi. İlk grupta mandibula onarımı gerçekleştirilen 2 olguda orokutanöz fistül gelişti, ikinci grupta bu sayı 4 idi. Detaylı veriler tablo-1'de paylaşılmıştır.

Tartışma

COVID-19 pandemisinin başlamasıyla birlikte hem sosyal hemde mesleki hayatımızda belirli düzen değişiklikleri oldu. Sağlık çalışanı iş gününün önemli bir kısmının pandemi ile mücadele için yönlendirilmesiyle sağlık kurumlarının COVID dışı hastalara sunabildikleri sağlık hizmetinde bazı gerilemeler yaşandı. Bu gerilemelerin kompensasyonu için farklı çözümler ortaya çıktı. Bunlar içinde uzaktan konsültasyon ve cerrahi birimler için hızlı-geçiş protokolleri yer almaktadır (1-2).

Çalışma sonuçlarına bakıldığında pandemi sürecinde UK ile değerlendirilip kabul edilen hastaların başvurudan ameliyata kadar ki sürelerinin (2,5[2]1,2) , UK kullanılmadan gerçekleştirilen sevklerde ki süreden (7,3[2]3,7) daha kısa olması dikkat çekicidir. Uzaktan konsültasyon ile hastaya ait tomografileri ameliyatı gerçekleştirecek doktorun değerlendirebilmesi sağlanmaktadır. Böylece hastanın ameliyat gereksinimi daha net olarak belirlenmektedir. UK ile sadece ameliyata aday olarak kabul edilen hastalar interne edildiğinden ameliyat hazırlığı (PCR testi alınması, Genel anestezi hazırlıkları gibi) daha hızlı olarak yapılmaktadır. Yine aynı sebepten dolayı ameliyatı gerçekleştirecek doktorun ameliyat planını (ameliyatın olası süresi, kullanılacak fiksasyon sistemlerinin temini gibi) hasta gelmeden oluşturabilmesi sağlanmaktadır. Bu iki faktörün interne edilen hastanın operasyona kadar geçen sürenin kısa olmasında ki önemli etkenler olduğunu düşünüyoruz.

Pandemi sürecinde hastamemiz MFT için bölgede ki tek referans olarak görev yapmıştır. Pandemi öncesi ve pandemi sırasında ki başvurular etyoloji yönünden incelendiğinde her iki grupta da en sık MFT etkeni olarak AITK ve bunu darp izlemektedir. Bu güncel literatür ile de uyumludur (4-6). Pandemi öncesi ile kıyaslandığında pandemi sırasında KKM tarafından yönlendirilen hasta sayısında ki azalmayı, devlet otoritesinin getirdiği kısıtlamalar (belli saatler sokağa çıkma kısıtlamaları gibi) ile açıklamaktayız. Dikkat çekici olacak pandemi sürecinde 4 hasta acil olarak ameliyat edilmiştir. Bir önceki yılda 2 hasta acil olarak opere edilmiştir. Bu artışı da pandemi sürecinde bu hastaların yönlendirildiği tek merkez olmamızla açıklamaktayız.

Hastaların operasyon sonrası takiplerinde erken dönemde, güncel literatür ile uyumlu olarak en sık orokutanöz fistüller ile

karşılaşılmıştır. Özellikle orta yüz ve mandibula çok parçalı fraktürlerinde karşılaşılan erken dönem komplikasyonu olan orokutanöz fistüllerin tedavisinde lokal yara bakımı ve ağız hijyenin artırılması ilk basamaktır. Bu tedavi yaklaşımı ile hasta kohortumuzda ki komplike olan tüm olgular tedavi edilmiştir.

Hasta sağaltımında görüntüleme yöntemlerinden sıkça faydalanılan bir brans olan ortopedide teletip ve sanal konsültasyon yaygın olarak kullanılmaktadır (7,8) Bu brans kapsamında yapılan randomize kontrollü çalışmalarda seçilmiş hastalarda bu yöntemlerin güvenle kullanılabilceği gösterilmiştir (9-11). Daha geniş kapsamda kullanılabilmesi için özellikle de bu yaklaşımın ekonomik ve hasta memnuniyetli bazı çalışmaları da başarısının gösterilmesi gereklidir.

Maksillofasyal travmalar odaklı kıyaslayabileceğimiz başka bir çalışmayı saptamayamadık. Paylaştığımız bu bulgular daha kapsamlı bir çalışmanın gerekliliğini ortaya koymuştur. Bununla beraber, Trakya bölgesi sınırlarını içeren bu veriler ışığında, konsültasyon sırasında hasta görüntülerinin ameliyatı gerçekleştirecek hekimle paylaşılmasının ameliyat kararı ve hasta triajında kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu sonucunu desteklenebilir.

Sonuç

Uzaktan konsültasyon kapsamında hastaların tomografileri operasyonu gerçekleştirecek ekip tarafından değerlendirilmiş ve ameliyat endikasyonları ve acil girişim planları daha isabetli olarak verilmiştir. Bu da başvuru anından hastanın ameliyatına kadar geçen süreyi kısaltmıştır.

Tablo-1

2020-2021	Orişiyet	Yaş	Travma Sebebi	Etkilenen kemikler	Onarım Şekli	Operasyona Kadar Geçen Süre
Hasta No	1 E		42 AITK	Orta Yüz-Mandibula	Elektif	2
	2 E		38 AITK	Orta Yüz	Elektif	1
	3 E		47 Darp	Mandibula	Elektif	1
	4 K		35 AITK	Üst Yüz-Orta Yüz	Acil	-
	5 E		36 Darp	Mandibula	Elektif	1
	6 E		62 AITK	Orta Yüz-Mandibula	Acil	-
	7 E		54 İş Kazası	Parafasyal	Acil	-
	8 E		37 AITK	Orta Yüz	Elektif	2
	9 E		39 Darp	Mandibula	Elektif	3
	10 K		28 Darp	Üst Yüz-Orta Yüz	Elektif	2
	11 E		52 Darp	Orta Yüz-Mandibula	Elektif	3
	12 E		34 AITK	Parafasyal	Acil	-
	13 E		31 Darp	Mandibula	Elektif	2
	14 E		30 AITK	Üst Yüz	Elektif	4
	15 E		42 ADTK	Orta Yüz	Elektif	2
	16 E		38 AITK	Orta Yüz	Elektif	3
	17 K		32 ADTK	Mandibula	Elektif	5
	18 E		35 Darp	Mandibula	Elektif	5
	19 E		39 İş Kazası	Parafasyal	Elektif	2
	20 E		47 Darp	Mandibula	Elektif	3
	21 E		40 İş Kazası	Orta Yüz-Mandibula	Elektif	2
		39,90				2,53
		8,48				1,23
2019-2020						
Hasta No	1 E		47 AITK	Orta Yüz	Elektif	7
	2 E		35 Darp	Üst Yüz-Orta Yüz	Elektif	9
	3 E		36 AITK	Üst Yüz-Orta Yüz	Elektif	8
	4 E		62 Darp	Mandibula	Elektif	9
	5 E		54 Darp	Orta Yüz	Elektif	5
	6 E		37 AITK	Mandibula	Elektif	7
	7 E		39 İş Kazası	Üst Yüz	Elektif	8
	8 E		28 AITK	Orta Yüz-Mandibula	Elektif	9
	9 K		52 Darp	Üst Yüz	Elektif	11
	10 E		34 İş Kazası	Mandibula	Elektif	14
	11 E		31 ADTK	Parafasyal	Acil	-
	12 E		61 AITK	Orta Yüz	Elektif	7
	13 E		32 ADTK	Orta Yüz-Mandibula	Elektif	17
	14 E		35 Darp	Üst Yüz	Elektif	5
	15 K		39 AITK	Üst Yüz-Orta Yüz	Elektif	4
	16 E		39 İş Kazası	Orta Yüz-Mandibula	Elektif	7
	17 E		28 AITK	Orta Yüz	Elektif	8
	18 E		52 ADTK	Orta Yüz	Elektif	5
	19 E		34 AITK	Üst Yüz-Orta Yüz	Acil	-
	20 E		32 AITK	Orta Yüz	Elektif	14
	21 E		35 Darp	Mandibula	Elektif	16
	22 K		54 İş Kazası	Parafasyal	Elektif	2
	23 E		37 Darp	Mandibula	Elektif	4
	24 E		39 AITK	Orta Yüz-Mandibula	Elektif	5
	25 E		66 Darp	Orta Yüz	Elektif	7
	26 E		59 İş Kazası	Orta Yüz-Mandibula	Elektif	5
	27 E		45 Darp	Mandibula	Elektif	6
	28 K		42 AITK	Parafasyal	Elektif	2
	29 E		53 Darp	Orta Yüz	Elektif	4
	30 E		37 AITK	Parafasyal	Elektif	6
	31 E		32 ADTK	Mandibula	Elektif	5
	32 E		18 AITK	Parafasyal	Elektif	8
	33 K		26 ADTK	Orta Yüz	Elektif	5
		40,91				7,39
		11,59				3,71

Oral Presentation / Research**Paraproteinemili olguların geriye dönük değerlendirilmesi; 4106 elektroforez, tek merkez deneyimi**

Ahmet Küçükarda, Ahmet Muzaffer Demir

Trakya University, 22100 Edirne, Turkey E-mail: ahmetkucukarda22@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 14" by Ahmet Küçükarda

Keywords / Anahtar Kelimeler: serum protein elektroforezi, paraproteinemi, önemi bilinmeyen monoklonal gammopati**Aim:**

Paraproteinemiler veya disproteinemiler olarak da bilinen monoklonal gammopatiler, farklılaşmış B lenfositlerin (plazma hücrelerinin) bir veya daha fazla klonunun çoğalması ile tanımlanan ve klinik seyirleri birbirine benzemeyen bir grup hastalıktır. Paraproteinemi terimi bir laboratuvar bulgusu olup, tarama ve tanılarında serum protein elektroforezi önemli bir yere sahiptir.

Method:

Çalışmamıza; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne dört yıl sürecinde başvuran olguların arşivde var olan 4106 adet serum protein elektroforezi dahil edildi. Monoklonal gammopati tespit edilen olguların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri geriye dönük olarak ayrıntılı değerlendirildi.

Results:

Elektroforezlerin, 1896 (%46.2)'sının patolojik olduğu, 928 (%22.6)'inde poliklonal gammopati, 199 (%4.8)'unda monoklonal gammopati ve 54 (%1.3)'ünde hipogammaglobulinemi saptandı. Monoklonal gammopati'li olgularda; %64.8 ile en sık multipl myelom, 2. sıklıkta %25.1 ile önemi bilinmeyen monoklonal gammopati izlendi. Hastanemizde önemi bilinmeyen monoklonal gammopati (MGUS) görülme sıklığı %1.2 bulundu. Bu olguların yaş ortalaması 70.2 idi. Erkeklerde 4 kat daha fazla görüldüğü, 40 yaş altında olgu görülmediği ve 80 yaş üzerinde %3.6 oran ile en sık görüldüğü saptandı. Multipl myelom görülme sıklığı %3.4 olarak bulundu. Bu grubun yaş ortalaması 68.9 olup erkeklerde 1.5 kat daha fazlaydı. 70-79 yaş arası grupta %6.7 ile en sıklıkta Waldenström makroglobulinemisi sıklığı %0.09, sessiz multipl myelom sıklığı da %0.07 olarak bulundu. MGUS tanıli olguların izlem sürecinde myeloma ya da diğer hematolojik habis hastalıklara dönüşümü görülmedi.

Conclusions:

Dünya genelinde en sık görülen paraproteinemi MGUS iken, çalışmamızda en sık multipl myelom görülmüştür. Bu farklılığın hastanemizin üçüncü basamak bölge hastanesi olması ve hastaların çevre illerden myelom ön tanısı ile gelmiş olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Full Text**Giriş**

Paraproteinemiler veya disproteinemiler olarak da bilinen monoklonal gammopatiler (MG), plazma hücrelerinin bir veya daha fazla klonunun çoğalması ile tanımlanan ve klinik seyirleri

birbirine benzemeyen bir grup hastalıktır. Bu hastalık grubunda monoklonal (M) protein olarak tanımlanan ve immünolojik olarak homojen yapıdaki immüoglobülin üretimi ortak bulgudur. (1).

Multipl myelom plazma hücre hastalıkları arasında en sık görüleni olup, bütün hematolojik kanserlerin %10-15'ini, tüm kanserlerin %1'ini oluşturur (2). İnsidansı ırk ve coğrafik olarak değişmekle beraber 4-5/100.000 oranıyla tüm dünyada benzerlik göstermektedir (3,4). MGUS; MM etyolojisinde önemli bir yere sahiptir. MGUS görülme sıklığı yapılan çalışmalara dahil edilen olguların yaşı ile ilişkili olup, genellikle %3 civarında saptanmıştır (5). İki yüz kırk bir MGUS'lu hasta ile yapılan bir çalışmada 25 yıl izlem sonrası MM gelişme oranı %39 olarak saptanmıştır (6).

Bu hastalıkların her biri için dolaşımdaki monoklonal immüoglobülinlerin ölçümü tanı, tedavi ve izlem açısından önemlidir. MG'lerin tanımlanmasında serum ve idrar protein elektroforezi (SPE, İPE), serum ve idrar immüfiksasyon elektroforezi (İFE), serumda immüoglobülin ağır zincirlerin nefelometrik ölçümü, serbest immüoglobülin hafif zincir (κ ve λ) bileşenleri için immünokimyasal ölçüm (nefelometrik ve türbidimetrik), κ ve λ serbest hafif zincirlerin kantitatif ölçümleri ve serbest κ/λ oranları kullanılmaktadır (7). SPE; MG'lerin tarama ve tanısında ilk basamak tetkiklerden olup non-sekretuar multipl myelom ve AL amiloidoz dışındaki hastalık gruplarında oldukça yararlı bir yöntemdir (8).

Bizde bu çalışmada, hastane veri tabanından yola çıkarak hastanemize başvuran olguların MGUS, MM, WM si gibi plazma hücre hastalıklarının sıklığının belirlenmesi ve klinikopatolojik verilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyel ve Metod

Çalışmaya; hastanemize 1 Ocak 2010 ve 31 Aralık 2013 tarihleri arasında herhangi bir nedenle ve herhangi bir kliniğe başvurmuş hastaların yapılan laboratuvar tetkikleri arasında serum protein elektroforezi istenmiş ve çalışma protokolüne alınma ölçütlerini karşılayan hastalar alındı.

Serum protein elektroforezleri Sebia Minicap (Sebia, Issy-les-Moulineaux, France) kapiller zon elektroforez kiti kullanılarak çalışılmıştır. Patolojik olarak kabul edilen serum protein elektroforezi sonuçları çalışma koşullarına göre hastaların yaş, cinsiyet, ikamet ettikleri adres, başvuru tarihi, elektroforez bulgusu gibi parametrelere göre sınıflandırılmış ve çalışmaya dahil edilmiştir. İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Science) 20.0 programı kullanıldı. Sonuçlar %95' lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Toplam 5790 adet elektroforez verisi incelendi. Öncesinde belirlediğimiz ölçütlere göre aynı kişiye ait elektroforezler ayrıştırıldığında çalışmaya alınan SPE sayısı 4106 olarak bulundu. İncelenen SPE'lerinin %53.8'i (n=2210) normal, %46.2'si (n=1896) patolojik olarak değerlendirildi.

Çalışma kapsamındaki SPE'lerinin; 2383'ü erkek (%58) 'ti. Yaş ortalaması 58.1±6.4 (Dağılım: 19-98 yaş) idi. Yaş gruplarına, ikamet ettikleri adreslere ve yıllara göre elektroforez isteminin dağılımı Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1. Serum protein elektroforezi değerlendirilen olguların demografik özellikleri

Parametre	Sayı (%)
Yaş (yıl):	
<40	507 (12)
40-49	703 (17.1)
50-59	906 (22)
60-69	1162 (28.3)
70-79	634 (15.4)
≥80	194 (4.7)
Cinsiyet:	
Erkek	2383 (58)
Kadın	1723 (42)
İkamet Adresi:	
Edirne	1901 (46.2)
Kırklareli	1005 (24.4)
Tekirdağ	956 (23.2)
İstanbul	123 (2.9)
Çanakkale	34 (0.8)
Balıkesir	12 (0.2)
Diğer	75 (1.8)
Yıl:	826 (20.1)
2010	1005 (24.4)
2011	1012 (24.6)
2012	
2013	1263 (30.7)
Yıllara göre hastaneye başvuran kişi sayısı:	
2010	16.856 (%20.7)
2011	20.651 (%25.3)
2012	21.123 (%25.8)
2013	23.120 (%28.2)
TOPLAM	81.850 (%100)

Patolojik olarak değerlendirilen 1896 adet SPE 'nin %55.4' ü (n=1050) erkekti. Yaş ortalaması 57.6±5.2 idi. Serum protein elektroforezi bulgularına göre Tablo 2'de özetlendi.

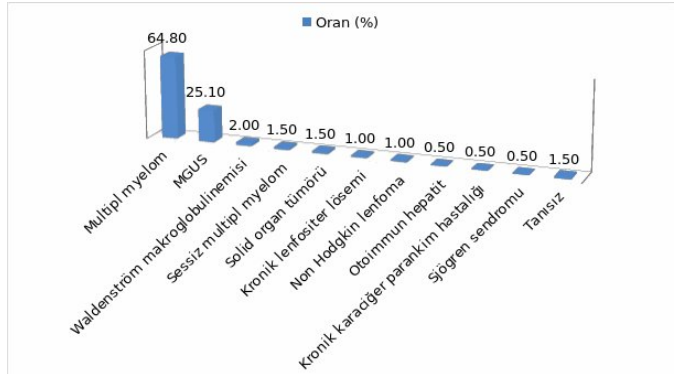
Tablo 2. Serum protein elektroforezi bulguları

Parametre:	Sayı(%)
Normal	2210 (53.8)
Patolojik	1896 (46.18)
Monoklonal gammopati	199 (4.8)
Poliklonal gammopati	928 (22.6)
Hipogammaglobulinemi	54 (1.3)
Diğer bulgular	789 (19.2)
Toplam	4106*

*Toplam %100 etmemesinin sebebi hipogammaglobulinemi tespit edilenlerin bir kısmında monoklonal gammopatide izlenmesidir.

Monoklonal gammopati saptanan 199 kişinin SPE'inde; %74.8'i (n=149) γ -bandında, %12'si (n=24) β - γ geçiş bölgesinde, %9'u (n=18) β -bandında ve %4.2'si (n=8) α_2 -bandında monoklonal pikler izlendi. Bu kişilerin SPE'inden hesaplanan M-protein düzeyleri; %23.1'i (n=46) ≥ 5 gr/dl, %22.1'i (n=44) 4-4.9 gr/dl arası, %24.1'i (n=48) 3-3.9 gr/dl arasında ölçüldü. %30.6'sında (n=61) < 3 gr/dl M-protein bulundu. Kemik iliği biyopsilerini değerlendirme amacı ile otomasyon sistem verileri ve dosyaları incelendiğinde, 199 hastanın 143 tanesine ait veri elde edilebildi. Bu verilere göre; %7.6'sında (n=11) kemik iliği plazma hücre oranı %10'un altında bulunurken, %92.4'ünde (n=132) %10 un üzerinde saptandı.

M-protein varlığı ve düzeyi, kemik iliği plazma hücre oranları, IMWG kriterlerine göre tedavi gerektiren organ hasarı bulguları ve hasta dosya verileri kullanılarak MG'si olan 199 kişinin tanı sınıflamasına göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.

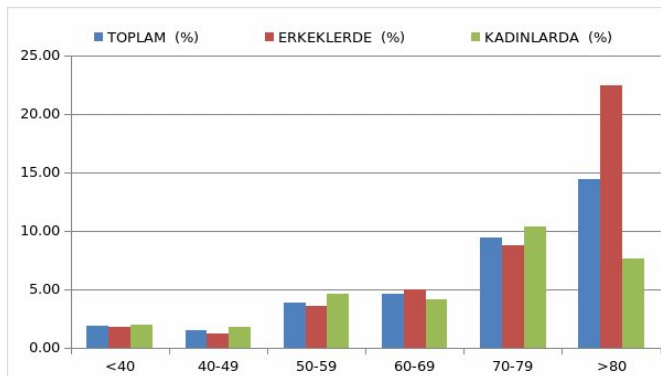
**Şekil 1. Monoklonal gammopatili olguların klinik tanılarına göre dağılım**

Monoklonal gammopatili 199 hastanın demografik özellikleri incelendiğinde; %60.8'inin (n=121) erkek olduğu görüldü. Yaş ortalaması 66.4±8.2 (Dağılım: 21-89 yaş) bulundu. Erkeklerde medyan yaş 67.7±6.2 (Dağılım: 44-89 yaş) iken, kadınlarda 64.3±6.4 (Dağılım: 21-83 yaş) olduğu tespit edildi. Yaş gruplarına göre ve dört yıllık süreçte yıllara göre vaka dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Monoklonal gammopatili hastaların demografik verileri

Parametre	Sayı(%)
Yaş (yıl)	
<40	10 (5)
40-49	11 (5.5)
50-59	36 (18)
60-69	54 (27.1)
70-79	60 (30.1)
≥80	28 (14.3)
Cinsiyet	
Erkek	121 (60.8)
Kadın	78 (39.2)
Yıl	
2010	37 (18.7)
2011	43 (21.6)
2012	52 (26.1)
2013	67 (33.6)
Toplam:	199(100)

Epidemiyolojik değerlendirmede; hastanemizde dört yıllık sürede MG sıklığı %4.8 (%95 CI, 3.9-5.5) olarak bulundu. Erkekler arasındaki sıklık %5.0 (%95 CI, 4.2-5.8) iken, kadınlarda %4.5 (%95 CI, 3.6-5.4) olarak hesaplandı. Erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi ($p=0.063$). Yaş gruplarına göre görülme sıklığına bakıldığında; 40 yaş altında %1.9 (%95 CI, 1.6-2.2) iken, 80 yaş üzerinde %14.4 (%95 CI, 11.4-17.4) olarak bulundu. Yaş grupları arasında giderek artan oranların olması bir önceki grup ile karşılaştırılmalarında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Şekil 2).

**Şekil 2. Hastanemizde monoklonal gammopati sıklığının cinsiyet ve yaş grupları arasındaki ilişkisi**

MGUS olguları epidemiyolojik açıdan değerlendirildiğinde; dört yıllık süreçte hastanemizdeki MGUS sıklığı %1.2 (%95 CI, 0.9-1.5) bulundu. Erkekler arasında sıklık %1.6 (%95 CI, 1.2-2.0) iken, kadınlarda ise %0.4 (%95 CI, 0.2-0.6) olarak hesaplandı (Şekil 16). Erkeklerde 4 kat daha fazla görülmesi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p=0.002$). Yaş gruplarına göre MGUS sıklığının dağılımına bakıldığında; 40 yaş altında MGUS tanısı alan hasta olmadı. 40-49 yaş arası sıklık %0.1 (%95 CI, 0.08-0.12), 50-59 yaş arası sıklık %0.7 (%95 CI,

0.5-0.9) iken, 60-69 yaş arası %1.2 (%95 CI, 1.6-0.8), 70-79 yaş arası %3.3 (%95 CI, 2.7-3.9) ve 80 yaş üzerinde de %3.6 (%95 CI, 2.8-4.4) olarak bulundu. Yaşla beraber artan MGUS sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Monoklonal gammopatisi olan 199 kişilik hasta grubunun 129 kişi ile büyük kısmını oluşturan MM'lu hastaların epidemiyolojik değerlendirmesinde; dört yıllık süreçte hastanemizdeki MM sıklığı %3.14 (%95 CI, 2.99-3.29) bulundu. Hastaların %65.1'i erkekti. Yaş ortalaması 68.9 ± 7.6 (Dağılım: 43-89 yaş). Erkeklerdeki sıklık %3.5 (%95 CI, 2.9-4.1) iken, kadınlarda %2.6 (%95 CI, 2.0-3.2) olarak saptandı. Erkeklerde 1.3 kat daha sık olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.003$). Yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; 40 yaş altında MM tanısı alan olmadığı görüldü. Diğer yaş gruplarında sıklık sırasıyla; 40-49 yaş arası %0.56 (%95 CI, 0.45-0.67), 50-59 yaş arası %3.1 (%95 CI, 2.6-3.6), 60-69 yaş arası %3.8 (%95 CI, 2.9-4.7), 70-79 yaş arası %6.7 (%95 CI, 5.2-8.2) ve 80 yaş üzerinde de %4.6 (%95 CI, 3.8-5.4) olarak hesaplandı. Yaşla beraber artış ve gruplar arasında fark olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0.05$).

Tartışma

Serum protein elektroforezi (SPE); elektriksel uyarı ile proteinleri fiziksel özelliklerine göre ayıran, özellikle MG'lerin tarama ve tanısında hala ilk basamakta yerini koruyan laboratuvar yöntemidir (10). Monoklonal gammopati sıklığını değerlendirmek için yapılmış onlarca çalışma dikkate alındığında çoğunda tarama testi olarak agaroz jel yada selüloz asetat elektroforezi kullanıldığı görülmüştür (11,12). 2007 yılında İtalyanlarda MG sıklığını araştırmak için yapılan çalışmada; 2 yıllık süreçte, her yaş grubundan toplam 44,474 kişinin serumları kapiller elektroforez cihazı ile çalışılmış, monoklonal protein saptanan serumlar tiplendirme amaçlı serum İFE'nde değerlendirilmiş. Çalışmanın devamında kemik iliği biyopsisi ya da organ hasarı bulguları araştırılmamış ve MGUS ölçütü olarak sadece monoklonal protein varlığı ve düzeyinin <3 gr/dl olması alınmıştır. Bizde çalışmamızda benzer tarama ölçütlerini kullandık. Çalışmaya katılan popülasyonun medyan yaşı 69 yıl, %48'i erkek, %52.6'sı 50 yaş üzerindeymiş. Çalışma sonucunda; 1606 kişide (%3.6) monoklonal protein saptanmış. MG sıklığı erkeklerde %3.25, kadınlarda ise %3.95 olarak belirtilmiş. 50 yaş altında sıklık %0.8 iken, 50 yaş üstünde %6.02 olarak bulunmuş. Yaş gruplarına göre değerlendirmede 50 yaş üstü 10' ar yıllık zaman dilimlerine bölündüğünde; sırasıyla MG sıklığının %3.91, %5.72, %7.75, %8.67 ve 90 yaş üzerinde %12.75 olduğu bulunmuştur (13). Bizim çalışmamızda medyan yaş 64 yıl olup, hastaların %60.8'i erkek ve %89.5'i 50 yaş üzerindedir. Hastanemizde MG sıklığı %4.8, erkeklerde %5.0, kadınlarda %4.5 olup, yaş gruplarına göre bakıldığında; 50 yaş altında %1.0 iken, 50 yaş üzerinde %6.1 bulunmuştur. 50 yaş üzeri 10' ar yıllık zaman dilimlerinde; sırasıyla %3.9, %4.6, 9.4 ve %14.4 tür. Verileri İtalyan grup verileri ile karşılaştırıldığında; 50 yaş üzeri ve yaş gruplarına göre dağılımın benzer olduğu ve milletler arası farklılık olmadığı görülmektedir. Literatürde sadece siyah ırkta bir farklılık olduğu, diğer ırklar arasında bir farklılık olmadığı bildirilmektedir (14,15).

Plazma hücre hastalıkları; plazma hücrelerinin homojen monoklonal protein üreten bir klonunun çoğalması ile tanımlanan bir grup birbirine benzemeyen hastalıktır. 2003 yılında IMWG tarafından tanımlanmış ve sınıflamaları yapılmıştır (1). 2006 da Mayo Klinikte plazma hücreli hastalık tanısı alan 1684 hastanın gruplandırmasına baktığımızda; %51'inin MGUS, %18 MM, %11 AL amiloidoz, %4 lenfoproliferatif hastalıklar (örn; kronik

lenfositler lösemi), %6 sessiz multipl myelom (SMM), %3 Waldenström makroglobulinemisi (WM) ve %1'inin soliter ya da ekstramedüller plazmositom olduğunu görmekteyiz (16). Çalışmamızda tespit edilen 199 MG'li hastanın yapılan sınıflama sonucunda en büyük grubu %64.8 ile MM'un oluşturduğu, takiben %25.1 ile MGUS, %2 ile WM, %1.5 ile SMM'nin geldiği görülmektedir. MM oranının bu kadar yüksek, MGUS oranının bu kadar düşük olması ön planda hastane temelli çalışma olmasına bağlanmıştır. Hastanemiz 3. basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluş olduğundan ve çevre illerden de MM ön tanısı ile tedavi düzenlenmesi amacı ile hasta gönderildiğinden MM oranımızın yüksek olduğu düşünüldü.

Önemi bilinmeyen monoklonal gammopati sıklığını inceleyen çalışmalarda sıklık %0,05-%6,1 arasında değişmektedir (15). Bu çalışmaların bir kısmı hastanede yatan hastaları, bir kısmı ayaktan hastaları, bir kısmı genel popülasyonu ve bir kısmı da popülasyon serilerini kullanarak yapılmıştır (16-20). Ayrıca veri toplama ve M-protein tarama yöntemi olarak farklı metotlar kullanılmıştır. Çalışmalar arasında MG sıklığındaki değişkenlik bu farklılıklarla açıklanabilir. Bu tür çalışmalarda en doğru oran aslında ancak belli bir coğrafi bölgede, belli bir zaman dilimi için nüfus tabanlı olarak yapılan çalışmalardan elde edilebilir.

Nüfus tabanlı yapılan en büyük çalışmalardan olan Olmsted, Minnesota çalışmasında %3,2 (31) ve atom bombasına maruz kalan 52,802 kişinin tarandığı Nagasaki, Japonya çalışmasında MGUS sıklığı % 2,4 bulunmuştur (16). En yüksek sıklık; ABD'de Cohen ve ark. 'nın (17) yaptığı çalışmada olup, sıklık %6,1 bulunmuştur. Sonraki en yüksek oran Gana'da yapılan ve MGUS sıklığını %5,9 olarak tanımlayan çalışmadır (18). Bu çalışmaya katılanların %83'ünde malarya, % 41'inde gonore ve daha az oranlarda diğer enfeksiyon öyküleri olması dikkat çekicidir (19). Yunanistan'da 1564 yatan hastadaki % 4,0 oranı sonrasında gelmektedir (20). Bunun yanında en düşük oranları veren Landgren ve ark. (19) (%0,05), Malacrida ve ark. (20) (%0,3) ve Carrel ve ark.'nın (19) (%0,3) yaptığı çalışmalarda genç yaşta ki kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca Carrel ve Malacrida' nın çalışmalarında M-proteini için daha düşük duyarlılığa sahip olan selüloz asetat elektroforez yöntemini kullanmışlardır (19,20). İsveç'ten Axelsson ve ark.'nın (13) yaptığı hastaneye müracaat eden %70'i 25 yaş üzerinde olan 6995 kişilik çalışmasında MGUS oranı %0,9 olarak bulunmuştur. Bazı büyük çalışmalarda ABD 'de 1987 yılında hastaneye başvuran 73,630 hastada MG sıklığı %1,2 olarak bulunmuştur (20). Fransa'da 1982 yılında 17,968 hastayı içeren Finistre çalışmasında ise MG sıklığı %1.7'dir (17). Yine Kyle ve ark. (18) tarafından 1972 de yapılmış toplum kaynaklı 1200 kişilik bir çalışmada sıklık %1.3 olarak bulunmuştur.

Literatürde MGUS için yıllık insidans 9- 64/100,000 kişi olarak belirtilmiş olup, insidans verisini veren üç çalışma bulunmaktadır. Neriishi ve ark. 'nın (12) 2003 yılında atom bombasına maruz kalanlar kişilerde yaptığı çalışmada 164/100,000 kişi yılı olarak bulunmuş olup, Ogmundsdottir ve ark. 'nın (19) İzlanda çalışmasında 9/100,000, Ong ve ark. 'nın (11) Hollanda çalışmasında 31/100,000 kişi yılı bulunmuştur (13-15). Çalışmamız hastane kaynaklı olup risk altındaki toplumu belirlemek mümkün olmadığından insidans hesabı yapmak uygun görülmemiştir.

Cinsiyete göre MGUS sıklığına bakıldığında, yapılan bir çok çalışmada; erkeklerde MGUS sıklığı kadınlara göre en az 1.5 kat daha fazla bulunmuştur (10-19). Özellikle bu fark 50 yaş ve üzeri hastalarda yapılan çalışmalarda daha belirgindir. Bizim çalışmamızda da MGUS sıklığının %1.6 ile erkeklerde

kadınlardan dört kat daha fazla olması diğer çalışmalarla uyumlu bulundu.

MGUS' ta medyan tanı yaşı 70 yıl olup, sadece %2 hastanın 40 yaş altında olduğu bilinmektedir (12). Literatürdeki çalışmaların çoğunda MGUS sıklığının yaşla beraber artış gösterdiği görülmüştür (11-14). Kyle ve ark.'nın (13) 2006 yılında yayınlanan toplum kaynaklı Olmsted County, Minnesota çalışmasında; 50 yaş civarında MGUS sıklığı %1.7'lerde iken, 70 yaş üzerinde %4.6'lara, 85 yaş üzerinde ise %8.9'lara kadar artış olduğu görülmüştür. Özellikle erkeklerde yaşa bağlı artış daha dikkat çekicidir. Bizim çalışmamızda da yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasa da, 50 yaş altında tanı alan olgu bir tane olup. 50 yaş civarı %0,7 olan MGUS sıklığı, 80 yaş üzerinde %3.6 ile kat kat artış göstermektedir.

Multipl myelom epidemiyolojisi ile ilgili literatür taramalarında myelom görülme sıklığından çok insidansı ile ilgili çalışmalar olduğu görüldü. Hastalıkla ilgili yapılmış olan büyük insidans çalışmalarından biri olan Olmsted County, Minnesota çalışmasında 6 onluk zaman dilimi boyunca hastaların insidansları belirlenmiş. 1935 li yıllarda 1 / 100,000 kişi-yılı olan insidansın, 10-12 şer yıllık periyotlar ile; 2.9/100,000- 3.1/100,000- 4.1/100,000 ve en son 1991-2000 arasında 4.7/100,000 kişi-yılı şeklinde artış gösterdiği tespit edilmiştir. Erkeklerde oranın kadınlara göre 1.5 kat daha fazla olduğu görülmüş, yaş grupları incelendiğinde; 40-49 yaş arasında 2/100,000 kişi-yılı iken 80 yaş üzerinde 38/100,000 olarak hesaplanmıştır (14). Çalışmamızda MGUS' ta da olduğu gibi risk altındaki toplumu belirlemek imkansız olduğundan ve hastane kaynaklı çalışma olduğundan insidansı hesaplamak mümkün olmamıştır. Hastanemizde görülme sıklığı %3.4 bulundu. Erkekler arasında sıklığı %3.5 ile kadınlara göre 1.5 kat daha yüksek tespit edildi. 40-49 yaş arasında %0.56 olan sıklığın, yaşla beraber artış göstererek 70 yaş üstünde % 6.7 olduğu saptandı.

Çalışmanın kısıtlılık gösterdiği özellikler; geriye dönük tarama ile yapılan bir çalışma olması, geçmiş yıllara ait verilere hasta dosyalarında ya da hastane sisteminde tam olarak ulaşılamaması ve hastane tabanlı bir çalışma olması nedeniyle elde edilen epidemiyolojik verilerin topluma uyarlanamaması olarak değerlendirildi.

Sonuç

Dünya genelinde en sık görülen paraproteinemi önemi bilinmeyen monoklonal gammopati iken çalışmamızda en sık multipl myelom görülmüştür. Bu farklılığın hastanemizin üçüncü basamak bölge hastanesi olması ve hastaların çevre illerden myelom ön tanısı ile gelmiş olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Referanslar

1. Bird J, Behrens J, Westin J, Turesson I, Drayson M, Beetham R et al. UK Myeloma Forum (UKMF) and Nordic Myeloma Study Group (NMSG): guidelines for the investigation of newly detected M-proteins and the management of monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS). Br J Haematol. 2009;147(1):22-42.
2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin. 2015;65(1):5-29
3. Phekoo KJ, Schey SA, Richards MA, Bevan DH, Bell S, Gillett D et al. A population study to define the incidence and survival of multiple myeloma in a National Health Service Region in UK. Br J Haematol. 2004 Nov;127(3):299-304.
4. Smith A, Howell D, Patmore R, Jack A, Roman E. Incidence of haematological malignancy by sub-type: a report from the Haematological Malignancy

- Research Network. *Br J Cancer*. 2011 Nov 22;105(11):1684-92.
5. Wadhera RK, Rajkumar SV. Prevalence of monoclonal gammopathy of undetermined significance: a systematic review. *Mayo Clin Proc*. 2010 Oct;85(10):933-42.
 6. Kyle RA. Monoclonal gammopathy of undetermined significance. Natural history in 241 cases. *Am J Med*. 1978;64(5):814-26.
 7. Keren DF, Alexanian R, Goeken JA, Gorevic PD, Kyle RA, Tomar RH. Guidelines for clinical and laboratory evaluation patients with monoclonal gammopathies. *Arch Pathol Lab Med*. 1999;123(2):106-7.
 8. Tripathy S. The role of serum protein electrophoresis in the detection of multiple myeloma: an experience of a corporate hospital. *J Clin Diagn Res*. 2012;6(9):1458-61.
 9. O'Connell TX, Horita TJ, Kasravi B. Understanding and interpreting serum protein electrophoresis. *Am Fam Physician*. 2005;71(1):105-12.
 10. Katzmann JA, Kyle RA, Benson J, Larson DR, Snyder MR, Lust JA et al. Screening panels for detection of monoclonal gammopathies. *Clin Chem*. 2009;55(8):1517-22.
 11. Arialdo Vernocchi, Ermanno Longhi, Giuseppe Lippi et al. Increased monoclonal components: prevalence in an Italian population of 44,474 outpatients detected by capillary electrophoresis. *J Med Biochem*. 2015;34:1-5.
 12. Kyle RA, Rajkumar SV. Monoclonal gammopathy of undetermined significance. *Br J Haematol*. 2006;134(6):573-89.
 13. Wadhera RK, Rajkumar SV. Prevalence of monoclonal gammopathy of undetermined significance: a systematic review. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(10):933-42.
 14. Cohen HJ, Crawford J, Rao MK, Pieper CF, Currie MS. Racial differences in the prevalence of monoclonal gammopathy in a community-based sample of the elderly. *Am J Med*. 1998;104(5):439-44.
 15. Landgren O, Gridley G, Turesson I, Caporaso NE, Goldin LR, Baris D et al. Risk of monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS) and subsequent multiple myeloma among African American and white veterans in the United States. *Blood*. 2006;107(3):904-6.
 16. Iwanaga M, Tagawa M, Tsukasaki K, Kamihira S, Tomonaga M. Prevalence of monoclonal gammopathy of undetermined significance: study of 52,802 persons in Nagasaki City, Japan. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(12):1474-9.
 17. Landgren O, Katzmann JA, Hsing AW, Pfeiffer RM, Kyle RA, Yeboah ED et al. Prevalence of monoclonal gammopathy of undetermined significance among men in Ghana. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(12):1468-73.
 18. Anagnostopoulos A, Evangelopoulou A, Sotou D, Gika D, Mitsibounas D, Dimopoulos MA. Incidence and evolution of monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS) in Greece. *Ann Hematol*. 2002;81(7):357-61.
 19. Malacrida V, De Francesco D, Banfi G, Porta FA, Riches PG. Laboratory investigation of monoclonal gammopathy during 10 years of screening in a general hospital. *J Clin Pathol*. 1987;40(7):793-7.
 20. Carrell RW, Colls BM, Murray JT. The significance of monoclonal gammopathy in a normal population. *Aust N Z J Med*. 1971;1(4):398-401.

Oral Presentation / Research

The Relationship Between Glu298Asp and T786-C Gene Polymorphisms of Endothelial Nitric Oxide Synthase and Coronary Slow-flow Phenomenon

Cihan Öztürk¹, Metin Budak², Gökay Taylan¹, Ahmet Kenan Yalta¹

1. Trakya University Faculty of Medicine, 22030 EDİRNE, Turkey E-mail: dr.cihanozturk@gmail.com

2. Trakya University Faculty of Medicine, Department of Biophysics

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 14" by Cihan Öztürk

Keywords / Anahtar Kelimeler: Coronary slow-flow, endothelial nitric oxide synthase, Genetic polymorphism

Aim:

This study aims to determine the association between Glu 298-Asp and T786-C gene polymorphisms of endothelial nitric oxide synthase (eNOS) and coronary slow-flow (CSF) phenomenon.

Method:

148 individuals who underwent coronary angiogram (CAG) based on anginal symptoms, exercise testing, or myocardial perfusion scintigraphy were included in the study. Coronary flow was calculated based on TIMI frame counts (TFCs) on CAG. Venous blood samples were drawn from the patients for gene analysis and other biochemical parameters.

Results:

74 patients with a CSF pattern based on TFCs were included as patients and 74 individuals with normal coronary arteries were included as the control group. In the genotypic polymorphism analysis of the patient and control groups, no significant difference was found among individuals with CC, CT, and TT genotypes in terms of T786-C polymorphism ($p=0.941$) and among individuals with GG, GT, and TT genotypes ($p=0.070$) in terms of Glu298Asp polymorphism. Also, there was no statistically significant difference with regard to the distribution of the T786-C ($p=0.220$) and Glu298Asp ($p=0.378$) polymorphisms between those with single (only one of LAD, CX, or RCA) and those with multi-vessel (at least two or more of LAD, CX, or RCA) CSF patterns.

Conclusions:

Our study demonstrated a null relationship between T786-C and Glu298Asp polymorphisms of the eNOS gene and CSF phenomenon in the Turkish population.

Full Text

INTRODUCTION:

CSF phenomenon is defined as the slow progression of contrast material to distal coronary structures during conventional CAG usually in the absence of any critical stenosis in epicardial coronary arteries (1). It has been reported that CSF phenomenon is encountered in 1-7% of patients who undergo CAG (2, 3). Patients with CSF usually present with exercise angina, acute coronary syndromes (ACSs) without ST-segment elevation (NSTE-ACS), or ST-elevation myocardial infarction (STEMI) (4). Initial studies on this phenomenon

highlighted the particular implications of increased blood viscosity and disturbed thrombocyte functions (5-7). However, a potential imbalance between vasoconstrictor and vasodilator factors was also suggested as a possible causative factor in the setting of CSF phenomenon (1, 8).

Nitric oxide (NO) is a potent endothelium-derived vasodilator molecule. NO is synthesized from L-arginine via NOS (9). NOS is a family of isoenzymes consisting of three components. These are called endothelial nitric oxide synthase (eNOS), inducible nitric oxide synthase (iNOS), and neuronal nitric oxide synthase (nNOS). NO is the common product of all NOS isoenzymes (9). NO affects both blood pressure and blood flow rate through induction of smooth muscle relaxation (2, 3). Previous studies have demonstrated associations of certain eNOS gene polymorphisms with coronary artery disease and coronary artery spasm (10, 11). Moreover, it was also previously reported that one of the alleles of the Glu298Asp (894G/T) polymorphism of the eNOS gene decreases the activity of eNOS potentially leading to a reduction in NO production (12). Studies in Turkey reported significantly lower NO levels in patients with a CSF pattern in comparison to those with normal coronary flow (on CAG) (13, 14). A previous study by Gupta et al. (conducted in Northern India) revealed a particular association of Glu298Asp polymorphism of the eNOS gene with the CSF phenomenon (15). Conversely, another study in Turkey failed to exhibit any relationship between CSF phenomenon and Glu298Asp polymorphism of the eNOS gene (16). Notwithstanding the plenitude of studies on this issue, results have been mostly inconsistent, and have significantly varied from population to population. Accordingly, we aimed to investigate the potential relationship between CSF phenomenon and Glu298Asp-T786-C polymorphisms of the eNOS gene.

MATERIAL AND METHOD:

Patients with typical angina and ischemia detected on exercise testing or myocardial perfusion scintigraphy between 01/01/2015 and 31/08/2016 in XXX University Faculty of Medicine Cardiology Clinic were included in the study. Patients with heart failure (EF<50%), acute myocardial infarction, thyroid dysfunction, coronary ectasia, autoimmune disease, coronary artery stenosis of > 50%, and chronic kidney or liver failure were excluded from the study. The study was conducted with 74 patients with CSF who met the inclusion criteria among the patients who underwent CAG within the specified dates, and 74 patients with similar demographic characteristics having normal coronary artery. CAG through femoral artery cannulation was performed using the Judkins technique in all subjects. CSF was determined based on the evaluation of TFCs as defined by Gibson et al. (17). Blood samples drawn from patients with CSF and those with normal coronary flow (control group) were studied in two stages. In the first stage, DNA isolation was performed from blood samples of the patient, and control groups. In the second stage, Glu298Asp or T786-C polymorphisms of the eNOS gene were determined with fluorescent-labeled (with Taqman Probes) Real-Time-Polymerase Chain Reaction (QT-PCR). Blood tests and analyses of the patients were performed by the clinicians blind to the CAG data. The study protocol was in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the XXX University Scientific Research Ethics Committee with the decision of XXX-BAEK 2016/199.

Extraction of samples:

200 µl of the whole blood sample was placed in 2 ml Eppendorf and 20 µl proteinase K solution and 400 µl lysis solution were added. After the solutions were added, they were vortexed briefly to obtain a homogeneous mixture. The mixtures were incubated at 56 °C for 10 minutes until the cell membranes were completely disrupted. 200 µl of ethanol (96-100%) was added and vortexed briefly. After the prepared mixture was added to the column, it was centrifuged at 6000xg for 1 min. The collection tube containing the waste was discarded and a column was placed in the new collection tube. 500 µl Wash Buffer I (ethanol added) was added and centrifuged at 8000xg for 1 min. The waste in the collection tube was separated and placed back into the column. 500 µl Wash Buffer II (with ethanol added) was added and after centrifugation at 12000xg for 3 min, the column was placed in 2 ml Eppendorf. 100 µl of Elution Buffer was added and after waiting 2 minutes at room temperature, it was centrifuged at 8000xg for 1 minute. Finally, the column was discarded, and pure DNA was stored at -20 °C.

Analysis of the Glu298Asp Polymorphism

Primary sense 5'-AAG GCA GGA GAC AGT GGA TGGA-3', antisense 5'- CCC AGT CAA TCC CTT TGG TGC TCA-3' (Product length 248 base pairs).

Initially, a total of 40 cycles were repeated for 5 minutes at 94°C, 20 seconds at 94°C, 20 seconds at 57°C, 22 minutes at 72°C. In the end, 10 minutes of the final extension was performed at 72°C.

Analysis of the T786-C Polymorphism:

Primer sense 5'- CACCTGCATTCTGGGAAGTGTGTA -3', anti sense 5'- GGCAGAGGCGGTAGACCC -3' (Product length 250 base pairs).

Initially, a total of 40 cycles were repeated for 5 minutes at 94°C, 20 seconds at 94°C, 20 seconds at 62°C, 22 seconds at 72°C. In the end, 5 minutes of scanning was performed at 72°C.

STATISTICAL ANALYSIS:

Statistical analysis was performed using SPSS version 21.0 software. Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests, which are called normality tests, were used in paired comparisons of continuous variables. Student's t-test, which is suitable for normal distribution and called the parametric method; The Mann-Whitney U test, which is called the non-parametric method, were performed depending on the result of the applied test. The Chi-square (χ²) - 2x2 table test, suitable for categorical variable comparison, was applied to the genotypes that were determined to be qualitative according to the data characteristics. According to the p-values obtained from the test results of the Chi-Square test and applied methods, p<0.05 was accepted as the significance limit.

RESULTS:

The demographic characteristics of both groups are shown in Table 1. The difference in mean age between the two groups was not significant (p=0.156). There was no significant difference between the two groups with regard to the incidences of hypertension (p=0.511), diabetes (p=0.408), smoking (p=0.868), and family history (p=0.096). Alcohol use was significantly higher in the CSF group compared with the control group (p=0.009). There was no significant difference with

regard to values of fasting blood glucose and lipid profiles between the two groups (Table 2).

TABLE 1. Demographic data of coronary slow flow and control group

		Patient Group (n=74)	Control Group (n=74)	P
Age, years, mean ± SD		53.6± 10.7	51.1± 10.2	0.156
Gender	Male	54 (%73.0)	52 (%70.3)	0.715
	Female	20 (%27.0)	22 (%29.7)	
Diabetes mellitus		17 (%23.0)	12 (%16.2)	0.408
Hypertension		38 (%51.4)	33 (%44.6)	0.511
Smoking		31 (%41.9)	32 (%43.2)	0.868
Family History		19 (%25.7)	10 (%13.5)	0.096
Alcohol		11 (%14.9)	2 (%2.7)	0.009

SD: standart deviation

Table 2. Biochemical results of coronary slow flow phenomenon and control group

	Patient Group (n=74)	Control Group (n=74)	P
Fasting blood sugar (mg/dl)	110.5± 47.0	105.4± 28.1	0.420
Total cholesterol (mg/dl)	184.1± 40.1	193.6± 46.4	0.189
HDL (mg/dl)	39.9± 9.1	42.2± 11.3	0.168
LDL (mg/dl)	106.4± 30.1	116.1± 35.8	0.079
Triglyceride (mg/dl)	185 (55-858)	175 (65-753)	0.554

HDL: High density lipoprotein, LDL: Low density lipoprotein,

Regarding the evaluation of genotypic polymorphisms, no significant difference was found among individuals with CC, CT, and TT genotypes in terms of T786-C polymorphism (p:0=941). Regarding the Glu298Asp polymorphism, no significant difference was found among individuals with GG, GT, and TT genotypes (p=0.070) (Table 3)

Table 3. Relationship between coronary slow flow phenomenon and the control group's genotype polymorphism

	Patient Group (n=74)	Control Group (n=74)	P
T786-c			0.941
CC	15 (%20.3)	16 (%21.6)	
CT	31 (%41.9)	32 (%43.2)	
TT	28 (%37.8)	26 (%35.2)	
GLU 298-ASP			0.070
GG	33 (%44.6)	46 (%62.2)	
GT	33 (%44.6)	20 (%27.0)	
TT	8 (%10.8)	8 (%10.8)	

CC: Cytosine-Cytosine, CT: Cytosine-Thymine, TT: Thymine-Thymine, GG: Guanine-Guanine, GT: Guanine-Thymine

The distribution of genotypic polymorphisms according to the coronary artery involvement was particularly examined: the distributions of LAD, CX, and RCA TFCs according to T786-C and Glu298Asp polymorphisms are presented in Figure 1, 2, 3, 4, 5 and 6 (with no significant differences, $p=0.708$ and $p=0.377$, respectively).

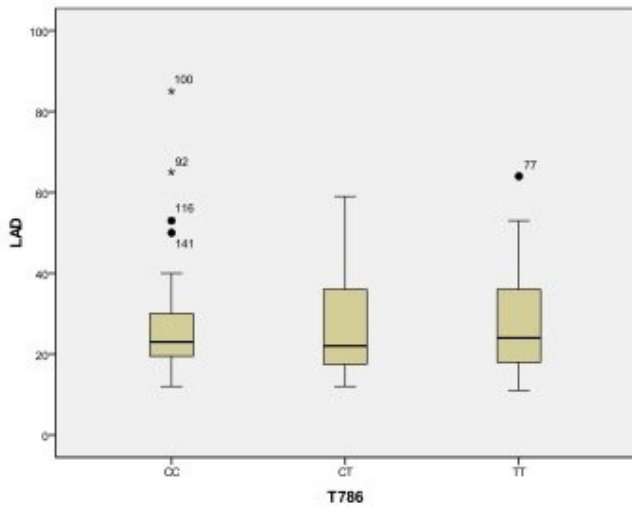


Figure 1: Change of LAD TIMI frame count according to T786-c genotype polymorphism group

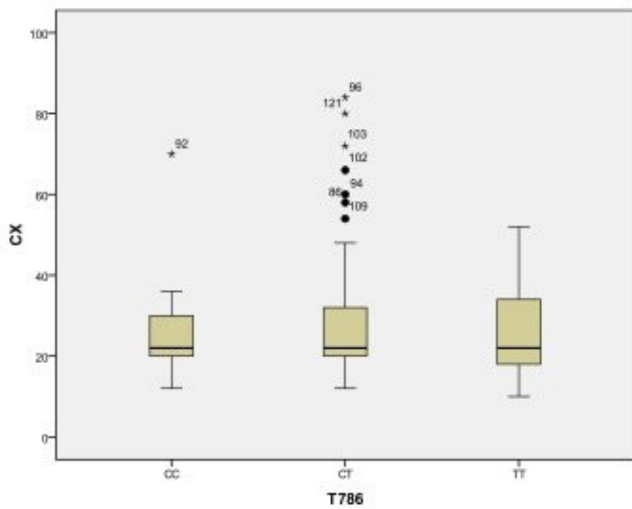


Figure 2: Change of CX TIMI frame count according to T786-c genotype polymorphism group

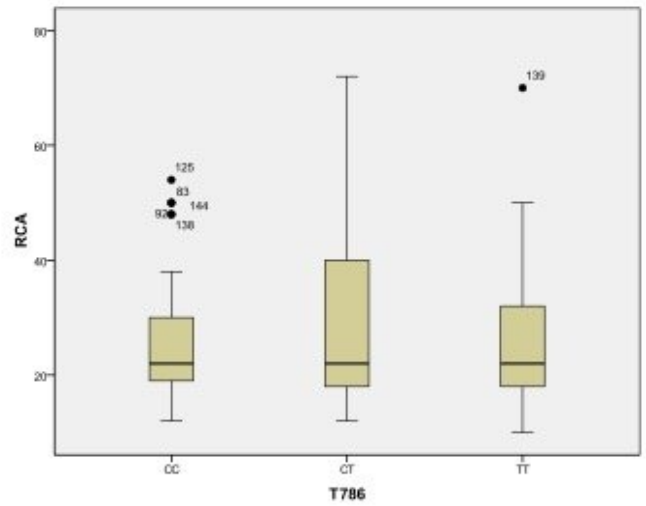


Figure 3: Change of RCA TIMI frame count according to T786-c genotype polymorphism group

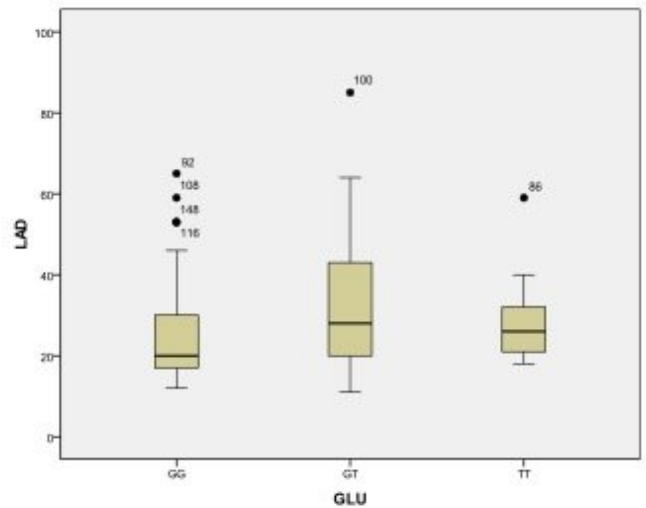


Figure 4: Change of LAD TIMI frame count according to Glu298-asp genotype polymorphism group

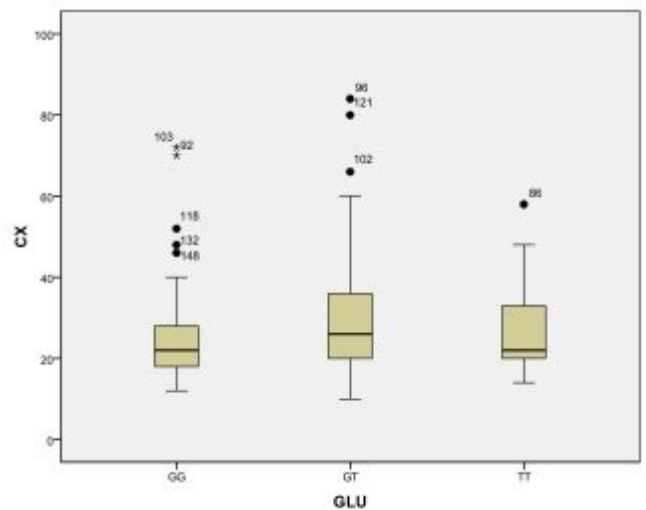


Figure 5: Change of CX TIMI frame count according to Glu298-asp genotype polymorphism group

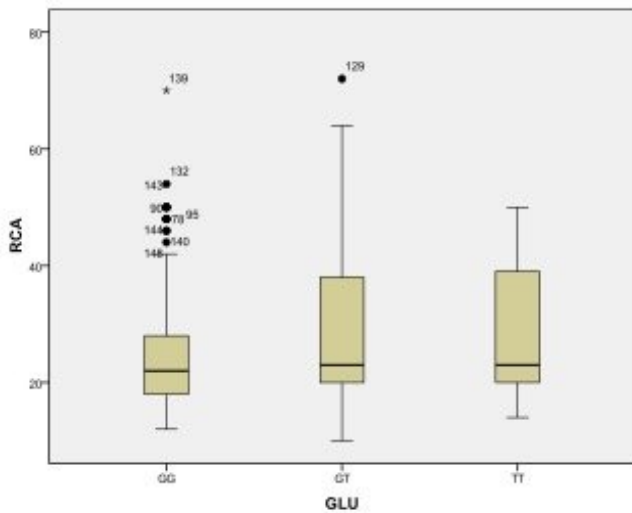


Figure 6: Change of RCA TIMI frame count according to Glu298-asp genotype polymorphism group

There was no statistical significance in terms of distribution of genotypes of the T786-C ($p=0.220$) and Glu298Asp ($p=0.378$) polymorphisms according to the extent of coronary artery involvement (single (CSF involving one of the major coronary arteries (LAD, CX, or RCA)) or multi-vessel (CSFs in at least two of these coronary arteries) involvement) (Table 4).

Table 4. Distribution of genotypes of T-786C and Glu298-asp polymorphisms by slow flow vascular disease

T786-C GENOTYPE	Single vessel (n=30)	Multi-vessel (n=44)	p
CC	7 (23,3%)	8 (18,2%)	0,220
TC	9 (30,0%)	22 (50,0%)	
TT	14 (46,7%)	14 (31,8%)	
GLU298-ASP GENOTYPE	Single vessel(n=30)	Multi-vessel (n=44)	p
GG	16 (53,3%)	17 (38,6%)	0,378
GT	12 (40,0%)	21 (47,7%)	
TT	2 (6,7%)	6 (13,6%)	

CC: Cytosine-Cytosine, CT: Cytosine-Thymine, TT: Thymine-Thymine, GG: Guanine-Guanine, GT: Guanine-Thymine

DISCUSSION:

Initial studies on CSF phenomenon particularly suggested inflammation as a potential causative factor. However, subsequent studies focused on the disruption of the balance between vasoconstrictor and vasodilator factors in the pathogenesis of this phenomenon (13, 14, 18). NO is a strong vasodilator substance, and has a pivotal role in the orchestration of endothelial functions and blood pressure along with maintenance of vascular integrity (18). A causal relationship between NO levels and CSF evolution was first shown in the study by Chauhan A et al. (19). Subsequent studies have shown that patients with CSF phenomenon might not only have decreased NO levels but might also suffer an impaired NO response to exercise (13, 14, 20, 21). Since NO is a mediator synthesized by the NOS, recent studies have focused on the potential relation between CSF evolution and this enzyme. However, NOS is not a single enzyme, but a complex of 3 isoenzymes where the end-product is NO (2, 3).

Interestingly, it was previously reported that T786-C base polymorphism in the promoter domain of the eNOS gene might cause a 50% reduction in eNOS transcription with consequent decreases in NO levels (12). However, the results of studies investigating the relationship between T786-C polymorphism of the eNOS gene and CSF evolution seem to be contradictory. In one of these studies conducted in the Turkish population, it was shown that there was a significant role of this polymorphism in CSF evolution (22). However, this finding was not confirmed in another study (23). Similarly, Glu298Asp polymorphism of the eNOS gene was previously demonstrated to be associated with reduced NO levels potentially serving as a risk factor for the evolution of diffuse coronary spasm (24). The association of Glu298Asp polymorphism with CSF evolution was not previously shown in the Turkish population, while another study conducted in Northern India reported a causal relationship (15, 16). The only study investigating the effects of T786-C and Glu298Asp polymorphisms on vascular blood flow velocity was reported by Rossi et al. This study demonstrated that forearm blood flow velocity was significantly reduced in patients with essential hypertension having both polymorphisms compared with normotensive individuals (25).

On the other hand, the present study indicates a null relationship between T786-C and Glu298Asp polymorphisms and CSF evolution. The results of our study appear to be consistent with those of the study by Caglayan et al. (16) and Gazi et al. (22). The study by Nurkalem et al. was also conducted in the Turkish population (23), but had a smaller sample size. Similarly, the study by Gupta et al. (15) also had a smaller sample size, and was conducted in patients with different ethnic origins. Contradictory results in the studies might be attributable to the diversities in geographical and ethnic characteristics as well as sample sizes.

Interestingly, our findings have also demonstrated a significantly higher frequency of CSF phenomenon in patients who consumed more than 50 ml (18 g of alcohol) alcohol at least once a week. In the literature, a causal relationship between alcohol use and coronary vasospasm was previously reported (26). However, the absolute association between alcohol use and CSF is not clear, and has yet remained to be established. Alcohol might induce CSF evolution largely through its adverse impact on coronary vasodilation. This needs to be tested through future randomized clinical studies.

Our study has also a variety of limitations: first results from single-center data in the Thrace region might not possibly reflect the profile of the whole country. Second, even though the present study has a larger sample size as compared with most of previous studies, it might still be regarded as a small-medium scale study, and hence can not definitely suggest absolute implications in this setting.

In conclusion; we have demonstrated that there was no association between T786-C and Glu298Asp polymorphisms of the eNOS gene and CSF phenomenon. However, further large-scale studies are still warranted to illuminate absolute implications of eNOS gene polymorphisms in the setting of CSF phenomenon.

References

1. Tambe A, Demany M, Zimmerman HA, Mascarenhas E. Angina pectoris and slow flow velocity of dye in coronary arteries—a new angiographic finding. American heart journal. 1972;84(1):66-71.
2. Goel PK, Gupta SK, Agarwal A, Kapoor A. Slow coronary flow: a distinct

- angiographic subgroup in syndrome X. *Angiology*. 2001;52(8):507-14.
3. Mangieri E, Macchiarelli G, Ciavolella M, Barillà F, Avella A, Martinotti A, et al. Slow coronary flow: clinical and histopathological features in patients with otherwise normal epicardial coronary arteries. *Catheterization and cardiovascular diagnosis*. 1996;37(4):375-81.
 4. Burckhardt BA, Mukerji V, Alpert MA. Coronary artery slow flow associated with angina pectoris and hypotension: a case report. *Angiology*. 1998;49(6):483-7.
 5. Gökçe M, Kaplan S, Tekelioğlu Y, Erdoğan T, Küçükosmanoğlu M. Platelet function disorder in patients with coronary slow flow. *Clinical Cardiology: An International Indexed and Peer-Reviewed Journal for Advances in the Treatment of Cardiovascular Disease*. 2005;28(3):145-8.
 6. Lanza G, Andreotti F, Sestito A, Sciahbasi A, Crea F, Maseri A. Platelet aggregability in cardiac syndrome X. *European heart journal*. 2001;22(20):1924-30.
 7. Rim S-J, Leong-Poi H, Lindner JR, Wei K, Fisher NG, Kaul S. Decrease in coronary blood flow reserve during hyperlipidemia is secondary to an increase in blood viscosity. *Circulation*. 2001;104(22):2704-9.
 8. Forssmann W. Die sondierung des rechten herzens. *Klinische Wochenschrift*. 1929;8(45):2085-7.
 9. Mayer B, Hemmens B. Biosynthesis and action of nitric oxide in mammalian cells. *Trends in biochemical sciences*. 1997;22(12):477-81.
 10. Wang XL, Sim AS, Badenhop RF, McCreddie RM, Wilcken DE. A smoking-dependent risk of coronary artery disease associated with a polymorphism of the endothelial nitric oxide synthase gene. *Nature medicine*. 1996;2(1):41-5.
 11. Yoshimura M, Yasue H, Nakayama M, Shimasaki Y, Sumida H, Sugiyama S, et al. A missense Glu298Asp variant in the endothelial nitric oxide synthase gene is associated with coronary spasm in the Japanese. *Human genetics*. 1998;103(1):65-9.
 12. Rossi GP, Cesari M, Zanchetta M, Colonna S, Maiolino G, Pedon L, et al. The T-786C endothelial nitric oxide synthase genotype is a novel risk factor for coronary artery disease in Caucasian patients of the GENICA study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2003;41(6):930-7.
 13. Camsarl A, Pekdemir H, Cicek D, Polat G, Akkus MN, Döven O, et al. Endothelin-1 and nitric oxide concentrations and their response to exercise in patients with slow coronary flow. *Circulation journal*. 2003;67(12):1022-8.
 14. Sezgin N, Barutcu I, Sezgin AT, Gullu H, Turkmen M, Esen AM, et al. Plasma nitric oxide level and its role in slow coronary flow phenomenon. *International heart journal*. 2005;46(3):373-82.
 15. Gupta MD, Akkarappatty C, Girish MP, Kumar R, Rain M, Tyagi S, et al. Association between the Glu298Asp and 4b/4a polymorphisms of endothelial nitric oxide synthase and coronary slow flow in the North Indian population. *Coronary Artery Disease*. 2014;25(3):192-7.
 16. Caglayan AO, Kalay N, Saatci C, Yalcin A, Akalin H, Dunder M. Lack of association between the Glu298Asp polymorphism of endothelial nitric oxide synthase and slow coronary flow in the Turkish population. *Canadian Journal of Cardiology*. 2009;25(3):e69-e72.
 17. Gibson CM, Cannon CP, Daley WL, Dodge Jr JT, Alexander B, Marble SJ, et al. TIMI frame count: a quantitative method of assessing coronary artery flow. *Circulation*. 1996;93(5):879-88.
 18. Schmidt H, Walter U. NO at work. *Cell*. 1994;78(6):919-25.
 19. Chauhan A, Mullins P, Taylor G, Petch M, Schofield P. Both endothelium-dependent and endothelium-independent function is impaired in patients with angina pectoris and normal coronary angiograms. *European Heart Journal*. 1997;18(1):60-8.
 20. Lanza GA, Lüscher TF, Pasceri V, Shaw SG, Buffon A, Montenero AS, et al. Effects of atrial pacing on arterial and coronary sinus endothelin-1 levels in syndrome X. *The American journal of cardiology*. 1999;84(10):1187-91.
 21. Pekdemir H, Polat G, Cin VG, Çamsari A, Cicek D, Akkus MN, et al. Elevated plasma endothelin-1 levels in coronary sinus during rapid right atrial pacing in patients with slow coronary flow. *International journal of cardiology*. 2004;97(1):35-41.
 22. Gazi E, Temiz A, Altun B, Barutcu A, Colkesen Y, Silan F, et al. Endothelial function and germ-line ACE I/D, eNOS and PAI-1 gene profiles in patients with coronary slow flow in the Canakkale population: multiple thrombophilic gene profiles in coronary slow flow. *Cardiovascular Journal of Africa*. 2014;25(1):9.
 23. Nurkalem Z, Tangurek B, Zencirci E, Alper AT, Aksu H, Erer B, et al. Endothelial nitric oxide synthase gene (T-786C) polymorphism in patients with slow coronary flow. *Coronary Artery Disease*. 2008;19(2):85-8.
 24. Chang K, Baek SH, Seung K-B, Kim P-J, Ihm S-H, Chae J-S, et al. The Glu298Asp polymorphism in the endothelial nitric oxide synthase gene is strongly associated with coronary spasm. *Coronary artery disease*. 2003;14(4):293-9.
 25. Rossi GP, Taddei S, Virdis A, Cavallin M, Ghiadoni L, Favilla S, et al. The T-786C and Glu298Asp polymorphisms of the endothelial nitric oxide gene affect the forearm blood flow responses of Caucasian hypertensive patients. *Journal of the American College of Cardiology*. 2003;41(6):938-45.
 26. Oda H, Suzuki M, Oniki T, Kishi Y, Numano F. Alcohol and coronary spasm. *Angiology*. 1994;45(3):187-97.

Oral Presentation / Research**Using of B-Blockers in Heart Failure with Reduced EF with Erectile Dysfunction**

İsa Ardahanlı

Bilecik Training and Education Hospital, 11600 Bilecik, Turkey E-mail: isaardahanli@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 14" by İsa Ardahanlı

Keywords / Anahtar Kelimeler: erectile dysfunction, nebivolol, heart failure with reduced ejection fraction**Aim:**

The coexistence of heart failure and erectile dysfunction (ED) are widespread clinical conditions. The possible underlying reasons for this; There may be a decrease in exercise tolerance caused by HF, side effects of HF drugs, coexistence of risk factors shared between HF and ED, and an accompanying proinflammatory process. B-blockers are widely used in the treatment of HF and coronary artery disease that reduce mortality but have a high potential to cause ED. Nebivolol are b-blockers that release nitric oxide (NO). NO is an essential vasoactive mediator involved in penile erection. The study investigates the effect of nebivolol in patients with HF compared to other b-blockers on ED.

Method:

Ninety-eight patients who were followed up in our clinic diagnosed with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) and using b-blockers for treatment were included in the study. The patients were divided into two groups. Group 1 patients were using nebivolol (n=48), group 2 patients were using other b-blockers (n=50). Erectile dysfunction evaluation was performed in the urology outpatient clinic by face-to-face interview with the five-question version of the International Index of Sexual Function (IIEF-5).

Results:

The average age of the study group was 62.1 ±9.3. There was no significant difference in age, associated risk factors between the groups. The number of patients meeting the definition of ED was lower in the nebivolol group. The IIEF-5 score in patients using nebivolol was significantly higher than the other group (19.8±3. vs 14.4±2.5, p <0.001).

Conclusions:

In our study results, the incidence of ED was significantly lower in patients using nebivolol for therapeutic purposes in HF. We think that preference of nebivolol in the use of b-blockers in HF patients presenting with ED may decrease the severity of ED.

Full Text**Giriş**

Erektile disfonksiyon (ED), tatmin edici bir cinsel ilişki için yeterli bir penis ereksiyon elde edememe veya sürdürmemeye hali olarak tanımlanır (1). Genel popülasyondaki prevalansı %20-50' lere ulaşmakla beraber, yaşlanmayla bu oran daha da artmaktadır (2). Önceki çalışmalarda ED' nin kardiyovasküler hastalıklarla birlikteliği açıkça gösterilmiştir (3-6). Bu birlikteliğin nedeni her iki durumunda sigara, hipertansiyon, hiperlipidemi,

diyabet, sedanter yaşam ve stres faktörü gibi ortak etiyolojik sebeplere bağlı olmasıdır (7). Kalp yetmezliği hastalarında ED, hastalığın şiddetine göre %50-80 arasında görülür (8). Kalp yetmezliğinde azalan egzersiz kapasitesi, bozulmuş nörohumoral aktivite, kullanılan ilaçların yan etkileri ve eşlik eden proinflatuvar süreç ED' nin sık nedenleri arasındadır. Kalp yetmezliğinde kullanılan tiyazidler, beta blokerler, aldeteron reseptör antagonistleri gibi birçok ilaç ED' ye neden olmaktadır.

Beta blokerler kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığında mortaliteyi azaltan ve hastalığın prognozunu iyileştiren, ancak ED yapma potansiyeli yüksek olan ilaçlardır. Güncel kalp yetmezliği klavuzları dört farklı beta blokeri tedavide önermektedir. Bunlar metoprolol, karvedilol, bisoprolol ve nebivololdür (9). Diğer beta blokerlerden farklı olarak nebivolol nitrik oksit (NO) salınımı yapmaktadır. NO penis ereksiyonunda rol oynayan önemli bir vasoaktif mediyatördür. Çalışmamızda diğer beta blokerlere kıyasla nebivololün ED üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem

Çalışmaya, kardiyoloji kliniğimizde düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği (HFrEF) tanısı alan ve tedavi amaçlı beta bloker kullanan 98 hasta dahil edildi. Çalışma grubundaki tüm hastalardan detaylı anamnez alınarak tam bir fizik muayene yapıldı ve sol lateral dekübitis pozisyonunda transtorasik ekokardiyografi yapıldı. Sol ventriküler ejeksiyon fraksiyonu hesaplamasında modifiye Simpson metodu kullanıldı. Çalışma grubundaki tüm hastalar kalp yetmezliği için, beta bloker, ACEI/ARB, diüretik, mineralokortikoid reseptör antagonistleri (MRA) içeren optimal tedavi alıyordu. Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup 1 hastalar nebivolol kullanırken (n = 48), grup 2 hastalar diğer beta bloker kullanıyordu (n = 50).

Erektile disfonksiyon değerlendirmesi, üroloji polikliniğinde Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi'nin (IIEF-5) beş soruluk versiyonu ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirildi. Anket değerlendirmesi sonucu ED ciddiyeti aşağıdaki gibi sınıflandı. Şiddetli (1-7); orta (8-11); orta ila hafif (12-16); hafif (17-21); veya ED yok (22-24).

Çalışmadan dışlama kriterleri;

- ED nedeniyle ilaç veya bitkisel ürün kullanımı olanlar
- Akut dekompanse kalp yetmezliği kliniği ile acil başvuran hastalar
- Eşlik eden ürogenital hastalık öyküsü olanlar
- Orta derede veya korunmuş ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği olanlar
- Orta ve ciddi kalp kapak yetmezliği veya stenozu olanlar

İstatiksel analiz

Sürekli değişkenler ortalama ± standart sapma olarak ifade edilirken kategorik değişkenler yüzde (%) ve frekans olarak ifade edildi. Veri dağılımına göre Mann-Whitney U- veya t-testi kullanılarak gruplar arasında bir karşılaştırma yapıldı. Gruplar arasında kategorik değişkenlerin farklılıklarını değerlendirmek için ki-kare testi kullanıldı. Normalite testi için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanıldı. İstatiksel analiz için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) yazılımı (version 21.0; SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanıldı. P değeri <0.05 anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar

Çalışma grubunun yaş ortalaması 62.1 ± 9.3 idi. Gruplar arasında yaş ve ilişkili risk faktörleri açısından anlamlı bir fark yoktu. Hastalığın süresi her iki grupta benzerdi. Nebivolol grubunda ED tanımına uyan hasta sayısı 24 iken diğer grupta 31 idi. ($p < 0.001$). Nebivolol kullanan hastalarda IIEF-5 skoru diğer gruba göre anlamlı derecede yüksekti. ($19,8 \pm 3,1$ 'e karşı $14,4 \pm 2,5$; $p < 0,001$).

Tablo 1. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar

	Nebivolol alan hastalar (n=48)	Diğer beta bloker kullanan hastalar (n=50)	P
Yaş (yıl, ort \pm SD)	61.7 ± 8.9	62.4 ± 9.6	0.574
Hipertansiyon (n, %)	18 (%37.5)	19 (%38)	0.842
DM (n, %)	14 (29.2)	14 (28)	0.901
Dislipidemi (n, %)	12 (25)	11 (22)	0.758
IIEF-5 skoru	19.8 ± 3.114	14 ± 2.5	<0.001
LVEF (%)	32.9 ± 5.2	33.1 ± 4.8	0.657

Tartışma

Çalışmamızda düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği nedeniyle beta bloker olarak nebivolol kullanan hastalarda ED sıklığı ve ciddiyeti diğer beta bloker kullanan hastalara göre anlamlı düşük saptandı.

ED dünya genelinde yaygın görülen ve sosyopsikolojik açıdan yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklarda görülme sıklığı daha fazladır. Bunun nedeni kalp yetmezliğinde efor kapasitesinin azalması, proinflatuvar süreç, bozulan nörohümaoral aktivite ve hastalığın tedavisinde kullanılması gereken bir çok ilaçtır. Bu ilaçlar içerisinde beta blokerlerin ED yapma potansiyeli çok iyi bilinmektedir. Beta blokerler prognostik ve semptomatik faydaları nedeniyle birçok klavuz tarafından kalp yetersizliği yönetiminin esas birimlerinden birisi olarak önerilmektedir. Avrupa kalp yetmezliği klavuzunda dört farklı beta bloker kalp yetmezliği tedavisinde kontraendikasyon olmadığı sürece sınıf 1 endikasyonla önermektedir. Bunlar metoprolol, bisoprolol, karvedilol ve nebivololdür (9).

Beta blokerleri etki yerlerine göre dört gruba ayırabiliriz; nonkardiyoselektif nonvazodilatör, kardiyoselektif nonvazodilatör, nonkardiyoselektif vazodilatör ve kardiyoselektif vazodilatör. Nebivolol üçüncü nesil, uzun etkili ve B1 adrenerjik reseptöre oldukça yüksek seçici bir beta blokerdir. Ayrıca B3 reseptör agonistik etki ile nitrik oksit aracılıklı vazodilatör özelliğe sahiptir (10). Bu nedenle nebivolol kardiyoselektif vazodilatör bir beta bloker olarak tanımlanır. Kalp yetmezliği hastalarında başlangıç dozu 1.25 mg olup hedef doz 10 mg dir.

Nebivolol, beta bloker etkisine ek olarak endotelyumun aktivasyonu yoluyla NO salgılayıcı etkisine sahiptir. Penis ereksiyonu, penisin vasküler ve sinir sistemi arasındaki sıkı fonksiyonel etkileşimle koordine edilen nöro-vasküler bir süreçtir (11). NO, hem nitretrjik lifler hem de vasküler endotel hücreler aracılığıyla bu koordinasyonda önemli bir rol oynar (12-13). Nebivolol bu nedenle kalp yetmezlikli erkeklerde ED tedavisinde diğer beta blokerlere göre bir fayda sağlayabilir. Sharp RP ve ark. hipertansif hastalarda yaptığı bir çalışmada antihipertansif tedavide nebivolol kullanan hastaların diğer beta bloker kullananlara oranla ED sıklığının daha az olduğu gösterilmiştir (14). Benzer şekilde bizde bu olumlu etkiyi düşük EF'li kalp

yetmezliği hastalarında gözlemledik. 2020 yapılan randomize kontrollü çalışmaların sistematik incelenmesi ve meta-analizinde koroner by pass geçiren vakalarda nebivololün erektil fonksiyonlar üzerindeki olumlu etkileri gösterilmiştir (15).

Sonuç olarak birçok uluslararası klavuzda kalp yetmezliği tedavisinde beta blokerlerin kullanım endikasyonu güçlü bir şekilde önerilmektedir. Ancak kalp yetmezliği hastalarına zaten sıklıkla eşlik eden ED' nin varlığına birde beta blokerlerin yapacağı olumsuz etkinin eklenmesi hastaların psikososyal durumunu negatif yöne etkileyecektir. Bu yüzden en azından diğer beta blokerlere göre ED açısından daha avantajlı olabileceğini düşündüğümüz nebivololün ED şikayeti olan kalp yetmezliğinde tercih edilebileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızın ana kısıtlılıklarından birisi tek merkezli olması ve hasta sayısının az olmasıydı. Diğer bir limitasyon olarak çalışmada yalnızca düşük EF'li kalp yetmezliği hastalarının alınmasıydı. Çalışma sonuçlarımızın desteklenebileceği geniş çaplı ve orta derece ve korunmuş EF'li kalp yetmezliği hastalarının da dahil edildiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

- McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016;13(2):135-143.
- Kessler A, Sollie S, Challacombe B, Briggs K, Van Hemelrijck M. The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJU Int.* 2019 Jul 2.
- Miner M, Parish SJ, Billups KL, Paulos M, Sigman M, Blaha MJ. Erectile Dysfunction and Subclinical Cardiovascular Disease. *Sex Med Rev.* 2019 Jul;7(3):455-463.
- Orimoloye OA, Feldman DI, Blaha MJ. Erectile dysfunction links to cardiovascular disease-defining the clinical value. *Trends Cardiovasc Med.* 2019 Nov;29(8):458-465
- Ardahanlı İ, Celik M. Can myocardial performance index predict early cardiac risks in erectile dysfunction? *Aging Male.* 2020 May 20:1-7.
- Karakurt D, Ede H, Turan Y, Gürel A, Ardahanlı İ, Sarak T. Yeni tanı konmuş hipertansiyonu olan hastalarda erektil disfonksiyon ile epikardiyal yağ dokusu kalınlığı ve karotis intima-media kalınlığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2020; 48(8):746-753.
- Mobley DF, Khera M, Baum N. Recent advances in the treatment of erectile dysfunction. *Postgrad Med J.* 2017 Nov;93(1105):679-685.
- Apostolo A, Vignati C, Brusoni D, et al. Erectile dysfunction in heart failure: correlation with severity, exercise performance, comorbidities, and heart failure treatment. *J Sex Med.* 2009; 6(10): 2795-2805
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC [published correction appears in *Eur Heart J.* 2016 Dec 30;]. *Eur Heart J.* 2016;37(27):2129-2200.
- Münzel T, Gori T. Nebivolol: the somewhat-different beta-adrenergic receptor blocker. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:1491-9.
- Andersson KE. Mechanisms of penile erection and basis for pharmacological treatment of erectile dysfunction. *Pharmacol Rev.* 2011; 63:811-859.
- Ferrini MG, Cadavid NFG, Raifer J. Aging related erectile dysfunction—potential mechanism to halt or delay its onset. *Transl Androl Urol.* 2017; 6:20-27.
- Jang H, Bae WJ, Kim SJ, et al. The herbal formula KH-204 is protective against erectile dysfunction by minimizing oxidative stress and improving lipid profiles in a rat model of erectile dysfunction induced by hypercholesterolemia. *BMC Complement Altern Med.* 2017; 17:129.
- Sharp RP, Gales BJ. Nebivolol versus other beta blockers in patients with hypertension and erectile dysfunction. *Other Adv Urol.* 2017; 9:59-63.
- Yang Y, Yong S, Li F, Dong L, Chang D. The effect of nebivolol on erectile function in the cases with coronary artery bypass surgery: A protocol for a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(32)

Oral Presentation / Research**40-70 Yaş Arası Nüfusta Primer Ya Da Sekonder Koruma Amacıyla Statin Kullanması Gereken Bireylerin Değerlendirilmesi**

Mustafa Haltaş

Sarıyer Merkez Aile Sağlığı Merkezi, 34450 İstanbul, Turkey E-mail: haltasmustafa@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 15" by Mustafa Haltaş

Keywords / Anahtar Kelimeler: Primer Korunma, Sekonder Korunma, Tersiyer Korunma, Dislipidemi, Statin, Koruyucu Hekimlik**Aim:**

Aile hekimliği disiplininin temelinde koruyucu hekimlik yatmaktadır. Bu amaçla Primer ve Sekonder Koruma temelde ailehekiminin ilgi alanı olup, kronik hastalık takiplerinden biri olan kardiyovasküler hastalıklardan korunmada "Statin" tedavisi alması gereken hastaların durumu çalışmamızda incelenecek olup, bireylerin tedavi alıp almadıkları, almıyorlarsa nedenleri analiz edilecektir.

Method:

Çalışmamız 21.09.2020-20.10.2020 tarihleri arasında 34.30.060 nolu birimde yapılmıştır. Kayıtlı 40-70 yaş arası nüfusun retrospektif olarak gerekli sağlık kayıtlarına ulaşılabilenlere SCORE Türkiye risk skorlaması yapılarak TEMD Dislipidemi Tanı ve Tedavi Klavuzu'na göre primer veya sekonder koruma amacıyla statin tedavisi alması gereken bireyler belirlenerek; kullanmayan bireylerden ulaşılabilenlere yüzyüze yada telefonla anket uygulanmıştır. Anket sonuçları ve retrospektif tarama sonuçları Spss 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiş ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Results:

Birime kayıtlı 1478 kişiden 501'ine retrospektif tarama yapılmıştır. 501 kişinin; %39,9'unun statin ilacı kullanmasına gerek olmadığı, %60,1'inin kullanması gerektiği belirlenmiştir. Statin ilacı kullanması gereken 301 kişiden 217 kişinin ilaç tedavisi almadığı belirlenerek bu gruptan 146'sına anket uygulanmıştır. Katılımcıların %34,2'sinin primer, %65,8'inin sekonder koruma amacıyla statin kullanması gerekli olduğu saptanmıştır. %68,5'ine daha önce statin tedavisi önerildiği, %31,5'ine önerilmediği, önerilmeyen grubun %43,5'inin primer, %56,5'inin sekonder korunma amacıyla statin kullanması gerektiği tespit edilmiştir. Statin tedavisi önerilen 100 kişiden %50,8'inin reçete ettirmekte zorluk yaşaması sebebiyle tedavi almadığı, %34,1'inin ilacını kullanmayı bıraktığını, %58,7 ile en sık sebebin reçete edilmesinde zorluk olduğu belirlenmiştir. Diğer sebepleri %11,4 kişinin istememesi, %3 hekim tarafından sonlandırılma olarak bulunmuştur. Reçete ettirmekte zorluk yaşayan gruba ailehekimleri reçete edebileydi devam eder miydiniz sorusuna %100 oranında evet cevabı verilmiştir. Çalışmamızda statin kullanmama sebebi olarak en sık sebep reçete edilme zorluğu (%37,6), ikinci en sık sebep tedavi önerilmemesi (%25,8) olarak tespit edilmiştir.

Conclusions:

Sonuç olarak çalışmamızda dislipideminin bağlı nüfusta yaygın gözüktüğü, primer ya da sekonder koruma amacıyla statin tedavisi alması gereken bireylerin büyük oranda tedavi almadığı görülmüştür. Bunun önündeki en büyük iki sebep hekimlerin

tedavi önermemesi ve aile hekimlerinin statin tedavisini reçete ettiğinde geri ödeme kapsamında bulunmaması olarak tespit edilmiştir.

Full Text**GİRİŞ VE AMAÇ**

WONCA (Dünya Aile Hekimleri Örgütü) tanımında belirtildiği üzere aile hekimliği; " kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır. Bu disiplinin bazı özellikleri;

Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur, sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar. Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir." [1]. Bu bağlamda aile hekimi; kendisine başvuran hastanın hem sağlığını, hem toplum adına sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasını, gerektiğinde hastası adına diğer branşlarla koordinasyon kurduğunu ve bu esnada hasta adına savunmanlık görevi üstlenebileceğini, hem de hastanın gündemi ne olursa olsun hastanın akut ve kronik sağlık problemlerini aynı anda yönetmesi gerektiğini belirtmiştir. Sağlık kaynaklarını verimli kullanmanın ilk adımı koruyucu hekimlikten geçmekte, aile hekimi de premordial korunmadan tersiyer korumaya kadar tüm basamaklarda ilk planda rol almaktadır.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de kardiyovasküler hastalıklar mortalite ve morbidite sebepleri arasında ilk sıralarda bulunmaktadır. Aile hekimliği disiplininin özellikleri, ülkemiz aile hekimliği poliklinik sayıları ve bu başvurulardaki kardiyovasküler hastalık nedenli olanların sıklığı göz önünde bulundurulduğunda kardiyovasküler hastalıklardan korunma politikasının ilk ayağı aile hekimliği olması gerektiği aşikardır. Nitekim her ne sebeple olursa olsun aile hekimine başvuran hastanın gerekli sağlık kayıtlarını alması ve geçmiş kayıtlarına kolay ulaşması, ayrıca aile hekiminin hastayı tanıması bu görevi daha kolay ve doğru yönetebilmesini sağlamaktadır.

Çalışmamızda da kardiyovasküler hastalıklardan korunmada koruyucu hekimlik basamaklarından bir tanesini oluşturan primer ve sekonder korunma amacıyla statin kullanması gereken hastalar incelenerek, hastaların durumu değerlendirilmiştir.

GENEL BİLGİLER**KARDİYOVASKÜLER RİSK SKORLAMA SİSTEMLERİ**

Kardiyovasküler hastalıklar günümüzde morbidite ve mortalite nedenlerinin başında gelmektedir. Bu durum özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır [2]. Erişkin yaşa gelmiş olan kişilerde kardiyovasküler hastalık gelişme riskinin tahmin edilmesi, gerek koruyucu yaklaşımlar gerekse tedavi açısından çok önemlidir. Çünkü, aterosklerotik kalp hastalığı çoğunlukla birden çok risk

faktörünün ortak bileşeni olarak ortaya çıkar.

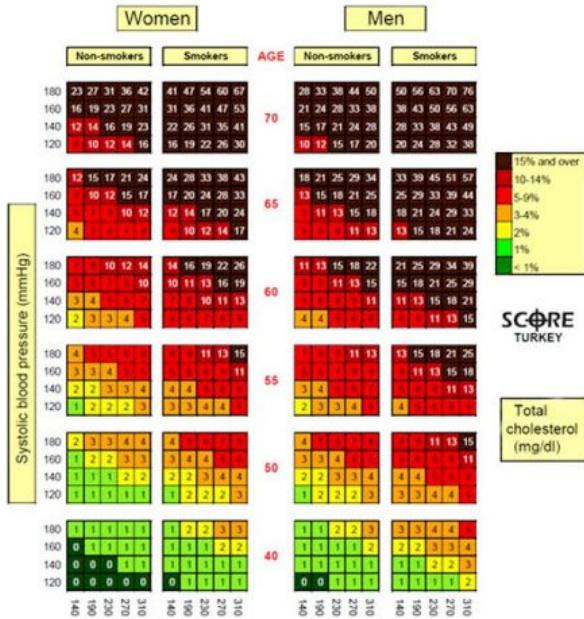
Bir risk hesaplama sisteminin klinik açıdan yararlı olabilmesi için öncelikle kolay kullanılabilir olması, sağlam ve güncel epidemiyolojik verilere dayanıyor olması gerekir. Bu nedenle çalışmamızda TEMD'in de önerdiği SCORE risk skorlaması kullanılmıştır.

SCORE RİSK SKORLAMASI

Bu sistem, görünürde sağlıklı olan, yani klinik veya pre-klinik hiçbir belirti göstermeyen olgularda risk tahmini yapmayı amaçlamaktadır. Bir kardiyovasküler olay geçirmiş ve hastalık tanısı konmuş olan kişiler zaten yüksek riskli olarak görüldüğünden, sıkı risk faktörü değerlendirmesi ve tedavisine aday olarak kabul edilmektedir.

Kolay anlaşılabilen renkli tablolar şeklinde oluşu basit bir format için iyi bir örnektir. Ayrıca, bu sistem bazı Avrupa ülkelerinin özgün verileri göz önüne alınarak bu ülkelere uyarlanmıştır[3].

Kırk yaşın üzerindeki bir kişi için SCORE risk hesaplayıcısı üzerinde cinsiyet, yaş, sigara içme durumu, total kolesterol (Total-K) ve sistolik kan basıncı bilgilerinin keşiştiği yerde görülen sayı on yıl içinde kardiyovasküler nedenli ölüm riskini verir. Yüksek kardiyovasküler riski olan toplumlara uygun hazırlanmış bu tablo ile sadece 10 yıllık ölüm riski hesaplanır. Olay ve ölüm riski birlikte görülmek isteniyorsa, tabloda elde edilen sayı erkekler için 3, kadınlar için 4 ile çarpılır.



Şekil 1. SCORE Türkiye tablosu

Kaynak: <http://file.kdrl.org.tr/fklayuzlar/SCORETürkiye-160125.PDF?menun=2>

Figure 1:

SCORE ile hesaplanan 10 yıllık kardiyovasküler ölüm riski %1'den daha az ise düşük risk, %1-5 arasındaysa orta, %5'den daha fazlaysa yüksek risk ve %10'dan fazlaysa çok yüksek risk olarak kabul edilir.

SCORE Risk Hesaplayıcısına Göre 10-yıllık Ölümcül ASKVH Risk Kategorileri

Çok yüksek risk	<ul style="list-style-type: none"> Klinik olarak kayıt altına alınmış KVH. Örneğin, geçirilmiş MI, akut koroner sendrom (AKS), koroner revaskülarizasyon (perkütan koroner girişim), KABG cerrahisi, diğer arteriyel revaskülarizasyon işlemleri, inme, geçici iskemik atak ve periferik arter hastalığı (PAH). Görüntüleme yöntemleri ile kayıt altına alınan KVH. Örneğin, koroner anjiyografi veya karotis ultrasonuyla plak gösterilmesi. Proteinüri gibi hedef organ hasarı olan veya sigara, hipertansiyon veya dislipidemi gibi önemli bir risk faktörü bulunan DM olguları. Ağır KBH (eGFR <30 mL / dak / 1.73 m²). 10 yıllık KVH ölüm riski SCORE ≥%10
Yüksek risk	<ul style="list-style-type: none"> Tek bir risk faktörünün belirgin bir şekilde yükseldiği durumlar, özellikle Total-K >310 mg/dL (AH) veya kan basıncı ≥180/110 mmHg olması Diğer diyabetli (bazı genç Tip 1 diyabetli insanlar düşük veya orta risk grubunda değerlendirilebilir). Orta düzeyde KBH (GFR 30-59 mL/dak/1.73 m²). 10 yıllık KVH ölüm riski SCORE %5-10
Orta risk	10 yıllık KVH ölüm riski SCORE %1 ve <%5
Düşük risk	10 yıllık KVH ölüm riski SCORE <%1

Figure 2:

GEREÇ YÖNTEM

ÇALIŞMANIN ÖZELLİKLERİ

Kayıtlı 40-70 yaş arası tüm bireylerin gerekli sağlık kayıtları retrospektif olarak taranarak; verisine ulaşılabilen kişilerden; diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı ve LDL-K>190 gibi sekonder nedenlere sahip olduğu tespit edilenler ayrıştırılarak kalanlara SCORE kardiyovasküler risk skorlaması uygulanmıştır. TEMD Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre bireylerin primer ya da sekonder sebeple statin kullanma gerekliliği ve statin tedavisi alıp almadığı tespit edilerek; alması gerekip de almayan ve kendisine ulaşılabilen hastalara yüzyüze ya da telefonla anket uygulanmıştır.

ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

- 34.30.060 nolu aile hekimliği birimine kayıtlı olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- 40 ile 70 yaş arasında olmak,
- Primer ya da sekonder korunma amacıyla statin kullanması TEMD Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre gerekli olmak,
- Gerekli tahlilleri yaptırmış olmak

ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- 40 yaşından küçük yada 70 yaşından büyük olmak,
- Primer yada sekonder korunma amacıyla statin kullanımı gerekliliği TEMD Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre olmamak,
- Tıbbi nedenlerle statin kullanımı kontraendike olup hiç başlamamış olmak

BULGULAR

KATILIMCILARDAN STATİN KULLANMASI GEREKİRKEN KULLANMAYANLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde minimum yaşın 48, maximum yaşın 70 olduğu, ortalama yaş ise 63,25 (SS=4,82) olduğu saptanmıştır.

146 katılımcının %60,3'ünün (n=88) 65 yaş ve altı grupta olduğu, %39,7'sinin (n=58) 65 yaş üstü grupta olduğu, %63,0'ının (n=92) kadın, %37,0'ının (n=54) erkek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %34,2'sinin (n=50) Primer koruma amacıyla Statin kullanması gerektiği, %65,8'inin (n=96) Sekonder koruma amacıyla Statin kullanması gerektiği saptanmıştır.

Katılımcıların %68,5'ine (n=100) daha önce statin tedavisi önerilmiş, %31,5'ine (n=46) önerilmemiştir.

Genel gruba bakıldığında; statin önerisinin katılımcıların %55,7'sine (n=78) aile hekimi tarafından yapıldığı, %20,0'ına (n=28) dahiliye hekimi, %24,3'üne (n=34) kardiyoloji hekimi tarafından yapıldığı gözükmektedir.

Primer koruma amacıyla Statin kullanımını önerisi incelendiğinde %86,2'sine (n=25) aile hekimi tarafından söylendiği, %10,3'üne (n=3) dahiliye hekimi tarafından söylendiği, %17,2'sine (n=5) kardiyoloji hekimi tarafından söylendiği tespit edilmiştir.

Çalışmamızda genel olarak statin kullanmamada en sık sebep reçete ettirmekte zorlanma (%50,8) ve yine statin tedavisini bırakmakta da en sık sebep reçete ettirmekte zorluk %58,7 (n=27) olarak tespit edilmiştir.

Katılımcılara "Aile hekiminiz ilacı reçete edebilseydi devam eder miydiniz?" diye sorulmuş, sonucunda tamamından "Evet" yanıt alınmıştır.

Bireylerin ilaç kullanmayı istememesine yol açan sebeplerin %46,2'sinin (n=6) çevre kaynaklı, %30,8'inin (n=4) medyadaki doktorların zararlı olduğunu ifade etmesi sebebi, %7,7'sinin (n=1) internetteki yanlış bilgilerden, %7,7'sinin (n=1) yan etkilerinden dolayı kullanmak istemediği ve %46,2'sinin (n=6) diğer sebeplerden kullanmak istemediği tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Bireylerin taranması ve risklerinin azaltılması hem birey hem de toplum sağlığı için önem arz etmektedir. Ancak bu durum bireylerin tarama programlarına katılması ile mümkündür. Yapılan bir çalışmada Ulusal Sağlık Taraması'nda 40-74 yaş arası hedef nüfusun %21,4'ü ile %36,4 arasında gruplara ulaşılabilmektedir [5, 6, 8]. Çalışmamızda 40-70 yaş arası 1478 kişinin %33,89'unun (n=501) gerekli sağlık kayıtları olduğu tespit edilmiştir. Bu oran literatürlerle uyumlu olup artırılması için farkındalık çalışmaları yapılması gerekmektedir.

Martin B. Mortensen ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada kardiyovasküler hatalıklardan korunma ile alakalı 5 ana klavuzu karşılaştırmış, 40-75 yaş arası çalışmaya katılan bireylerde primer veya sekonder korunma amacıyla statin kullanım gerekliliğini NICE'a göre %40, CCS'ye göre %44, ACC/AHA'ya göre %42, USPSTF'e göre %31 ve ESC/EAS'ye göre %15 olarak tespit etmişlerdir[15]. Fahri Bayram ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Türkiye'de yapılan saha çalışmasında; dislipidemi prevalansı erkeklerde %78,7, kadınlarda %80,4 olarak tespit edilmiştir[4]. Çalışmamızda sadece primer ya da sekonder korunma amacıyla statin tedavisi gerekliliği açısından değerlendirilen 40-70 yaş arası 501 bireyde statin tedavisi alma gerekliliği %60,1 (n=301) olarak tespit edilmiştir. Genel prevalans çalışmalarının 18 yaş üstü tüm bireylerde yapıldığı ve ülkemizin yaşam tarzı bakımından dislipidemi açısından daha riskli bir bölge olması nedeniyle Avrupa örneğinden daha yüksek bir oran saptamamız beklenen bir durumdur. Çalışmamızda tüm dislipidemi nedenlerinin araştırılmaması ve ilk etapta yaşam tarzı değişikliği önerilecek grup çalışmaya dahil edilmediği için çalışma sonucunun Türkiye örneğinden düşük

çıktığı düşünülmekte olup, benzer çalışmalarda istatistiklere yakın bir sonuç elde edildiği düşünülmektedir.

TEKHARF 2017 raporuna göre 35 yaş ve üzeri erkeklerde KAH sıklığı %13,9, kadınlarda %12,1 olup, 45-54 yaş grubunda %6 dolayındaki KAH prevalansı, 55-64 yaş grubunda %17 dolayına, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde %28 düzeyine yükselmektedir [9]. Çalışma grubumuzun yaş ortalaması 61,5 olması sebebiyle diyabet, kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı gibi sekonder nedenlerin görülme sıklıkları da arttığından çalışmamızda sekonder korunma amacıyla statin tedavisi alması gereken grup %78,7 çıkmıştır. Benzer çalışmalarda da yaşla beraber eşlik eden risk faktörlerinin arttığı ve ileri yaşda sağlık hizmeti talebinin arttığı gözlemlenmiştir [5, 10, 11]

Quanhe Yang ve arkadaşları çalışmalarında Amerika Birleşik Devletleri'nde kardiyovasküler hastalıklardan korunma amacıyla statin kullanması gereken 33 milyon kişiyi incelemiş, bu grubun %26'sının statin ilacı kullandığını belirlemiştir[16].

Çalışmamızda retrospective olarak taranıp primer ve sekonder koruma amacıyla statin kullanması gereken 301 kişinin %73'ünün ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları Amerika örneği ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda primer ve sekonder korumada statin kullanımında engellerin başında ilaç önerilmemesi (%31,5) tespit edilmiştir. Bilhassa primer koruma amacıyla statin önerilmesi 2. ve 3. Basamak hekimleri arasında seyrek olarak tespit edilmiştir. Bunun sebeplerinden biri ne yazık ki dislipidemi tanı ve tedavisinde rol alması gereken hekimlerin de bir kısmı yeterli bilgi ve deneyime sahip olmayışı ve bazı tıp mensuplarının da yazılı ve görsel basında dislipidemi tedavisinde kullanılan ajanlar hakkında bilimsel kanıtlara dayanmayan olumsuz ifadelerde bulunmasının bazı hekimlerde konuyla ilgili çekincelerinin oluşmasına neden olması olabilir [7].

Sonia Butalia ve arkadaşları hastalara ve hekimlere ilaç tedavisi önündeki engelleri sormuş; "hasta tarafında ilaç ücretini karşılayamamak" sebeplerden biri olarak tespit edilmiş, beraberinde hekim tarafında da bu sebebin tedavi uyumunu bozduğu dile getirilmiştir [13]. Ülkemizin sosyoekonomik düzeyi göz önünde bulundurulduğunda hekimlerin primer koruma amacıyla statin önermiyor olması muhtemeldir.

Bunların yanı sıra primer koruma genel olarak ikinci ve üçüncü basamağın gündemi olmadığından daha çok sekonder korunma gereken hastalarda tedavi başlanıyor olabilir. Adnan Abacı'nın çalışmasında da sekonder korumanın primer korumaya kıyasla daha iyi yapıldığını; ancak her ikisinin de beklenen hedeften çok uzakta olduğu dile getirilmiştir [14]. Jefferey D. Clough ve arkadaşları; birinci basamak hekimleri arasında primer korunma amacıyla statin kullanımını hakkındaki görüşlerini araştırmış, katılımcıların %77'sinin kardiyovasküler risk skorlamasını kullandığını; ancak yine de statin reçete ederken diğer risk faktörlerinin daha etkili olduğunu söylediklerini tespit etmiştir [12].

Ülkemizde de hekimlerin klavuz ışığında dislipidemi tanı ve tedavisi hakkında bilgi ve tutumlarını ölçen çalışma yapmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Hekim dışı nedenlere bakılacak olursa; çalışmamızda statin kullanımının önündeki en büyük engel reçeteleme zorluğu (toplamda %54), ondan sonra hasta kaynaklı sebepler olarak tespit edilmiştir.

Reçete edilmesinde sorun yaşadığı için statin ilacı kullanamayan

bireylere aile hekiminiz reçete edebilseydi kullanır mıydınız sorusuna katılımcıların tamamı evet cevabı vermiş olup, bu durum statin grubu ilaçların SGK geri ödeme kapsamının sınırlı olup birinci basamağa yetki verilmemesinin, dislipidemi tedavisinde ve ASKVH'lerin önlenmesinde en büyük engellerden biri olduğunu düşündürmektedir. Nitekim çok yüksek riskli olup, yüksek doz statin tedavisi alması gereken bireylerde bile tedavi uyumuna engel teşkil etmektedir.

Elbette ki katılımcıların tamamı "evet" cevabı verse de uygulamaya geçildiğinde bu oranın yüzde yüz olacağı kesin olmayıp, devamlı görüşüğü hekiminin karşısında "hayır" cevabını vermekte zorlanmış olabilirler. Fakat yine de bu durum, hastanın birinci basamak hekimine güvenini, arasındaki iletişimin kuvvetli oluşunu, aynı zamanda kardiyovasküler hastalıkların takibinin ve yönetiminin temelde birinci basamağın işi olduğunu destekler niteliktedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız ve literatürde yer alan bilgilere bakıldığında dislipidemi tedavisinde primer ya da sekonder korunma amacıyla statin kullanması gereken hastaların bir çoğunun gerekli tedaviyi almadığı aşikardır. Literatürde benzer pek çalışma olmasa da; yapılan yakın çalışmalarda da olduğu gibi gerekli tedaviyi almamanın temel sebeplerinden birini hekimlerin önermemesi ve tanı almamış vakalar oluşturmaktadır. Genel kanının aksine medyanın etkisi çalışmamızda ciddi bir engel olarak belirlenmemiştir. Farklı olarak ülkemizin sosyo-ekonomik durumu da göz önünde bulundurulduğunda SGK geri ödeme sınırlandırmaları tedavi almada büyük bir engel oluşturmaktadır. Çözüm olarak Sağlık Bakanlığı kronik hastalık takibi politikalarında aile hekimlerinin ön plana alınması, yetkilerin artırılması ve düzenlemelerin kabul görmüş klavuzlar ışığında kanıta dayalı tıp dikkate alınarak hazırlanması gerektiğini düşünmekteyiz. Araştırmamızın tek merkezde, sınırlı hasta ile yapılmış olması ve birim hekiminin ilgi alanı olan bir konuyla alakalı olması en temel kısıtlılıklarıdır. Bu nedenle araştırmamız genellenemez olup, daha geniş çaplı bir araştırma yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

KAYNAKLAR

1. https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AV_RUPA_TANIMI-2.pdf Sf 13 (07/10/2020)
2. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en.
3. <https://heartscore.escardio.org/2016/quickcalculator.aspx?model=turkey> 10.10.2020
4. Bayram F, Kocer D, Gundogan K, et al. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors in Turkish adults. *Journal of Clinical Lipidology*. 2014;8(2):206-216. doi:10.1016/j.jacl.2013.12.011.
5. Chang, K. C.-M., Chang, K. C.-M., Soljak, M., Lee, J. T., Woringer, M., Johnston, D., ... Millett, C. (2015). Coverage of a national cardiovascular risk assessment and management programme (NHS Health Check): Retrospective database study. *Preventive Medicine*, 78, 1-8. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=26051202>
6. Artac, M., Dalton, A. R. H., Majeed, A., Car, J., Huckvale, K., & Millett, C. (2013). Uptake of the NHS health check programme in an urban setting. *Family Practice*, 30(4), 426-435. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt002>
7. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Dislipidemi Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2018 ISBN: 978-605-4011-30-8 5. Baskı: Mayıs 2018
8. Robson, J., Dostal, I., Madurasinghe, V., Sheikh, A., Hull, S., Boomla, K., ... Eldridge, S. (2017). NHS Health Check comorbidity and management: An observational matched study in primary care. *British Journal of General Practice*, 67(655), e86-e93. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X688837>
9. Tekharf 2017 <https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> 18.10.2020
10. Robson, J., Dostal, I., Madurasinghe, V., Sheikh, A., Hull, S., Boomla, K., ... Eldridge, S. (2015). The NHS Health Check programme: Implementation in east London 2009-2011. *BMJ Open*, 5(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007578>

11. Artac, M., Dalton, A. R. H., Majeed, A., Car, J., & Millett, C. (2013). Effectiveness of a national cardiovascular disease risk assessment program (NHS Health Check): Results after one year. *Preventive Medicine*, 57(2), 129-134. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.05.002>
12. Clough, J. D., Martin, S. S., Navar, A. M., Lin, L., Hardy, N. C., Rogers, U., & Curtis, L. H. (2019). Association of Primary Care Providers' Beliefs of Statins for Primary Prevention and Statin Prescription. *Journal of the American Heart Association*, 8(3), e010241. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.010241>
14. Butalia, S., Lee-Krueger, R. C. W., McBrien, K. A., Leung, A. A. C., Anderson, T. J., Quan, H., ... Campbell, D. J. T. (2020). Barriers and Facilitators to Using Statins: A Qualitative Study with Patients and Family Physicians. *CJC Open*. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2020.07.002>
15. Abaci A. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology (2009) doi: 10.5543/tkda.2011.abaci
16. Mortensen, M. B., & Nordestgaard, B. G. (2019). Statin Use in Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease According to 5 Major Guidelines for Sensitivity, Specificity, and Number Needed to Treat. *JAMA Cardiology*, 4(11), 1131-1138. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2019.3665>
17. Yang, Q., Zhong, Y., Gillespie, C., Merritt, R., Bowman, B., George, M. G., & Flanders, W. D. (2017). Assessing potential population impact of statin treatment for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular diseases in the USA: Population-based modelling study. *BMJ Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011684>

ÇALIŞMADA KULLANILAN ANKET

40-70 Yaş Arası Nüfusta Statin Kullanması Gerekip Kullanmayan Bireylerin Değerlendirilmesi

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitim Durumu:

Statin Kullanım Amacı: Primer koruma Sekonder Koruma

1. Statin kullanıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
2. Kullanıyorsanız kullanmanız gerektiği kim tarafından söylendi?
 1. Aile Hekimi
 2. Dahiliye Hekimi
 3. Kardiyoloji Hekimi
 4. Diğer
3. Kullanmıyorsanız sebebi nedir?
 1. Hiç önerilmedi
 2. Önerildi ama kullanmak istemedim
 3. Kullanmaya başladım ama bıraktım
 4. Tedavim hekimim tarafından sonlandırıldı
 5. Diğer
4. Neden kullanmak istemediniz?
 1. Çevremden zararlı olduğunu duydum
 2. Medyadaki doktorlardan zararlı olduğunu duydum
 3. İnternette araştırdığımda zararlı olduğuna kanaat getirdim
 4. Yan etkilerinden dolayı kullanmak istemedim
 5. Diğer
5. Neden kullanmayı bıraktınız?
 1. Kas ağrıları / halsizlik yaptı
 2. İmpotans yaptı
 3. İlaç reçete ettirmekte zorlanıyorum (6. Soruya geçiniz)
 4. Yan etki sebebiyle doktor tarafından kesildi
 5. Diğer
6. Aile hekiminiz reçete edebilseydi devam eder miydiniz?
 1. Evet
 2. Hayır

Oral Presentation / Research

pandemi kurallarına (maske, mesafe, hijyen) tümüyle uymaları ile mümkün olacaktır.

Ev izolasyonuna alınan hastaların covid-19 enfeksiyonu ve temas ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları

Sibel Baktir Altuntaş¹, Zeynep İrem Yüksel Salduz², Bülent Altuntaş³, Aclan Özder²

1. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, 34490 İstanbul, Turkey E-mail: drsibell@gmail.com
2. BezmiAlem Vakıf Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniği
3. Esenyurt 7 No'lu Aile Sağlığı Merkezi

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 15" by Sibel Baktir Altuntaş

Keywords / Anahtar Kelimeler: Ev izolasyonu, covid-19, bilgi,

Aim:

Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) kayıtlı hastalar arasında ev izolasyonuna alınan hastaların Covid-19 enfeksiyonu hakkında bilgi düzeyini ölçmek, ev izolasyonunda uymaları gereken kurallar ve kurallara uymalarında etkili olan faktörleri araştırmaktır.

Method:

ASM'e kayıtlı hastalar arasında Haziran ve Temmuz ayları arasında ev izolasyonuna alınan 122 kişi telefonla arandı. Sosyodemografik özelliklerini, Covid-19 enfeksiyonu hakkındaki bilgi ve tutumları ve izolasyon kurallarına uyma ile ilgili soruları içeren ankete katılmayı kabul edip, soruları eksiksiz cevaplayanlar çalışmaya dahil edildi. Veri analizinde Jamovi 1.6.15 programı kullanıldı.

Results:

Ev izolasyonuna alınan kişilerin yaş ortalaması 42 (min:18,max:75) olup, % 54,1'i erkekti. Evinde kanser hastası veya risk grubu birey (kronik hastalık) olanların oranı %35,2 idi. Katılımcıların büyük çoğunluğu (n=65) Covid-19 Pcr test sonucu pozitif idi. Covid-19 enfeksiyonu hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin oranı %64,1(n=79) idi. Enfeksiyonun öksürme ve aksırma ile yayıldığını düşünenlerin oranı % 85,2, kapı kolları gibi yüzeylerde ve hasta kişilerin temas ettiği yerlerde canlı kalacağını düşünenlerin oranı %89,3 iken, el yıkamanın enfeksiyondan korunmada yeterli olacağını düşünenlerin oran %92,6 idi. Maske takanların oranı %100 iken en fazla cerrahi maske kullanıldığını gördük. Ev izolasyonundayken aile hekimi tarafından telefonla aranan izolasyon kuralları hakkında bilgilendirilerek semptom takibi yapılanların oranı %100 idi. Aile hekimleri tarafından aranan hastalar arasında izolasyon sırasında ayrı odada kalma %53,3, odayı gün içinde birden fazla kez havalandırma %94,3, maske takma ve başka insanlarla temastan kaçınma gibi kurallara uyanların oranı %100 idi. Alışverişi %72,1 oranında ev halkından birisi aracılığı ile yaptıklarını ve alınan malzemeleri %41,8 oranı ile en fazla yıkadıktan sonra kullandıklarını gördük.

Conclusions:

Türkiye'de aile hekimleri ev izolasyonuna alınan hastaların özellikli izlemelerinden sorumludur. Aile hekimleri Covid-19 nedeniyle ev izolasyonuna alınan kişilere telefonla ulaşip, izolasyon sırasında uyulması gereken kurallar konusunda bilgilendirmekte ve semptom takibi yapmaktadır. Ancak enfeksiyonun yayılımının önlenmesi tüm bireylerin önerilen

Oral Presentation / Research**Papiller tiroid kanseri ve MMP-9 gen polimorfizmi**

Buket Yılmaz Bülbül

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ, EDİRNE, Turkey E-mail: buketylmz@hotmail.com

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 15" by Buket Yılmaz Bülbül

Keywords / Anahtar Kelimeler: Tiroid kanseri, polimorfizm, MMP-9**Aim:**

Tiroid kanserleri bütün kanserler içinde yaklaşık % 1 oranında görülmekte olup insidansı son 30 yılda artış göstermektedir. Tiroid malignitelerinin en sık görülen tipi ise papiller tiroid karsinomu (PTK) olup tüm tiroid kanserlerinin %80'ini oluşturur. İyonize radyasyon ve aile öyküsü tiroid kanseri için iyi bilinen risk faktörleridir.

Matriks metalloproteinazlar (MMP) ekstraselüler matriksin komponentlerini ayrıştıran çinko bağlayıcı endopeptidaz ailesidir. MMP-9 (jelatinaz B) ise bazal membranın majör komponenti olan tip 4 kollajenin degradasyonunda neden olur. Malign tümörlerin invazyonu ve metastazında rol oynadığı gösterilmiştir. Bu çalışmada MMP-9 -1562C/T polimorfizminin papiller tiroid kanserinin gelişimi üzerine etkisinin araştırması amaçlanmıştır.

Method:

Çalışmamıza PTK tanısı olan 44 hasta ve 43 sağlıklı kontrol dahil edildi. PTK'lı hastalar ve kontrol grubundaki kişiler yaş, cinsiyet, ailesel tiroid kanseri varlığı ve radyasyona maruz kalma açısından değerlendirildi. PTK hastalarının tanı anındaki kanser evresi (TNM) parametreleri kaydedildi. DNA bir DNA izolasyon kiti kullanılarak kandan izole edildi. MMP-9 -1562C/T (rs3918242) gen polimorfizmi için MMP-9 geninin promotör bölgesinin -1562. pozisyonunda görülen C>T polimorfizmini incelemek amacıyla PZR yöntemi kullanıldı.

Results:

PTK grubunda MMP-9 (-1562) CC homozigot genotipi 32 (%72,7), MMP-9 (-1562) CT heterozigot genotipi 10 (%22,7) ve MMP-9 (-1562) TT homozigot genotipi ise 2 (%4,6) hastada gözlenmiştir. Kontrol grubunda ise MMP-9 (-1562) CC homozigot genotipi 29 (%67,4), MMP-9 (-1562) CT heterozigot genotipi 12 (%27,9) bireyde ve MMP-9 (-1562) TT homozigot genotipi ise 2 (%4,7) bireyde belirlenmiştir. PTK ve kontrol grupları arasında genotipler ve allel frekansları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Conclusions:

Çalışmamıza dahil edilen PTK'lı hastaların sayısının az olması nedeniyle metastatik vakalarda az sayıdadır. MMP-9 -1562C/T polimorfizminin PTK klinik-patolojik gelişimi üzerine etkisini araştırmak için daha büyük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Oral Presentation / Research

Pediatric Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişlikle İlgili Faktörler

Hatice Tuba Akbayram

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, 27600 Gaziantep, Turkey E-mail: tubaakbayram@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 15" by Hatice Tuba Akbayram

Keywords / Anahtar Kelimeler: Hekim, tükenmişlik sendromu, pediatri asistanı**Aim:**

Tükenmişlik, yoğun iş stresine maruz kalan kişilerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissini azalması ile ilgili psikolojik bir sendrom olup hekimlerde sık görülmektedir. Bu çalışmada pediatri araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişlikle ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

Method:

Kesitsel ve tanımlayıcı bu çalışmaya 2021 yılı Şubat ayında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi pediatri araştırma görevlisi 40 hekim dahil edildi. Anket formunun ilk bölümünde sosyo-demografik özellikler sorgulandı. İkinci bölümde hekimlerin tükenmişliğe yol açabilen bazı faktörleri 10 puan üzerinden (en az etkili=1 en çok etkili=10) değerlendirmeleri istendi. Anketin son bölümünde yer alan Maslach Tükenmişlik Ölçeği'ne göre tükenmişliğin alt parametreleri duygusal tükenmişlik (9 madde), duyarsızlaşma (5 madde), kişisel başarı (8 madde) toplam 22 adet beşli likert tipi (0-4 puan) madde ile değerlendirildi. Alınabilecek en büyük ve en küçük değerler duygusal tükenmişlikte 0-36, duyarsızlaşmada 0-20, kişisel başarıda 0-32'dir. Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanlarının artışı tükenmişliğin artmasını, kişisel başarı puanının artışı ise tükenmişliğin azalmasını gösterir.

Results:

Çalışmaya alınan hekimlerin yaş ortalaması 29,48±2,98 (en küçük 25- en büyük 38) olup, %57,5'i erkek, %50'si evliydi. Tükenmişliğe yol açabilen faktörler arasından iş yükü (9,08±1,8) ve çalışma işleyişi ile ilgili düzensizliklerin (8,63±2,30) en çok etkili olduğu, kişisel hayattaki yetersizlikler (2,90±2,34) ve enfeksiyon bulaşma korkusunun (3,73±2,76) en az etkili olduğu belirlendi. Hekimlerin tükenmişlik ölçeği alt parametrelerinde puan ortalamaları; duygusal tükenmişlik 23,73±7,08, duyarsızlaşma 7,40±4,39, kişisel başarı 14,15±4,09 olarak saptandı. Cinsiyet ile tükenmişlik parametreleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05). Evli olmayan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanı, evli olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,036). Yaşı 30'dan küçük olan hekimlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p=0,041, p=0,004). Medeni durum ve yaşla kişisel başarı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı (sırasıyla p=0,391, p=228).

Conclusions:

Pediatri bölümünde iş yükünün azaltılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesinin yanında hekimlerin tükenmişlikle mücadele etme stratejileri geliştirmeleri gereklidir.

Giriş

Tükenmişlik, Dünya Sağlık Örgütü'nün uluslararası hastalıklar ve ilgili sağlık sorunları sınıflandırmasına göre başarılı bir şekilde yönetilmeyen kronik iş yeri stresi sonucunda ortaya çıkan duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve azalmış kişisel başarı ile karakterize bir sendromdur (1). Duygusal tükenme; bir iş gününün sonunda bitkin hissetmeyi ve duygusal açıdan hastalara sunacak hiçbir şeyin kalmamasını, duyarsızlaşma; hastalara insan yerine nesne olarak davranma ve hastalara karşı daha duygusuz olmayı, azalan kişisel başarı duygusu; hastaların problemlerine yardım etmede yetersizlik duygularını veya işle ilgili sonuçların değer eksikliğini kapsar (2).

Hekimlik mesleği gibi insanlarla çok sık etkileşim halindeki meslekler tükenmişlik için en yüksek riski taşımaktadır (3). Pediatri uzmanlık eğitimi, uzun çalışma saatleri, nöbetler, uykusuzluk, kişisel bakım, aile ve arkadaşlarla geçirilecek zamanın azalması, sağlıksız yeme alışkanlıkları, hasta yönetimi ve takibi ile ilgili zorluklar nedeniyle stresli bir dönemdir. Tükenmişlik, birçok programda pediatri asistanları arasında oldukça yaygındır (4).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan üç yıllık çalışmada 49 farklı programda pediatri asistanları arasında %50'nin üzerinde bir tükenmişlik oranı olduğunu bildirilmiştir (5).

Hekimlerde tükenmişlik; empatinin azalması, doktor-hasta ilişkisinin bozulması, tıbbi hataların artması, düşük iş tatmini, meslektaşlar arasında çatışma, madde kullanımı, intihar düşüncesi ve intihar olaylarının artmasına yol açarak sağlık sistemini olumsuz etkiler (6).

Yaygınlığı ve sonuçların önemi göz önüne alındığında, hekimlerin tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişlikle ilgili faktörlerin belirlenmesi tükenmişlikle ilgili yapılması gerekenlere yol göstermesi nedeniyle önemlidir. Bu çalışma, bir üniversite hastanesinde pediatri araştırma görevlisi hekimlerin tükenmişlik düzeylerini ve tükenmişlikle ilgili faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu çalışma 15 Şubat- 22 Şubat 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışma öncesi Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (Karar no:2021/46) Pediatri alanında tüm araştırma görevlisi hekimlere (n=43) online anket formu iletildi.

Toplam 36 sorudan oluşan anket formunun ilk bölümünde sosyo-demografik özellikler sorgulandı. İkinci bölümde hekimlerin tükenmişliğe yol açabilen bazı faktörleri 10 puan üzerinden (en az etkili=1 en çok etkili=10) değerlendirmeleri istendi.

Tükenmişliğin değerlendirilmesinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanıldı (7). Ölçeğin Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (8). Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nde tükenmişliğin alt parametreleri duygusal tükenmişlik (9 madde), duyarsızlaşma (5 madde), kişisel başarı (8 madde) toplam 22 adet beşli likert tipi (0-4 puan) madde ile değerlendirildi.

Ölçeğe göre alınabilecek en büyük ve en küçük değerler; duygusal tükenmişlik 0-36, duyarsızlaşma 0-20, kişisel başarı için 0-32'dir. Bu alt ölçeklerden elde edilen puanlar için cut-off değerinin olmaması nedeniyle tükenmişliğin varlığı veya yokluğu

ayrımı yapılamamaktadır. Tükenmişlik yaşayan bireylerde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinde yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinde düşük puan almaları beklenmektedir.

Veriler SPSS 22.0 paket programında analiz edildi. Sayısal veriler ortalama \pm standart sapma ve minimum -maksimum değerler olarak ifade edildi. Kategorik veriler sayı (n) ve yüzde (%) olarak ifade edildi. Normal dağılım gösteren değişkenlerde iki grup karşılaştırmaları bağımsız iki örneklem t testi ile gerçekleştirildi. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

Çalışmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin güvenilirlik testleri sonucunda Cronbach alfa değerleri, duygusal tükenme için 0,926; duyarsızlaşma için 0,811 ve kişisel başarı için 0,755'tir.

Bulgular

Toplam 40 hekim anketi doldurdu. Hekimlerin yaş ortalaması $29,48 \pm 2,98$ (en küçük 25- en büyük 38) olup, %57,5'i erkek, %50'si evliydi. Hekimlerin yarısının (%50) 2 yıldan uzun süredir pediatri bölümünde çalıştığı bulundu. İki hekimin (%5) psikiyatrik ilaç kullandığı saptandı. Hekimlerin tükenmişlik ölçeği alt parametrelerinde puan ortalamaları; duygusal tükenmişlik $23,73 \pm 7,08$ (min 5-max 35), duyarsızlaşma $7,40 \pm 4,39$ (min 1-max 19), kişisel başarı $14,15 \pm 4,09$ (min 5-max 21) olarak saptandı. Cinsiyet ile tükenmişlik parametreleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı (sırasıyla $p=0,554$, $p=0,710$ $p=0,727$). Çalışma sürelerine göre değerlendirildiğinde 2 yıldan az süre ile çalışan ve 2 yıl ve daha fazla süre ile çalışan hekimlerin tükenmişlik parametreleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı (sırasıyla $p=0,094$, $p=0,319$, $p=0,543$).

Evli olmayan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanı, evli olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p=0,036$). Yaşı 30'dan küçük olan hekimlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p=0,041$, $p=0,004$). Medeni durum ve yaşla kişisel başarı puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı (sırasıyla $p=0,391$, $p=228$).

Tükenmişliğe yol açabilen faktörler arasından en etkili olandan en az etkili olana doğru sırasıyla; iş yükü ($9,08 \pm 1,8$), çalışma işleyişi ile ilgili düzensizlikler ($8,63 \pm 2,30$), hastane ortamı ile ilgili genel yetersizlikler ($8,00 \pm 2,13$), eğitim-bilgi yetersizliği ($7,55 \pm 2,41$), zor ebeveyn ve hasta yakınlarıyla baş etme ($6,68 \pm 2,61$), hocalarla ilgili problemler ($5,58 \pm 2,54$), asistanlarla ilgili problemler ($5,20 \pm 3,04$), enfeksiyon bulaşma korkusu ($3,73 \pm 2,76$), kişisel hayattaki yetersizlikler ($2,90 \pm 2,34$) olduğu belirlendi.

Tartışma

İş yükünün fazla olması mesleki tükenmişliğin önemli bir nedenidir. Farklı alanlardaki asistan hekimlerle yapılan başka bir çalışmada haftada 80 saatten fazla çalışan hekimlerde tükenmişliğin anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (9). Malezya'da yapılan bir çalışmada, pediatri bölümünde çalışan doktorların iş ile ilgili en büyük stres kaynaklarının zor ebeveynlerle baş etme ve iş ile ilgili gereksinimlerini karşılayacak yetersiz bilgi eksikliği olduğu bildirilmiştir (6).

Bu çalışmada tükenmişliğe yol açabilen faktörler arasından en etkili ilk 5 faktörün sırasıyla iş yükü, çalışma işleyişi ile ilgili düzensizlikler, hastane çalışma ortamındaki yetersizlikler, eğitim-bilgi eksikliği ve zor ebeveyn/hasta yakınlarıyla baş etme olduğu

bulunmuştur. Kişisel hayattaki bazı eksikler” ve enfeksiyon bulaşma korkusunun bu çalışmada tükenmişliği en az etkileyen faktör arasında olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Fransa'da 2020 yılında pediatri asistanlarında yapılan bir çalışmada Covid-19 ve sonuçlarından etkilenme ile tükenmişlik arasında ilişki bulunmamıştır (1). Bu durum çocuklarda şiddetli Covid-19 insidansının düşüklüğü ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda evli olmayan hekimlerin duygusal tükenmişlik puanı, evli olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca yaşı 30'dan küçük olan hekimlerin duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Martini ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada bekar, ek aile stresi, asistanlığın ilk yılında olanlarda daha fazla tükenmişlik olduğu bildirilmiştir (9). Anıl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ve kıdem arttıkça iş doyumunun arttığı ve duyarsızlaşmanın azaldığı bulunmuştur (10). Çalışmamızın sonuçları bu çalışmalarla uyumludur.

Sonuç

Sonuç olarak pediatri bölümünde iş yükü ve çalışma işleyişi ile ilgili düzensizliklerin tükenmişlik için en etkili faktörler olduğu bulunmuştur. İş yükünün azaltılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesinin yanında hekimlerin tükenmişlikle mücadele etme stratejileri geliştirmeleri gereklidir.

Kaynaklar

1. Treluyer L, Tourneux P. Burnout among paediatric residents during the COVID-19 outbreak in France. Eur J Pediatr. 2021;180(2):627-633.
2. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. J Intern Med. 2018;283(6):516-529.
3. Ji L, Xiaowei Z, Ling K, Yao F, Qingkun S, Jun Z. Burnout level and job satisfaction in Chinese pediatric residents: A web-based cross-sectional study. Medicine. 2020 ;99(8):e19249.
4. Baer TE, Feraco AM, Tuysuzoglu Sagalowsky S, Williams D, Litman HJ, Vinci RJ. Pediatric Resident Burnout and Attitudes Toward Patients. Pediatrics. 2017;139(3):e20162163.
5. Kemper KJ, Schwartz A, Wilson PM.et.al. Burnout in pediatric residents: three years of national survey data. Pediatrics. 2020;145(1):e20191030
6. Khoo EJ, Aldubai S, Ganasegeran K, Lee BX, Zakaria NA, Tan KK. Emotional exhaustion is associated with work related stressors: a cross-sectional multicenter study in Malaysian public hospitals. Arch Argent Pediatr. 2017;115(3):212-219.
7. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory. 3rd ed. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
8. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayını 1992;143-54.
9. Martini S, Arfken CL, Churchill A, Balon R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. Acad Psychiatry. 2004;28(3):240-2.
10. Anıl, M., Yurtseven, A., Yurtseven, İ., Ülgen, M., Anıl, A. B., Helvacı, M., Aksu, N. The evaluation of burnout and job satisfaction levels in residents of pediatrics. Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi, 2017; 52(2): 66-71.

Postmenopozal Kadınların Osteoporoz Yönünden Tarama Durumunun ve Fraktür Risklerinin Değerlendirilmesi

Burhan Balaban¹, Zeynep Aşık²

1. Antalya Training and Research Hospital, 07100 Antalya, Turkey E-mail: balabanmd@outlook.com
2. Antalya Training and Research Hospital

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 15" by Burhan Balaban

Keywords / Anahtar Kelimeler: Osteoporoz, FRAX, kırık ihtimali , postmenopozal

Aim:

Uluslararası Osteoporoz Vakfı'na göre tüm Dünya'da 200 milyondan fazla kadının etkilendiği osteoporozun ülkemizdeki prevalansı %24,8'dir. Yaşlanan nüfusun artmasıyla sıklığı giderek artan osteoporoz, özellikle kalça ve vertebra kırıklarına yol açarak hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Osteoporoz, ülkelere ekonomik açıdan büyük maddi yük getirmektedir. Çalışmamızda birinci basamakta 50-64 yaş aralığı ve 65 yaş ve üzeri postmenopozal kadınların osteoporoz yönünden tarama durumunun ve FRAX Türkiye modeliyle 10 yıllık fraktür risklerinin değerlendirilerek, bireylerin gereksiz radyasyon maruziyetine ve sağlık harcamalarında oluşturacağı ekstra yükü dikkat çekmek, bireylerde uygun ve doğru yollarla taramanın önemini vurgulamak amaçlandı.

Method:

Gözlensel ve kesitsel nitelikteki bu araştırmaya, Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 50 yaş ve üzeri 243 postmenopozal kadın dahil edilmiştir. Katılımcılara yüz yüze anket doldurma şeklinde 28 soru sorulmuştur. Anket soruları, sosyodemografik veriler, osteoporoz risk değerlendirme verileri ve osteoporoz tarama bilgilerini içermektedir.

Results:

Katılımcıların %70'i evli, %43,6'sı ilkökul mezunu ve %63,8'si ev hanımı olup, yaş ortalaması 63,98±9,99 yıl, FRAX risk değerlendirme aracı ile hesaplanan medyan 10 yıllık majör osteoporotik kırık riski %7,8, kalça kırık riski %1,7 bulunmuştur. Elli-64 yaş aralığıyla karşılaştırıldığında, 65 yaş ve üzeri kadınlarda, DXA yaptırma oranının (tarama sıklığı) istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,013). Elli-64 yaş aralığında kırık riski olmadığı halde DXA yaptırılanların oranı %55 (n=61) bulunmuştur. Elli-64 yaş aralığındaki grupta, kırık riski olan hastaların DXA yaptırma yüzdesi (%70,8), olmayanlara göre (%29,2) daha yüksek gözlenirse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,153).

Conclusions:

Osteoporoz ve osteoporozla bağlı gelişen kırıklar, önemli sağlık problemleridir. Postmenopozal kadınlarda osteoporozun erken teşhisi için, birinci basamakta veya ilk hastane başvurusunda; kırık riskinin hesaplanması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve tarama yöntemlerinin zamanında, doğru ve etkin bir şekilde uygulanması ile yüksek riskli hastaların ilgili birimlere yönlendirilmesi, osteoporozla bağlı morbidite, mortalite ve sağlık harcamalarının azaltılmasında ve hastaların gereksiz radyasyona maruz kalmasının önlenmesinde son derece

Oral Presentation / Research

Full Text

Renal Transplantasyonlu Hastalarda Covid-19 Enfeksiyonundan Korunmada Evde İzolasyonun Önemi

Murat Öztürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 16140 Bursa, Turkey E-mail: muratozturkdr@hotmail.com

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 15" by Murat Öztürk

Keywords / Anahtar Kelimeler: Böbrek Transplantasyonu, Covid-19, Evde izolasyon**Aim:**

Covid-19 enfeksiyonu tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çok sayıda kişiyi etkilemiştir. Çok sayıda kişi hastanelerde yatmak zorunda kalmış, önemli oranlarda da can kaybı yaşanmıştır (1,2). Biz bu çalışmamızda kliniğimizde böbrek nakli ameliyatı yaptığımız, ameliyat sonrası immünsupresyon tedavisi alan Covid-19 enfeksiyonu için risk grubunda olan bu hastalarda evde izolasyonun ne kadar önemli olduğunu vurgulamayı amaçladık (3).

Method:

Çalışmamıza Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde böbrek nakli yaptığımız ve takipleri Bursa'da yapılan 50 hastamızı dahil ettik. Ülkemizde ilk Covid-19 vakasının görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden itibaren hastalarımızla bağlantı kurularak tüm kontrolleri evde bakım ekiplerimiz tarafından gerçekleştirildi. Covid-19 semptomları gösteren hastalarımız hastane evde bakım araçlarımız ile hastaneye getirilerek gerekli laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri yapıldı. Hastaların tümünden boğaz-burun sürüntüleri alınarak PCR testleri yapıldı. Yaz dönemi ile ülkemizde kısıtlamaların kaldırılmasına kadar tüm takiplerimiz bu şekilde yapıldı.

Results:

Evde izolasyonun uygulandığı Mart 2020 tarihinden Haziran 2020 tarihine kadar böbrek nakli uygulanan hastalarımızın hiçbirinde Covid-19 testi pozitifliği saptanmadı. Yaz döneminde insanların izolasyon kurallarına yeterince özen göstermemesi üzerine tüm ülkede Covid-19 hasta sayısında belirgin artış saptandı (2). Eylül 2020 tarihinden Ocak 2021'e kadar 7 nakil hastamızda Covid-19 pozitifliği saptanmıştır. Tüm hastalarımız hastaneye yatırılarak tedavi altına alınmıştır. Gerekli medikal tedavilere rağmen 1 hastamız Covid-19'a bağlı pnömoni nedeniyle yoğun bakımda takibi sırasında kaybedilmiştir.

Conclusions:

Uzun süreli immünsupresyon, komorbidite ve rezidüel kronik böbrek hastalığı nedeniyle yüksek risk altında olabilecek böbrek nakli alıcılarında COVID-19 enfeksiyonunun riski ve sonuçları hakkında literatürde sınırlı bilgi bulunmaktadır. Bu çalışma örneğinde böbrek nakli uygulanan hastalar ilk dönemde evde bakım hizmetleri ile evde takip edilerek hastane ortamından ve kalabalık mekanlardan uzak tutulmaya çalışılarak takip edilmişlerdir. Sürecin uzamasıyla birlikte hastalarımızın izolasyon kurallarını ihmal etmeleri nedeniyle Covid-19 pozitiflik oranı artarak istenmeyen sonuçlar ortaya çıkmıştır. İlk dönemde hastalarda Covid-19 saptanmamış olmasının, izolasyon ile birlikte evde bakım hizmetlerinin bir başarısı olarak değerlendirilebileceği kanaatindeyiz.

Giriş

COVID-19 pandemisinin başlangıcı üzerinden geçen 14 aylık sürede 13.03.2021 itibarıyla dünya genelindeki olgu sayısı 118 milyonu, vefat eden kişi sayısı 2.690.000'i geçmiştir (1). Türkiye'de ise ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden itibaren geçen bir yıllık sürede olgu sayısı 2.850.930, ölen kişi sayısı ise 29.356'dır (2).

Yaşlılar, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık gibi komorbiditesi olan hastalar COVID-19 enfeksiyonuna karşı hassastır ve sıklıkla yoğun bakım ünitesinde bakım gerektiren daha ağır klinik tablo göstermeleri muhtemeldir. COVID-19 enfeksiyonu diyaliz hastaları için özel bir tehdit oluşturmaktadır (3).

Böbrek nakli yapılan kişiler immünsupresyon ve birlikte varolan komorbiditeler nedeniyle Covid-19 hastalığı için özellikle yüksek risk altında gibi görünmektedir. Böbrek nakli olmuş hastalar immünsupresyonun etkilerini yoğun şekilde yaşadıkları için yaş farkı gözetenimsiz yüksek riskli olarak kabul edilmelidirler. Bu hastalarda enfeksiyonun hızla progresyon gösterebileceği gözönünde bulundurularak, yatış endikasyonları bu gözle değerlendirilmelidir. Ayrıca renal transplantasyonlu hastaların klasik semptomatoloji yanında atipik prezentasyonlarla (ishal, hafif kas ağrıları gibi) gelebilmekte ve testlerdeki yanlış negatif oranların da yüksek olabileceği düşünülerek, şüphe durumunda akciğer tomografisi endikasyonları geniş tutulmaktadır (4).

Nakil hastaları, COVID-19 enfeksiyonu açısından sonuçları etkileyen önemli faktörler olarak kabul edilen immünsupresyon, alta yatan kronik böbrek hastalığı ve diğer komorbiditeler, özellikle diyabet ve hipertansiyon nedeniyle daha yüksek risk altındadır (5). Önceki deneyimlere dayalı olarak nakil alıcılarında viral duyarlılığa ilişkin genel görüş, bağışıklık yetersizliği olan bireylerin, özellikle eşzamanlı komorbiditesi olanlarda bağışıklık sistemi bozuk olduğundan daha ciddi enfeksiyon riski altındadır. COVID-19'un dünya çapında milyonlarca küresel vaka bildirilmesine rağmen, böbrek nakli yapılan hastalar üzerindeki etkisi hakkında bilgi eksikliği vardır. Bu çalışmadaki amaç, pandemi sürecinde immünsupresyon tedavisi alan ve çoğunda hipertansiyon ve diyabet gibi ek hastalığı bulunan ve evde bakım hizmetleri ile takip edilen transplant hastalarının bölgemizde COVID-19 hastalığı ile enfekte olma durumlarının incelenmesidir.

Materyal ve Metod

Çalışmamıza SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde böbrek nakli yaptığımız ve takipleri Bursa'da yapılan 50 hastamızı dahil ettik. Ülkemizde ilk Covid-19 vakasının görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden itibaren hastalarımızla bağlantı kurularak tüm kontrolleri evde bakım ekiplerimiz tarafından gerçekleştirildi. Covid-19 semptomları gösteren hastalarımız hastane evde bakım araçlarımız ile hastaneye getirilerek gerekli laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri yapıldı. Hastaların tümünden boğaz-burun sürüntüleri alınarak PCR testleri yapıldı. Yaz dönemi ile ülkemizde kısıtlamaların kaldırılmasına kadar tüm takiplerimiz bu şekilde yapıldı.

Bulgular

Hastalarımıza ait sosyo-demografik özellikler tabloda verilmiştir. Evde izolasyonun uygulandığı Mart 2020 tarihinden Haziran 2020 tarihine kadar böbrek nakli uygulanan hastalarımızın hiçbirinde Covid-19 testi pozitifliği saptanmadı. Yaz döneminden itibaren ülke genelinde kısıtlamaların kaldırılması ve insanların izolasyon kurallarına yeterince özen göstermemesi nedeniyle tüm ülkede Covid-19 hasta sayısında belirgin artış saptandı (2). Eylül 2020 tarihinden Ocak 2021'e kadar 7 nakil hastamızda Covid-19 pozitifliği saptanmıştır. Bu yedi hastanın dördünde HT, ikisinde DM, bir tanesinde ise hem DM hem de HT vardı. Tüm hastalarımız hastaneye yatırılarak tedavi altına alınmıştır. Gerekli medikal tedavilere rağmen hem diyabeti hem hiperyansiyonu olan 67 yaşındaki 1 hastamız Covid-19'a bağlı pnömoni nedeniyle yoğun bakımda takibi sırasında kaybedilmiştir. Diğer hastalarımız tedavileri sonrası PCR testleri negatif olarak taburcu edilmişlerdir.

Tablo 1: Hastaların demografik özellikleri

	n	%
Hasta sayısı	50	
Erkek	24	48
Kadın	26	52
Yaş ortalaması	44,12±11,64	
Sigara kullanımı	3	6
Hipertansiyon	34	68
Diabetes Mellitus	7	14
Koroner arter hastalığı	1	2
Alkol	0	0

Tartışma

Ülkemizde ilk görülen COVID-19 vakalarından sonra yurt dışı kaynaklı böbrek nakil alıcılarında görülen semptomlara paralel olacak şekilde tüm semptomları sorguladık. Bu yayınlarda nakil hastalarında en çok görülen semptomlardan ateş ve solunum sıkıntısı bizim nakil hastalarımızın hiçbirinde görülmedi. Buna rağmen böbrek nakil hastalarında yine sık görülen semptomlardan öksürük, diyare ve myalji görülen hastalarımıza yapılan tetkik ve nazofarengeal sürüntü örneklerinde patoloji saptanmadı. COVID-19 PCR testleri negatif geldi. Biz bu dönemde immünsupresan tedavi almalarından dolayı risk grubunda olan tüm böbrek nakil hastalarımızdan evlerinde nazofarengeal sürüntü alarak PCR testlerini yaptık. Bütün hastalarımızda COVID-19 testleri negatif olarak çıktı. İlerleyen süreçte ise yedi nakil hastamızda COVID-19 PCR testleri pozitif olarak saptanmıştır. Bu yedi vakanın dört tanesi yüksek ateş, halsizlik, kas ve eklem ağrıları ile üç vaka ise boğaz ağrısı ve halsizlik şikayeti ile hastaneye başvurdu. Yoğun bakıma alınan ve vefat eden hastanın toraks BT' sinde yaygın akciğer tutulumu da izlendi.

İtalya'dan bir makalede iki böbrek transplantasyon alıcısının COVID-19 pnömonisi nedeniyle hastaneye yatırıldığı bildirilmiştir. 75 yaşında erkek ve 52 yaşında bayan hastalar öksürük, nefes darlığı, myalji ve yüksek ateş nedeniyle hastaneye başvurdularında erkek hastada greft fonksiyonları normal olarak değerlendirilirken bayan hastada akut böbrek hasarı saptandığı rapor edilmiştir. Çekilen toraks bilgisayar tomografisinde akciğerlerinde yaygın buzlu cam görünümü olması ve nazofarengeal sürüntünün pozitif gelmesi üzerine immünsupresan tedavilerinin kesilmesine rağmen zamanla durumları kötüleşen hastaların COVID-19'a bağlı kaybedildikleri belirtilmiştir (6).

Bir başka makalede COVID-19 pozitifliği saptanan %75'i kadavradan böbrek nakli yapılmış 36 yetişkin hastanın 34'ünde

(%94) hipertansiyon, 25'inde (%69) diabetes mellitus, 13'ünde (%36) sigara öyküsü olduğu rapor edilmiştir. En sık görülen semptomlar 21 hastada (%58) ateş ve 8 hastada (%22) diyare idi. Majör solunum semptomları olmayan stabil durumdaki 8 hasta (%22) evlerinde izlenirken, 28 hasta (%78) hastanede takip edilmişlerdir. Ortalama 21 günlük takipte 36 böbrek nakil alıcısının 10'u (%28) ölmüştür. Bu ölenlerden iki kişinin başlangıçta eve gönderilen hastalardan olduğu belirtilmiştir (7). İngiltere kaynaklı bir makalede ise COVID-19 pozitif olan 7 böbrek nakil alıcısı rapor edilmiştir. İkisinin ayaktan, beşinin yoğun bakımda tedavi gördüğü hastaların tümünde solunum semptomları ve yüksek ateş görüldüğü, ciddi vakalarda lenfopeni, C-reaktif protein (CRP), D-dimer, ferritin ve troponin düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır. 7 hastadan 1 tanesinin öldüğü rapor edilirken COVID-19 pandemisi sırasında özellikle komorbiditesi olan yaşlı hastalara böbrek nakli yapılmaması önerilmiştir (8).

Uzun süreli immünsupresyon, komorbidite ve rezidüel kronik böbrek hastalığı nedeniyle yüksek risk altında olabilecek böbrek nakli alıcılarında COVID-19 enfeksiyonunun riski ve sonuçları hakkında literatürde sınırlı bilgi bulunmaktadır. Bu çalışma örnekleminde böbrek nakli uygulanan hastalar ilk dönemde evde bakım hizmetleri ile evde takip edilerek hastane ortamından ve kalabalık mekanlardan uzak tutulmaya çalışılarak takip edilmişlerdir. Sürecin uzamasıyla birlikte hastalarımızın izolasyon kurallarını ihmal etmeleri nedeniyle Covid-19 pozitiflik oranı artarak istenmeyen sonuçlar ortaya çıkmıştır. İlk dönemde hastalarda Covid-19 saptanmamış olmasının, izolasyon ile birlikte evde bakım hizmetlerinin bir başarısı olarak değerlendirilebileceği kanaatindeyiz.

Kaynaklar:

1. World Health Organization (WHO), Geneva, Switzerland. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Available at: <https://covid19.who.int/>.
2. T.C.Sağlık Bakanlığı, <https://covid19.saglik.gov.tr/>
3. Ma, Y., Diao, B., Lv, X., Zhu, J., Liang, W., Liu, L., & Ding, G. (2020). 2019 novel coronavirus disease in hemodialysis (HD) patients: Report from one HD center in Wuhan, China. *MedRxiv*.
4. Alberici, F., Delbarba, E., Manenti, C., Econimo, L., Valerio, F., Pola, A., ... & Venturini, M. (2020). A single center observational study of the clinical characteristics and short-term outcome of 20 kidney transplant patients admitted for SARS-CoV2 pneumonia. *Kidney international*.
5. Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... & Guan, L. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*.
6. Gandolfini, I., Delsante, M., Fiaccadori, E., Zaza, G., Manenti, L., Degli Antoni, A., ... & Maggiore, U. (2020). COVID-19 in kidney transplant recipients. *American Journal of Transplantation*.
7. Akalin, E., Azzi, Y., Bartash, R., Seethamraju, H., Parides, M., Hemmige, V., ... & Liriano-Ward, L. (2020). Covid-19 and kidney transplantation. *New England Journal of Medicine*.
8. Banerjee, D., Popoola, J., Shah, S., Ster, I. C., Quan, V., & Phanish, M. (2020). COVID-19 infection in kidney transplant recipients. *Kidney International*.

Oral Presentation / Research**The Effect of Arm Circumference and Cuff Size on Blood Pressure of Patients Registered in Erzurum Education Type Family Health Centers**Sümeyye Taş¹, Suat Sincan²

1. Ataturk University Department of Family Medicine

2. Ataturk University, 25250 Erzurum, Turkey E-mail: suatsincan@atauni.edu.tr

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 15" by Suat Sincan

Keywords / Anahtar Kelimeler: Blood pressure, arm circumference, cuff size.**Aim:**

To examine the relationship between cuff size and arm circumference and observe how these affect blood pressure by making blood pressure measurement with both standard and suitable cuffs in individuals with wide arm circumference.

Method:

The study was conducted on 527 adult patients affiliated to five family medicine units of Education Type Family Health Centers affiliated to Atatürk University Faculty of Medicine Department of Family Medicine. Participants were measured arm circumference in both arms and blood pressure measurements in both arms. In individuals with a wide arm circumference, blood pressure was measured with a cuff suitable for the arm circumference and a standard cuff, and the findings were compared.

Results:

It was found that the use of a standard cuff for measurements on both the right arm and the left arm in people with arm diameters of 33 cm and above, caused the blood pressure to be higher than the cuff suitable for the arm, around 10 mmHg in systolic pressures and 2.5 mmHg in diastolic pressures. The area under the curve was found to be 88.6% in the ROC radiography obtained using body mass index in patients with a right arm diameter of 33 cm and above. The area under the curve was found to be 88.0% in the ROC radiography obtained using body mass index in patients with left arm diameter of 33 cm and above.

Conclusions:

Blood pressure measurement with a standard cuff may cause clinically inaccurate measurements in individuals with arm diameters of 33 cm and above. Therefore, it is necessary to use a wide sleeve for these people. The positive correlation between body weight and arm circumference is known. Choosing a wide cuff, especially for those with a body mass index of 30 and above, will provide more accurate results in blood pressure measurement.

Oral Presentation / Research

The Role of Family Medicine From Bone Pain to Multiple Myeloma

Gülden Sincan, Suat Sincan

Ataturk University, 25250 Erzurum, Turkey E-mail: suat.sincan@atauni.edu.tr

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 15" by Suat Sincan

Aim:

Multiple myeloma is a disease that characterized by increased clonal plasma cells. It constitutes 1% of all cancers and 10% of hematological cancers. Early diagnosis of multiple myeloma is important for prevent morbidity and mortality. The most common symptom in multiple myeloma is bone pain and it occurs in 70% of cases.

Method:

This study was conducted in 170 multiple myeloma patients. The records of all cases were analyzed retrospectively and age, sex, the level of hemoglobin, sedimentation rate, creatine, admission status and complaints at the time of admission to primary care doctor were recorded.

Results:

94 (56.47 %) cases were male and 74 (43.52 %) cases were female of all patients and the mean age of all patients 52±15 years. 50 (29.4 %) patients applied to primary care doctors before applying to our clinic. 37 (74 %) patients had bone pain, 36 (72 %) patients had fatigue, 8 (16 %) patients had weight loss at the time of admission to family health center. In addition, 37 (74 %) cases had anemia, 26 (52 %) cases had high sedimentation rate and 12 (24 %) cases had high creatine level. Thirty eight (76 %) cases of these patients were referred to our clinic with suspicion of multiple myeloma disease from primary care doctors.

Conclusions:

Bone pain and fatigue are common reasons for admission to family physicians. These complaints can be a sign of multiple myeloma. In addition; anemia, high sedimentation rate, and high creatine levels are common in patients with multiple myeloma. As a result, multiple myeloma can be diagnosed at an early stage in family medicine practice by performing detailed anamnesis and simple and accessible laboratory tests.

Full Text

INTRODUCTION

Multiple myeloma (MM) is a hematologic malignancy characterized by an increase in clonal plasma cells. It accounts for about 1-2% of all cancers (1). MM is an advanced age disease; it often occurs in the age range of 65-74 years, and 2% of cases are under the age of 40 (2-3). The male/female ratio is 1.4/1. The clinical spectrum of cases varies from mild symptoms to the situation requiring emergency intervention. Bone pain is the most common cause of application to medical institutions. Bone pain, on the other hand, can be associated with lytic bone lesions, osteoporosis, and pathological fractures, and occurs in about 60% of cases. In addition, weakness, fatigue, palpitations, and decreased exertion capacity may be observed in these cases associated with anemia (2). Other symptoms in

MM cases are weight loss, paresthesia, fever, signs of hyperviscosity, recurrent infections. Laboratory studies may show an increase in normochrome normocytic anemia, hypercalcemia, hypoalbuminemia, low albumin/globulin ratio, creatine, sedimentation, uric acid and lactate dehydrogenase values. For the diagnosis of MM, serum IG levels, serum and urine protein and immunodeficiency tests, the amount of clonal plasma cells in the bone marrow should be evaluated (4,5). For symptomatic mm diagnosis, it is necessary to have the ratio of clonal plasma cells in the bone marrow $\geq 10\%$ or the defining signs of myeloma (MDE) accompanying extramedullary plasmacytoma proven by biopsy. Hypercalcemia, renal failure, anemia, bone lesions, clonal plasma cell ratio in bone marrow $\geq 60\%$, affected/unaffected serum free light chain ratio ≥ 100 , presence of more than one ≥ 5 mm focal lesion in whole body Magnetic Resonance Imaging is MDE (6,7).

Delay in the diagnosis of multiple myeloma negatively affects the course of the disease (8). A common complaint of bone pain in patients is a subjective finding. It can also lead to bone pain in senile osteoporosis and degenerative osteoarthritis, which are common in the older age group. This, in turn, can lead to delayed MCC diagnosis. In applications to primary care institutions with bone pain complaints, cases must be evaluated with detailed Anamnesis, hemogram, sedimentation and biochemistry studies. In this way, the diagnosis of MM with mortality and morbidity can be made without developing complications. In this study, we examined the application status of patients diagnosed with multiple myeloma in our clinic to primary health care institutions prior to diagnosis.

MATERIAL AND METHODS

In this study, the files of 170 cases followed by symptomatic MM diagnosis were retrospectively examined at Atatürk University Faculty of Medicine Hospital hematology clinic. MM was diagnosed according to the criteria of the International Myeloma Working Group. Age, gender, State of application to Primary Health Care Facility, Application complaints, hemoglobin, sedimentation, creatine, albumin and calcium values, albumin/globulin ratio were recorded. Data SPSS.It was evaluated by 20 statistical programs. Descriptive statistics; it was given as number and percentage for categorical variables, mean, standard deviation, minimum, maximum for numerical variables.

RESULTS

The mean age of 170 patients studied in our study was 52±15 years. 50 (29.4%) patients applied to family medicine outpatient clinics before contacting our clinic. 38 (76%) of these patients were referred to our clinic due to laboratory findings supporting multiple myeloma from family medicine outpatient clinics. At the time of application to the family medicine unit, 37 (74%) patients complained of bone pain, 36 (72%) patients complained of fatigue, and 8 (16%) patients complained of weight loss. Bone pain was back and/or back pain in 28 cases (75.7%), hip pain in 4 (10.8%), shoulder pain in 3 (8.1%), and neck pain in 2 (5.4%). In cases with weight loss, the weight loss in the last 6 months was 7±2.1 kilograms. The symptoms of the cases were present for 21±13.1 months. Before applying to our hospital, the number of applications to primary care institutions with these symptoms was 2.1±1.2. 15.4±7.2 days after being referred to our hospital from a primary care facility, patients were admitted to our hospital. Of the 38 cases referred to our clinic, 4 had symptoms of hyperviscosity when they were admitted to our clinic. In

addition, 1 case was admitted to our clinic in plegic condition due to nerve root pressure that develops in relation to lumbal fracture.

Cases of laboratory tests hemoglobin: 11.6 ± 4.2 g/dL, sedimentation rate: 67 ± 10.3 mm/hour, creatine: 2.1 ± 1.1 mg/dL, albumin: 3.5 ± 1.4 g/dL and calcium 9.1 ± 2.4 mg/dL. Anemia was present in 37 (74%) cases, high sedimentation value in 26 (52%) cases, creatine height in 12 (24%) cases, hypoalbumemia in 13 (26%) cases, hypercalcemia in 2 cases (4%). Albumin/globulin ratio of cases: 0.8 ± 0.5 ; in 11 (22%) cases, the albumin/globulin ratio was reversed. Since a direct graph could not be taken in primary care institutions, none of the cases referred to our clinic had a direct graph.

DISCUSSION AND CONCLUSION

In recent years, there have been promising new developments in the treatment of MM. Improved MM survey has been achieved with the introduction of drugs such as proteasome inhibitors, imides, daratumumab, elotuzumab in the clinic. But this improvement is not only associated with improvements in treatment, but also with early diagnosis of most cases before complications develop. For the diagnosis of MM, the doctor must first think about this disease. As observed in our study of MM cases, the most common reason for reference to a doctor is back pain. Back pain is the second most common cause of application to family medicine after upper respiratory tract infections (9). But <1% of these cases are caused by malignant (10). In addition, osteoporosis and degenerative osteoarthritis, which cause bone pain, are common in the older age group. For this reason, it is necessary to determine which cases primary care physicians will conduct MM screening when complaining of back pain. Breast, cervical and colorectal cancer screenings are performed by family medicine in our country. But there is no guide to which patients should be examined for MM. Bone pain is often associated with osteoarthritis, and analgesic therapy can be prescribed without blood tests. This can cause a delay in the diagnosis of MM. Therefore, the symptoms of MM disease, especially bone pain, should be well known. In addition, if a guide can be prepared on this issue, it can be useful in terms of early diagnosis.

It is often accompanied by back pain in subjective symptoms such as weakness, fatigue. 72% of our cases also complained of fatigue. For this reason, it should be a stimulant for the doctor for nonspecific symptoms such as weakness and fatigue. Hemograms, kidney function tests and sedimentation values, which are guiding in the diagnosis of MM, can also be performed in primary health care institutions. For this reason, a detailed history should be taken, especially in cases with complaints of back pain, weakness and fatigue. Hemograms, sedimentation rate, kidney function tests, albumin and globulin levels, calcium value should be considered in primary care for cases whose clinical signs suggest MM disease.

After all, MM is a disease with morbidity. Delay in diagnosis in cases can cause compression fracture and associated neurological deficits. In this case, both the cost of the patient's health system increases and it is a condition that disrupts the patient's comfort of life. For this reason, red flag symptoms can be determined for MM by conducting studies involving a large number of cases. In this way, some complications can be prevented by diagnosing cases at an early stage.

REFERENCES

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA Cancer J Clin* 2021; 71:7.
2. Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE, et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. *Mayo Clin Proc* 2003; 78:21.
3. Bladé J, Kyle RA. Multiple myeloma in young patients: clinical presentation and treatment approach. *Leuk Lymphoma* 1998; 30:493.
4. Dispenzieri A, Kyle R, Merlini G, et al. International Myeloma Working Group guidelines for serum-free light chain analysis in multiple myeloma and related disorders. *Leukemia* 2009; 23:215
5. Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *Lancet Oncol* 2014; 15:e538.
6. Rajkumar SV, Merlini G, San Miguel JF. Haematological cancer: Redefining myeloma. *Nat Rev Clin Oncol* 2012; 9:494.
7. Rajkumar SV, Larson D, Kyle RA. Diagnosis of smoldering multiple myeloma. *N Engl J Med* 2011; 365:474.
8. Kariyawasan CC, Hughes DA, Jayatilake MM, Mehta AB. Multiple myeloma: causes and consequences of delay in diagnosis. *QJM* 2007; 100:635.
9. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA* 1992;268:760-5.
10. Jarvik JG, Deyo RA. Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. *Ann Intern Med* 2002;137:586-97.

Oral Presentation / Research**TSH düzeyi normal, düşük ve yüksek hastalarda vücut kitle indekslerine göre HDL düzeylerinin karşılaştırılması**

Ferda Kaya Zaman

İstinye University, 00000 İstanbul, Turkey E-mail: ferdakaya.zaman@isu.edu.tr

Presentation on 27/03/2021 06:00 in "Oral presentations 15" by Ferda Kaya Zaman

Keywords / Anahtar Kelimeler: vücut kitle indeksi, tiroid stimulan hormon, HDL kolesterol**Aim:**

Obezite prevalansı gittikçe artan bir sağlık problemidir. Obezite lipid profili bozuklukları için de önemli bir predispozan faktördür. Son yıllarda yapılan tiroid hormon düzeyleri ve vücut kitle indekslerini karşılaştıran, ayrıca tiroid hormon testleri ve lipid profilini inceleyen pek çok çalışma mevcuttur. Bu çalışmanın amacı, erişkin bireylerde TSH düzeyleri normal, düşük ya da yüksek olmasının vücut kitle indeksine göre HDL düzeylerine etkisinin değerlendirilmesidir.

Method:

Çalışma retrospektif olarak dizayn edilmiş ve Aralık 2016- Eylül 2020 tarihleri arasında İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi LİV Hastanesi Checkup polikliniğine başvurmuş ve TSH, VKİ, HDL değerleri bakılmış 18 yaş üstü bireylerin retrospektif olarak verileri toplanmıştır. Toplam 3500 hastanın verileri taranmış ve uygun yaş aralığı, TSH, VKİ, HDL değerlerini içermesi gibi kriterlere göre eleme yapıldıktan sonra 1621 hastanın verileri kaydedilmiştir. Daha sonra bu veriler gruplandırılarak istatistiki olarak analiz edilmiştir.

Results:

Vücut kitle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerin cinsiyetlerine göre TSH durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. %11,13 (n=82) kadının TSH değerleri 4 mIU/mL ve üzerinde iken erkeklerde bu oran %5,92'dir (n=53). Ayrıca; TSH değerleri 0,5 mIU/mL altında olan kadınların oranı %3,39 (n=25) iken erkeklerde bu oran %2,46'dır (n=22).

Normal kilolu olan kişilerde TSH sınıflarına göre HDL değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. TSH değeri 0.5 ve 4 mIU/mL arasında olan kişilerin HDL değerleri TSH değeri 4 mIU/mL ve üzerinde olan kişilere göre anlamlı şekilde düşüktür. Obez kişilerde ise TSH durumlarına göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür.

Conclusions:

Normal kilolu olan kişilerde TSH sınıflarına göre HDL değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. TSH değeri 0.5 ve 4 mIU/mL arasında olan kişilerin HDL değerleri TSH değeri 4 mIU/mL ve üzerinde olan kişilere göre anlamlı şekilde düşüktür. Obez kişilerin HDL değerleri ise TSH sınıflarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Full Text**COMPARISON OF HDL LEVELS ACCORDING TO BODY MASS INDEXES IN PATIENTS WITH NORMAL, LOW AND HIGH TSH LEVELS****ABSTRACT**

Objective: The prevalence of obesity is an increasing health problem. Obesity is also an important predisposition factor for lipid profile disorders. There have been many studies in recent years comparing thyroid hormone levels and body mass indexes, as well as thyroid hormone tests and lipid profile. The aim of this study is to evaluate the effect of normal, low or high TSH levels on HDL levels according to body mass index in adult individuals.

Materials and Methods: The study was retrospectively designed. The study was applied in the LIV Hospital Checkup outpatient clinic of İstinye University Faculty of Medicine between December 2016 and September 2020; TSH, VKİ, HDL values were studied, and data of individuals over 18 years of age were collected. Data of a total of 1621 patients were recorded. As sociodemographic data, age and gender data were also recorded for each patient and used in statistical analyses.

Results: HDL values differed statistically significantly in people who were normal weight compared to TSH classes. HDL values of people with TSH values between 0.5 and 4 mIU/mL were significantly lower than those with a TSH value of 4 mIU/mL or higher. In obese people, it was observed that there was no statistically significant difference considering their HDL status according to TSH status.

Conclusion: In our study, HDL values of normal people with normal TSH value were found to be significantly lower than those with high TSH values among people who were normal weight. Although there are some studies in both adults and children, it is still open to research. It is obvious to get clearer information about the subject with new studies to be carried out in this field.

Key Words: Thyroid Stimulating Hormone, Body Mass Index, Obesity, HDL Cholesterol

GİRİŞ

Obezite dünyada gittikçe artan oranlarda görülen, prevalansı gittikçe artan bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, Avrupa'da insanların %50'den fazlası aşırı kilolu, %20'den fazlası obezdir (1). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı'na (OECD) göre Türkiye'de yetişkinlerde obezite oranı %18,4 ve %22,3'tür (2).

Obezite lipid profili bozuklukları için de önemli bir predispozan faktördür (3). Yüksek kilolu tüm hastaların dislipidemi açısından mutlaka değerlendirilmesi önemlidir. Obezite değerlendirilmesinde dünya sağlık örgütünün tanımladığı vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri kullanılmaktadır. Buna göre VKİ 30'un üstünde olanlar obez kabul edilmektedir.

Hipotiroidizm, özellikle kadınlarda hiperlipideminin sık görülen bir nedenidir, ancak hem genel popülasyonda hem de dislipidemik deneklerde gerçek prevalansı bilinmemektedir. Düşük tiroid fonksiyonunun Yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) metabolizmasını önemli ölçüde etkileyip etkilemediği ve subklinik hastalığın metabolik anormalliklere neden olup olmadığı ve kardiyovasküler riski artırıp artırmayacağı belirsizdir (4).

Son yıllarda yapılan tiroid hormon düzeyleri ve vücut kitle

indekslerini karşılaştıran, ayrıca tiroid hormon testleri ve lipid profilini inceleyen pek çok çalışma mevcuttur. Ancak tiroid hormonu konsantrasyonlarının vücut ağırlığı ve metabolik risk belirteçleri üzerindeki etkisi çok açık değildir. Tiroid bozukluğu olan hastaların VKİ ile bağlantılı olarak lipid profilinde görülen bozukluklar nedeniyle kardiyak risk artmaktadır. Tiroid Stimulan Hormon (TSH) düzeyi değişikliği bulunan bireylerde Düşük Dansiteli lipoprotein (LDL) ve Trigliserit (TG) değişiklikleri sorun yaratabilirken; HDL düşüklüğü diğerlerinden bağımsız bir kardiyak risk faktörüdür. Bu nedenle çoğunlukla göz ardı edilen HDL düşüklüğünün, TSH ve VKİ ile ilişkisinin irdelenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada TSH düzeyi yüksek veya düşük bireylerde VKİ'lerine göre HDL düzeylerinde bir fark olup olmadığına bakmak ve TSH düzeyinin HDL düzeyine etkisi olup olmadığını görmek amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma retrospektif olarak dizayn edilmiştir. Aralık 2016- Eylül 2020 tarihleri arasında İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi LİV Hastanesi Checkup polikliniğine başvurmuş; Herhangi bir tiroid ilacı kullanmayan, TSH, VKİ, HDL değerleri bakılmış, 18 yaş üstü bireylerin verileri toplanmıştır. Toplam 1621 hastanın verileri kaydedilmiştir. Sosyo-demografik veri olarak ayrıca her hasta için yaş ve cinsiyet verileri de kaydedilmiş ve istatistiksel analizlerde kullanılmıştır.

Hastanemizde TSH değerine sabah 8 saat açlık sonrası Roche Elecsys Modular Analytics E170 Immunoassay metoduyla bakılmaktadır.

- TSH 0.5-4.0 mIU/mL: Normal Aralık
- TSH>4.0 mIU/mL: TSH Yüksekliği
- TSH<0.5 mIU/mL: TSH Düşüklüğü

VKİ vücut ağırlığının, "kilogram" cinsinden değerinin, boyun "metre cinsinden" değerinin "karesine" bölünmesiyle elde edilmiştir. VKİ için uluslararası referans aralıkları olan;

- ≥ 30 = Obez,
- < 30 altı: Normal kabul edilmiştir.

HDL Kolesterol için referans aralıkları;

- ≥ 40 : Normal,
- < 40 : Düşük olarak alınmıştır.

18-45: Genç Erişkin, 46-65: Orta Yaş, 66 ve üstü: Yaşlı Hastalar olarak gruplanmıştır.

İstatistiksel Analizler:

Veriler SPSS 25.0 (IBM SPSS Statistics 25 software (Armonk, NY: IBM Corp.) paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve ortanca (en küçük-en büyük değerler), kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ve histogramlar ile incelenmiştir. Bağımsız grup incelemelerinde; Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Varyans Analizi (post hoc: Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi) kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıkların incelenmesinde ise Ki kare testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Tablo 1

		Frequency	Percent (%)
Cinsiyet	Kadın	742	45,2
	Erkek	900	54,8
TSH	0,5 altı	47	2,9
	0,5 ve 4 arası	1450	88,8
	4 ve üzeri	135	8,3
VKİ	30 altı (normal kilolu)	1128	68,7
	30 ve üzeri (obez)	514	31,3
HDL	<40: Düşük	476	29,0
	≥ 40 : Normal	1165	71,0
Yaş	18-45: Genç Erişkin	785	47,8
	46-65: Orta Yaş	690	42,0
	66 ve üstü: Yaşlı	167	10,2

Çalışmaya dahil edilen kişilerin 742'si (%45,2) kadındır. Ayrıca TSH değeri 4 ve üzerinde olan 135 kişi (%8,3) bulunurken, 0,5 altında TSH değerine sahip 47 kişi (%2,9) bulunmaktadır. Çalışmaya alınan kişilerin ortalama TSH değerleri $2,18 \pm 2,08$ 'dir. VKİ değerleri 30 ve üzerinde olan 514 kişi (%31,3) bulunmaktadır ve çalışmaya alınan kişilerin VKİ ortalaması $28,17 \pm 5,12$ 'dir. HDL değeri 40 altında olan 476 kişi (%29) mevcuttur ve çalışmaya alınan kişilerin ortalama HDL değerleri $48,46 \pm 14,23$ ' dir. Ayrıca çalışmaya alınan kişilerin yaş ortalaması $47,82 \pm 12,9$ 'dir. Bu kişilerin 785'i (%47,8) 18 - 45 yaş arası kişilerden, 690'ı (%42) 46-65 yaş arası kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 2

	n	mean \pm s.d.	Med (min-max)
Yaş	1642	$47,82 \pm 12,91$	46 (18-88)
Boy	1642	$1,68 \pm 0,1$	1,68 (1,32-1,93)
Kilo	1642	$79,77 \pm 16,09$	79,8 (40-166)
VKİ	1642	$28,17 \pm 5,12$	27,76 (16,07-53,59)
HDL	1641	$48,46 \pm 14,23$	46 (2-127)
TSH	1632	$2,18 \pm 2,08$	1,75 (0,01-47)

Tablo 3

VKİ	HDL2		Yaş			Total	p
			18-45: Genç Erişkin	46-65: Orta Yaş	66 ve üstü: Yaşlı		
30 altı (normal kilolu)	HDL2	<40: Düşük	140 (%22,29)	106 (%25,3)	30 (%7,04)	276 (%24,47)	0.013* (cs=8.68)
		≥ 40 : Normal	488 (%77,71)	313 (%74,7)	51 (%62,96)	852 (%75,53)	
		Total	628 (%100)	419 (%100)	81 (%100)	1128 (%100)	
30 ve üzeri (obez)	HDL2	<40: Düşük	80 (%51,28)	94 (%34,69)	26 (%30,23)	200 (%38,99)	0.001* (cs=14.792)
		≥ 40 : Normal	76 (%48,72)	177 (%65,31)	60 (%69,77)	313 (%61,01)	
		Total	156 (%100)	271 (%100)	86 (%100)	513 (%100)	
Total	HDL2	<40: Düşük	220 (%28,06)	200 (%28,99)	56 (%3,53)	476 (%29,01)	0.368 (cs=2.002)
		≥ 40 : Normal	564 (%71,94)	490 (%71,01)	111 (%66,47)	1165 (%70,99)	
		Total	784 (%100)	690 (%100)	167 (%100)	1641 (%100)	

* $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı farklılık; cs:Chi Square test

Normal kilolu kişilerin yaşlarına göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin düşük HDL değerlerine sahip olma durumları %37,04 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %25,3 ve genç erişkin olan kişilerde ise %22,29'dur.

Obez kişilerin yaşlarına göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin düşük HDL değerlerine sahip olma durumları %30,23 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %34,69 ve genç erişkin olan kişilerde ise %51,28'dir.

Vücut kütle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerin yaşlarına göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin düşük HDL değerlerine sahip olma durumları %33,53 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %28,99 ve genç erişkin olan kişilerde ise %28,06'dır.

Tablo 4

VKİ			Cinsiyet		Total	p
			Kadın	Erkek		
30 altı (normal kilolu)	HDL	<40: Düşük	40 (%7,86)	236 (%38,13)	276 (%24,47)	0.0001* (cs=138.459)
		≥ 40: Normal	469 (%92,14)	383 (%61,87)	852 (%75,53)	
		Total	509 (%100)	619 (%100)	1128 (%100)	
30 ve üzeri (obez)	HDL2	<40: Düşük	50 (%21,55)	150 (%53,38)	200 (%38,99)	0.0001* (cs=54.123)
		≥ 40: Normal	182 (%78,45)	131 (%46,62)	313 (%61,01)	
		Total	232 (%100)	281 (%100)	513 (%100)	
Total	HDL2	<40: Düşük	90 (%12,15)	386 (%42,89)	476 (%29,01)	0.0001* (cs=186.523)
		≥ 40: Normal	651 (%87,85)	514 (%57,11)	1165 (%70,99)	
		Total	741 (%100)	900 (%100)	1641 (%100)	

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; cs:Chi Squate test

Normal kilolu kişilerin cinsiyetlerine göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kadınlarda düşük HDL görülme durumu %7,86 iken erkeklerde bu oran %38,13'tür.

Obez kişilerin cinsiyetlerine göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kadınlarda düşük HDL görülme durumu %21,55 iken erkeklerde bu oran %53,38'dir.

Vücut kütle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerin cinsiyetlerine göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kadınlarda düşük HDL görülme durumu %12,15 iken erkeklerde bu oran %42,89'dur.

Tablo 5

VKİ			Yaş			Total	p
			18-45: Genç Erişkin	46-65: Orta Yaş	66 ve üstü: Yaşlı		
30 altı (normal kilolu)	TSH2	0,5 altı	10 (%1,59)	19 (%4,59)	3 (%3,75)	32 (%2,85)	0.002* (cs=17.064)
		0,5 ve 4 arası	585 (%93,3)	360 (%86,96)	67 (%83,75)	1012 (%90,28)	
		4 ve üzeri	32 (%5,1)	35 (%8,45)	10 (%12,5)	77 (%6,87)	
		Total	627 (%100)	414 (%100)	80 (%100)	1121 (%100)	
30 ve üzeri (obez)	TSH2	0,5 altı	4 (%2,58)	9 (%3,32)	2 (%2,35)	15 (%2,94)	0.663 (cs=2.396)
		0,5 ve 4 arası	137 (%88,39)	231 (%85,24)	70 (%82,35)	438 (%85,71)	
		4 ve üzeri	14 (%9,03)	31 (%11,44)	13 (%15,29)	58 (%11,35)	
		Total	155 (%100)	271 (%100)	85 (%100)	511 (%100)	
Total	TSH2	0,5 altı	14 (%1,79)	28 (%4,09)	5 (%3,03)	47 (%2,88)	0.0001* (cs=21.791)
		0,5 ve 4 arası	722 (%92,33)	591 (%86,28)	137 (%83,03)	1450 (%88,85)	
		4 ve üzeri	46 (%5,88)	66 (%9,64)	23 (%3,94)	135 (%8,27)	
		Total	782 (%100)	685 (%100)	165 (%100)	1632 (%100)	

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; cs:Chi Squate test

Normal kilolu kişilerin yaşlarına göre TSH durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %12,5 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %8,45 ve genç erişkin olan kişilerde ise %5,1'dir. Ayrıca; Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,75 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %4,59 ve genç erişkin olan kişilerde ise %1,59'dur.

Obez kişilerin yaşlarına göre TSH durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %15,29 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %11,44 ve genç erişkin olan kişilerde ise %9,03'dür. Ayrıca; Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %2,35 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %3,32 ve genç erişkin olan kişilerde ise %2,58'dir.

Vücut kütle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerin yaşlarına göre TSH durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %13,94 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %9,64 ve genç erişkin olan kişilerde ise %5,88'dir. Ayrıca; Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,03 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %4,09 ve genç erişkin olan kişilerde ise %1,79'dur.

Tablo 6

VKI			Cinsiyet		Total	p
			Kadın	Erkek		
30 altı (normal kilolu)	TSH2	0,5 altı	16 (%3,16)	16 (%2,6)	32 (%2,85)	0.001* (cs=13.618)
		0,5 ve 4 arası	440 (%86,96)	572 (%93,01)	1012 (%90,28)	
		4 ve üzeri	50 (%9,88)	27 (%4,39)	77 (%6,87)	
	Total	506 (%100)	615 (%100)	1121 (%100)		
30 ve üzeri (obez)	TSH2	0,5 altı	9 (%3,9)	6 (%2,14)	15 (%2,94)	0.12 (cs=4.241)
		0,5 ve 4 arası	190 (%82,25)	248 (%88,57)	438 (%85,71)	
		4 ve üzeri	32 (%13,85)	26 (%9,29)	58 (%11,35)	
	Total	231 (%100)	280 (%100)	511 (%100)		
Total	TSH2	0,5 altı	25 (%3,39)	22 (%2,46)	47 (%2,88)	0.0001* (cs=16.173)
		0,5 ve 4 arası	630 (%85,48)	820 (%91,62)	1450 (%88,85)	
		4 ve üzeri	82 (%11,13)	53 (%5,92)	135 (%8,27)	
	Total	737 (%100)	895 (%100)	1632 (%100)		

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; cs:Chi Squate test

Normal kilolu kişilerin cinsiyetlerine göre TSH durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kadınların TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %9,88 iken erkeklerde bu oran %4,39'dur. Ayrıca; Kadınların TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,16 iken erkeklerde bu oran %2,6'dır.

Obes kişilerin cinsiyetlerine göre TSH durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Kadınların TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %13,85 iken erkeklerde bu oran %9,29'dur. Ayrıca; Kadınların TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,9 iken erkeklerde bu oran %2,14'tür.

Vücut kütle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerin cinsiyetlerine göre TSH durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Kadınların TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %11,13 iken erkeklerde bu oran %5,92'dir. Ayrıca; Kadınların TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,39 iken erkeklerde bu oran %2,46'dır.

TSH incelemeleri:

Tablo 7

VKI2	HDL Sınıfları	mean ± s.d.	Med (min-max)	p
30 altı (normal kilolu)	<40: Düşük	1,99 ± 1,81	1,63 (0,01-18,87)	0.086 (z=-1.716)
	≥ 40: Normal	2,13 ± 2,22	1,72 (0,01-47)	
30 ve üzeri (obez)	<40: Düşük	2,42 ± 2,2	1,99 (0,01-22,4)	0.992 (z=-0.010)
	≥ 40: Normal	2,34 ± 1,79	1,93 (0,08-16,97)	

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; z:Mann Whitney U

test; s.d: Standard Deviation; Med:Median

Çalışmaya alınan kişilerin TSH değerleri incelendiğinde;

Hem normal kilolu olan kişilerde hem de obez kişilerde HDL sınıflarına göre TSH değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmediği saptanmıştır.

HDL incelemeleri:

Tablo 8

	TSH Sınıfları	mean ± s.d.	Med (min-max)	p
30 altı (normal kilolu)	0,5 altı (1)	49,87 ± 11,3	50,6 (26 -73)	0.005* (kw=10.487)
	0,5 ve 4 arası (2)	49,75 ± 14,18	47,45 (-116)	
	4 ve üzeri (3)	55,14 ± 16,27	55 (21- 111)	
30 ve üzeri (obez)	0,5 altı (1)	45,49 ± 12,19	46,6 (27,6-62,5)	0.909 (kw=0.191)
	0,5 ve 4 arası (2)	44,93 ± 13,5	43 (18-127)	
	4 ve üzeri (3)	43,84 ± 12,88	43,5 (18-84)	

*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; kw: Kruskal Wallis Varyans Analizi; s.d: Standard Deviation; Med:Median

Çalışmaya alınan kişilerin HDL değerleri incelendiğinde;

Normal kilolu olan kişilerde TSH sınıflarına göre HDL değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. TSH değeri 0.5 ve 4 arasında olan kişilerin HDL değerleri TSH değeri 4 ve üzerinde olan kişilere göre anlamlı şekilde düşüktür. Obes kişilerin HDL değerleri ise TSH sınıflarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

TARTIŞMA:

Obesite ve lipid metabolizması arasındaki ilişki çok iyi bilinmemektedir. Birçok çalışma göstermiştir ki erken yaşlarda başlayan obezite ile yetişkinlikteki yüksek Total Kolesterol (TK), TG, LDL ve düşük HDL arasında ilişki vardır (5, 6).

Normal kilolu kişilerin yaşlarına göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin düşük HDL değerlerine sahip olma durumları %37,04 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %25,3 ve genç erişkin olan kişilerde ise %22,29'dur. Ayrıca obez kişilerin yaşlarına göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin düşük HDL değerlerine sahip olma durumları %30,23 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %34,69 ve genç erişkin olan kişilerde ise %51,28'dir. İkinci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; normal kilolu gruba göre fazla kilolu ve obez gruplarda aterosklerik lipid düzeyleri (TK, LDL ve TG) ve kan şekeri daha yüksek; HDL düzeyleri daha düşük bulunmuştur. VKI ile aterosklerik lipid düzeyleri ve kan şekeri düzeyleri arasında pozitif, VKI ile HDL düzeyleri arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir (7).

Normal kilolu, obez veya vücut kitle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerin cinsiyetlerine göre HDL durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Normal kilolularda; Kadınlarda düşük HDL görülme durumu %7,86 iken erkeklerde bu oran %38,13'tür.

Obez kişilerde; Kadınlarda düşük HDL görülme durumu %21,55 iken erkeklerde bu oran %53,38'dir. Vücut kütle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerde; Kadınlarda düşük HDL görülme durumu %12,15 iken erkeklerde bu oran %42,89'dur.

Normal kilolu, obez ve vücut kütle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerin yaşlarına göre TSH durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Normal kilolularda; Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %12,5 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %8,45 ve genç erişkin olan kişilerde ise %5,1'dir. Ayrıca; Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,75 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %4,59 ve genç erişkin olan kişilerde ise %1,59'dur.

Obez kişilerde; Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %15,29 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %11,44 ve genç erişkin olan kişilerde ise %9,03'dür. Ayrıca; Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %2,35 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %3,32 ve genç erişkin olan kişilerde ise %2,58'dir. Vücut kütle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerde; Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %13,94 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %9,64 ve genç erişkin olan kişilerde ise %5,88'dir. Ayrıca; Yaşı 66 ve üstü olan kişilerin TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,03 iken orta yaş olan kişilerde bu oran %4,09 ve genç erişkin olan kişilerde ise %1,79'dur. İkinci ve arkadaşlarının yaptığı çalışma; obezite ve tiroid fonksiyonu arasında ilişki olmadığını gösteren literatürdeki çalışmalardan biridir (7).

Bu sonuç başka bazı çalışmalarla da desteklenmiştir. Buscemi ve arkadaşları vücut ağırlığının tiroid hormon hemostazı üzerinde herhangi bir bağımsız etkisinin olmadığını, bunun yerine beslenme faktörlerinden etkilendiğini öne sürmüşlerdir (8). Manji ve arkadaşları tiroid denekler arasında TSH veya fT4 ve VKİ arasında bir ilişki bulmamıştır (9). Altunoğlu ve arkadaşları, obez hastalarda tiroid fonksiyonunun normal olduğunu bulmuşlardır (10). Shinkov ve arkadaşları çalışmalarında TSH ve VKİ arasında herhangi bir korelasyon bulamamıştır (11).

Normal kilolu, obez ve vücut kütle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerin cinsiyetlerine göre TSH durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Normal kilolularda; Kadınların TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %9,88 iken erkeklerde bu oran %4,39'dur. Ayrıca; Kadınların TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,16 iken erkeklerde bu oran %2,6'dır. Obez kişilerde; Kadınların TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %13,85 iken erkeklerde bu oran %9,29'dur. Ayrıca; Kadınların TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,9 iken erkeklerde bu oran %2,14'tür. Vücut kütle indeksine bakılmadan çalışmaya alınan tüm kişilerde; Kadınların TSH değerlerinin 4 ve üzerinde olması durumu %11,13 iken erkeklerde bu oran %5,92'dir. Ayrıca; Kadınların TSH değerlerinin 0,5 altında olması durumu %3,39 iken erkeklerde bu oran %2,46'dır.

Normal kilolu olan kişilerde TSH sınıflarına göre HDL değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir. TSH değeri 0.5 ve 4 mIU/mL arasında olan kişilerin HDL değerleri TSH değeri 4 mIU/mL ve üzerinde olan kişilere göre anlamlı şekilde düşüktür. Obez kişilerde ise TSH durumlarına göre HDL durumlarına

bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Tiroid hormonları, kolesterol esterleri HDL2'den çok düşük yoğunluklu lipoproteinlere (VLDL) ve TG'leri ters yönde değiştiren kolesterol ester transfer proteini (CETP) aktivitesini artırarak HDL metabolizmasını etkileyebilir (12).

Hipotiroidi hastaları temel olarak artan HDL2 partikül konsantrasyonuna bağlı olarak yüksek HDL seviyeleri sergileyebilirler (13). Aslında Hepatik Lipaz (HL) aktivitesinde azalmaya bağlı olarak, HDL2 katabolizmasında bir azalma gözlenir (14). Ayrıca, CETP'nin azalmış aktivitesi, kolesterol esterlerinin HDL'den VLDL'ye transferinin azalmasına ve dolayısıyla HDL seviyelerinin artmasına neden olur (15). Duntas'ın çalışmasında da çalışmamıza benzer bulgulardan bahsedilmiştir. HDL seviyeleri tiroid hormonları ile regüle edilen CETP ve HL aktivitesinin azalmasından dolayı hipotiroidizmde normal veya yükselmiştir. CETP ve HL aktivitesinin azalması; kolesterol esterlerinin HDL2'den VLDL'ye ve HDL2'den HDL3'e transportunun azalması ile sonuçlanmıştır. (16).

Bir başka çalışmada; TSH değerlerinin normal aralığında bile, seviyeleri artan TSH ile TC, LDL ve TG'de doğrusal bir artış ve HDL kolesterolünde doğrusal bir azalma gözlenmiştir (17). Kolesterol esterlerinin HDL'den VLDL'ye artmış CETP aracılı transferine ve HDL2'nin HL aracılı katabolizmasına bağlı olarak hipertroidizmde de HDL seviyelerinde bir düşüş gözlenmiştir (18, 19).

SONUÇ:

Sonuç olarak; Çalışmamızda normal kilolu olan kişiler arasında TSH değeri normal olanların HDL değerleri, TSH değeri yüksek olanlara göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Obez kişilerin HDL değerleri ise TSH sınıflarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Çalışmamızın checkup polikliniğinde sağlıklı hastalar ile yapılması nedeniyle çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu ötroid bireylerdir ve TSH'yi normal aralıklarda olmayan hasta sayımız diğer gruba göre düşüktür. Bu çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

Bu konuda hem erişkin hem çocuklarda yapılan bazı çalışmalar olsa da hala araştırmaya açık bir konudur. Bu alanda yapılacak yeni çalışmalar ile konu hakkında daha net bilgilere ulaşabileceğimiz aşikardır.

KAYNAKLAR:

1. World Health Organization. Obesity and overweight. WHO Fact Sheet No. 311. Geneva: WHO; 2015. (<http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/obesity/en/> Access date:05/01/18)
2. OECD (2014). OECD Health statistics 2014, forthcoming. (<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-healthstatistics-2014-frequently-requested-data.htm> Access date: 07/01/18)
3. İslamoğlu Y. ve ark; Obezite ve Metabolik Sendrom; Tıp Araştırmaları Dergisi, 2008; 6: 3
4. Carantoni M., et al.; Low Levels of HDL Cholesterol in Hypothyroid Patients With Cardiovascular Diseases *Minerva Endocrinol*; 1997 Dec;22(4): 91-7.
5. Reinehr T., et al.; Cardiovascular Risk Factors in Overweight German Children And Adolescents: Relation to Gender, Age and Degree of Overweight; *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 2005. 15(3): p. 181-187.
6. Burke V., et al.; Predictors of Body Mass Index And Associations With Cardiovascular Risk Factors in Australian Children: A Prospective Cohort Study; *International Journal of Obesity*, 2005. 29(1): p. 15-23.
7. İkinci F ve ark; Relationship Between Obesity and Thyroid Function in Adults; *Marmara Medical Journal*, 2018; 31: 76-80
8. Buscemi S., et al.; Influences of Obesity and Weight Loss on Thyroid Hormones. A 3-3.5-Year Follow-Up Study on Obese Subjects With Surgical Bilio-Pancreatic Bypass; *J Endocrinol Invest*, 1997; 20: 276-81.

9. Manji N., et al.; Lack Of Association Between Serum TSH or Free T4 and Body Mass Index in Euthyroid Subjects; Clin Endocrinol, 2006;64: 125-8.
doi:10.1111/j.1365-2265.2006.02433.x
10. Altunoğlu E ve ark.; Obezite ve Tiroid Fonksiyonları; Istanbul Tıp Dergisi 2009;1: 24-5.
11. Shinkov A., et al.; The Prevalence of The Metabolic Syndrome Increases Through The Quartiles of Thyroid Stimulating Hormone in A Population-Based Sample of Euthyroid Subjects; Arq Bras Endocrinol Metabol, 2014;58: 926-32.
12. Lagrost L.; Regulation of Cholesteryl Ester Transfer Protein (CETP) Activity: Review of *invitro* and *invivo* Studies; Biochim Biophys Acta. 1994; 1215:209-36.
13. Pearce EN., et al.; Thyroid Function and Lipid Subparticle Sizes in Patients With Short-Term Hypothyroidism and a Population-Based Cohort; J Clin Endocrinol Metab, 2008;93:888-94.
14. Lam KS., et al.; High-Density Lipoprotein Cholesterol, Hepatic Lipase and Lipoprotein Lipase Activities in Thyroid Dysfunction--Effects of Treatment; QJ Med, 1986;59:513-21.
15. Dullaart RP., et al.; The Activity of Cholesteryl Ester Transfer Protein is Decreased in Hypothyroidism: A Possible Contribution to Alterations in High-Density Lipoproteins; Eur J Clin Invest, 1990;20:581-7.
16. Duntas LH.; Thyroid Disease and Lipids; Thyroid Journal, 2002; 12(4): 287-93.
17. Asvold BO., et al; The Association Between TSH Within The Reference Range and Serum Lipid Concentrations in A Population-Based Study; The HUNT Study. Eur J Endocrinol, 2007;156:181-6.
18. Kung AW., et al.; Changes in Serum Lipoprotein(A) and Lipids During Treatment of Hyperthyroidism; Clin Chem. 1995; 41:226-31.
19. Aviram M., et al.; Lipid and Lipoprotein Pattern in Thyroid Dysfunction and The Effect of Therapy; Clin Biochem. 1982; 15:62-6.

Oral Presentation / Research**Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma**Tuba Kayır¹, Coşkun Öztekin²

1. Çorum Mimar Sinan Aile Sağlığı Merkezi, 19100 Çorum, Turkey E-mail: tuba01043@hotmail.com
2. Hitit Üniversitesi Aile Hekimliği ABD

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 16" by Tuba Kayır

Keywords / Anahtar Kelimeler: Diabetes Mellitus; Hipertansiyon; Depresyon; Aile Hekimliği

Aim:

Diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıklar zaman içinde çeşitli organ fonksiyonlarında bozulmaya neden olur. Bu durum psikiyatrik hastalıkları beraberinde getirir. Bu çalışmada amacımız; bir aile sağlığı merkezine başvuran diyabet ve/veya hipertansiyon hastalarının depresyon ve anksiyete riskini ve düzeyini belirleyerek, bazı bağımsız değişkenlerle olan ilişkisini araştırmaktır.

Method:

Bu çalışma 01 Ekim 2018 - 01 Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çorum Merkez Hasanpaşa Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran toplam 330 diabetes mellitus ve/veya hipertansiyon hastasına sosyodemografik veri anketi ile birlikte Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Envanteri yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulandı. Hastalar sadece hipertansiyonu olanlar, sadece diyabeti olanlar ve hem hipertansiyon hem de diyabeti birlikte bulunanlar olarak üç gruba ayrıldı.

Results:

Çalışmaya alınan hastaların 226'sının kadın, 104'ün erkek olduğu saptandı. Yaş ortalaması 53,69±7,24 yıl olarak tespit edildi. Hastaların 66'sı diyabet, 181'i hipertansiyon ve 83'ü diyabet+hipertansiyon hastası olduğu görüldü. Diyabet grubunda %42,4, hipertansiyon grubunda %32,5, hem diyabet hem de hipertansiyon grubunda ise %40,9 oranında anksiyete bozukluğu saptanırken, depresyon oranlarına bakıldığında diyabet grubunda %31,8, hipertansiyon grubunda %28,7, hem diyabet hem de hipertansiyon grubunda ise %32,5 oranında gözlemlendi. Grupların yaş dağılımında, eğitim düzeylerinde, egzersiz sıklığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Diyabet hastalarında, hipertansiyon hastalarına oranla anksiyete bozukluğu daha fazla gözlemlendi. Her üç grupta da kadın cinsiyette anksiyete oranları erkeklere göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Tüm gruplarda hastalık yılı açısından yapılan incelemede HT tanısı alınan ilk yıl ve on yıldan sonra depresyon skorlarının artmış olduğu gözlemlendi ($p<0.05$).

Conclusions:

Diyabet ve/veya hipertansiyon hastalarına, hasta merkezli klinik yöntemle yaklaşılmalı, hasta bütüncül olarak ele alınmalı, yalnızca fiziksel rahatsızlık ve komplikasyonları ile değil, psikolojik ve sosyal açıdan da değerlendirilmelidir.

Oral Presentation / Research

Comparison of Intrarectal Lidocaine Gel, Intrarectal Ultrasonic Gel and Periprostatic Nerve Blockage in Terms of Patient Pain Tolerance in Prostate Biopsy With Transrectal Ultrasound

Gökhan Çevik¹, Mustafa Ozan Ataçer²

1. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, 22030 Edirne, Turkey E-mail: gokhancevik59@hotmail.com
2. Trakya

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 16" by Gökhan Çevik

Keywords / Anahtar Kelimeler: Intrarectal local anesthesia; periprostatic nerve block; prostate biopsy.

Aim:

Prostate biopsy is the gold standard method used in the diagnosis of prostate cancer. While periprostatic injection of local anesthetic agents during this procedure is the most effective method for reducing pain during the prostate biopsy, there are studies indicating that application of a local anesthetic agent to the rectum is also an effective method. In this study, we compared the effectiveness of intrarectal lidocaine gel, intrarectal ultrasonic gel and lidocaine administered to the periprostatic region in pain reduction before taking prostate biopsy in our patients with prostate biopsy indication.

Method:

In our study, 100 volunteer patients with prostate biopsy indication were included with TUTF-BAEK2019/203 approval number of Trakya University Faculty of Medicine Ethics Committee. These patients were randomly divided into four groups of 25. Groups were named A, B, C and D. A standard 12-piece prostate biopsy was performed with a tru-cut biopsy needle from all patients. After the procedure, the patient's pain tolerance was evaluated by a different individual. The VAS scale was used to assess pain tolerance.

Results:

A statistically significant difference was also found between the groups regarding the visual pain scores in all three stages. When STAI-I of the patients participating in this study was compared, there was no significant difference among the four groups. In our study, no significant relationship was found between pre-procedure anxiety and pain during and after the procedure.

Conclusions:

During prostate biopsies, only periprostatic blockade with lidocaine was not sufficient at the time of introduction of the probe, causing patients to feel pain, therefore, combined with periprostatic blockage with intrarectal lidocaine gel, it has been shown that it increases patient comfort and has the lowest VAS scores in all three stages of biopsy.

Full Text

INTRODUCTION Related to rising advances in its diagnosis and treatment, prostate cancer, one of the most common malignancies in men, has received significant attention in recent years. In men, prostate cancer is ranked second in frequency.

(1)According to previous studies, prostate cancer is the most common urological cancer in our country. (2) The first prostate biopsy using Transrectal ultrasonography (TRUS) was applied in 1989 and prostate biopsy with transrectal ultrasonography (TRUS) is the gold standard method used in the diagnosis of prostate cancer for modern day. (3)The studies that are conducted to lessen the pain of the patient during the procedure and to make the process more comfortable shown that most effective method is periprostatic injection of local anesthetic substances. (4,5) In addition to this information, there are other studies indicating that the application of local anesthetic to the rectum is also an effective method. (6)

The prostate is innervated by the branches of the pelvic ganglion which is consisting of the pelvic (parasympathetic) and hypogastric (sympathetic) nerves. The pelvic plexus innervates the prostate and forms the cavernosal nerves. This plexus runs along the posterolateral border of the prostate, anterior to the rectum, and lateral to the prostatic capsular vessels. This layout is referred to as the neurovascular bundle. Performing the periprostatic nerve block around the neurovascular bundle, rather than the seminal vesicle and prostate junction, helps the patient experience less discomfort during the operation. (7,8) During prostate biopsy the biopsy needle does not cause pain in the area above the dentate line where the nerve conduction is, while going through the rectal wall; Therefore, most of the discomfort associated with prostate biopsy is related to the stimulation of periprostatic nerves localized within the capsule as a result of penetration of the prostatic capsule by the needle.

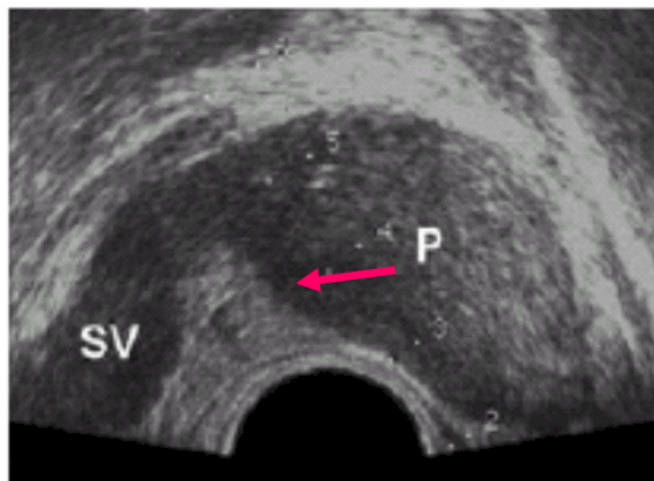


Figure 1: The opening between the vesicle and the prostate.

Periprostatic Blockage Area Number of factors can cause discomfort in the prostate biopsy process. For instance the entry of the TRUS probe into the rectum and its internal motions, the size and form of the USG probe, the penetration of the Trucut needle into the rectal wall and the prostate capsule, and the pain endured during the core biopsies. (9) In addition to these factors various studies have shown that pre-biopsy anxiety increases pain being felt both during and after the procedure. (10) Patients are more likely to tighten the anal sphincters during biopsy due to anxiety, and this state makes it more difficult for probe to enter and move in the rectum. Moreover, due to anxiety the contraction of the anal sphincter may cause the probe tip to go under the linea dentate, thus the pain felt by the patient during the procedure increases. In the light of this information, we compared the effectiveness of intrarectal lidocaine gel, intrarectal ultrasonic gel and lidocaine given to the periprostatic area during TRUS guided procedure in reducing pain in patients with prostate biopsy indication. Unlike similar

studies, we investigated the effect of anxiety on pre-biopsy pain during and after the procedure. **METHOD** 100 volunteer patients with prostate biopsy indication were included in our study with TUTF_BAEK2019 / 203 approval number of Trakya University Faculty of Medicine Ethics Committee. These patients were randomly divided into four groups of 25. Groups were named A,B,C,D. Patients with active anal and rectal disease, history of using analgesic and narcotic drugs, and patients with previous TRUS or prostate biopsy were excluded from the study. Patients had B.T. Enema the night before the operation. To minimize the effect of anxiety caused by waiting until the biopsy patients were called at 11:00 a.m. and taken to the surgical room at 12:00 p.m. Patients were informed about anxiety prior to the surgery and the STAI-I questionnaire was performed to assess patients' pre-biopsy anxiety. • Patients in group A were placed in the optimal position (lateral decubitus) 15 minutes before the procedure, and 12 ml lidocaine gel (Konix Catheter Gel®) was applied to the intrarectal area.

• Patients in group B were given 10 ml of lidocaine containing 2 ampoules of JETMONAL 2% / 5 ml to the periprostatic area 5 minutes before the procedure. During the procedure, gel was applied on the probe to allow the probe to enter the rectal area • The patients in group C were positioned 15 minutes before the procedure, and intrarectal ultrasonic gel (Konix Ultrasonic Gel®) was used. In addition, 10 ml of lidocaine containing 2 ampoules of JETMONAL 2% / 5 ml was applied to the periprostatic area 5 minutes before biopsy. • Patients in group D were placed in the optimal position 15 minutes before the procedure, and 12 ml lidocaine gel (Konix Catheter Gel®) was applied to the intrarectal area. 5 minutes before the procedure, 10 ml of lidocaine containing 2 ampoules of JETMONAL 2% / 5 ml was applied to the periprostatic area.

Table 1: Patient Groups and Applied Anesthesia Methods

Patient Group	Periprostatic Blockage	Intrarectal Lidocaine Gel	Intrarectal Ultrasonic Gel
A	-	+	-
B	+	-	-
C	+	-	+
D	+	+	-

A standard 12-piece prostate biopsy was performed with a trucut biopsy needle from all patients. All biopsies were performed by the same urologist using the same ultrasound device (Esaote MyLab 40). After the procedure, the patient's pain tolerance was evaluated by a different person. The VAS scale was used to assess pain tolerance.

The patients' VAS scores at the time of insertion of the ultrasound probe (VAS1), during the procedure (VAS2) and 1 hour after the procedure (VAS3) were recorded.

RESULTS

The mean age for all patients involved in the study was 57.4 years, the mean PSA value was 7.22 ng/ml and the mean of the prostate volume was 48.2 ml.

Differences between prostate volume which is not normal distributed between groups, total PSA and VAS1, VAS2, VAS3 values were investigated by Kruskal Wallis test. In order to find the groups that made a significant difference between the groups, the post-hoc Tamhane test was conducted.

A statistically significant difference was found between the

VAS1, VAS2 and VAS3 probe scores of the patients involved in the analysis, and it was noted that the type of analgesic used during the biopsy affected the patients' comfort and biopsy tolerance during the operation. (p<0,001,p<0,001,p<0,001)(Table2).

Table 2. Comparison of visual pain scores by groups

	Group A	Group B	Group C	Group D	x ²	p
VAS 1	5,96 ± 1,10	7,08 ± 19,0	5,76 ± 1,30	4,12 ± 4,12	27,574	<0,001
VAS 2	6,16 ± 1,55	4,60 ± 2555	3,84 ± 1,40	2,64 ± 2,64	35,841	<0,001
VAS 3	3,12 ± 1,30	2,32 ± 1,03	1,64 ± 1,15	0,72 ± 1,02	25,333	<0,001

In the post-hoc test performed to investigate the group that made the difference in the visual pain scores (VAS1) of the compared patient groups during probe insertion, it was determined that group D had a statistically significant and lower VAS score than all of the other groups. (p<0,001,p<0,001,p<0,001). While gel was used on the probe, it was found that group B,without intrarectal gel, had a statistically significant and higher VAS1 score than other groups. (p=0,005, p=0,002, p=0,001). There was no statistically significant difference between VAS1 scores of groups A and C.

It was observed that during probe placement, the patients who were using only intrarectal lidocaine gel and the patients who underwent periprostatic blockage with lidocaine and intrarectal usg gel, experienced pain on a similar degree. (Table 3)

Table 3. Post-hoc test comparison of visual pain scores during probe insertion

	Group A	Group B	Group C	Group D
Group A	-			
Group B	0,005	-		
Group C	0,993	0,002	-	
Group D	<0,001	<0,001	<0,001	-

In the post-hoc test performed to investigate the group that made the difference in the visual pain scores of the compared patient groups during the biopsy procedure, it was found that group D had a statistically significant and lower VAS2 score than all groups. (p<0,001, p<0,001, p=0,031). It was observed that there was a statistically significant and higher VAS2 score in group A, the group without periprostatic blockage, than in other groups. (p=0,001, p<0,001, p<0,001) There was no statistically significant difference between the VAS2 scores of the B and C groups. (Table 4)

Table 4. Post-hoc test comparison of visual pain scores during probe insertion

	Group A	Group B	Group C	Group D
Group A	-			
Group B	0,001	-		
Group C	<0,001	0,228	-	
Group D	<0,001	<0,001	0,031	-

It was determined that group D had a statistically significant and lower VAS3 score than all groups in the post-hoc test conducted to examine the group that made a difference in the visual pain scores of the comparable patient groups one hour after the biopsy. (p<0,001 , p<0,001,p=0,026). It was determined that group A had a statistically significant and higher VAS3 score. (p = 0.001.) There was no statistically significant difference

between the VAS3 scores of the B and C groups. (Table 5)

Table 5. Post-hoc test comparison of visual pain scores during probe insertion

	Group A	Group B	Group C	Group D
Group A	-			
Group B	0,114	-		
Group C	0,001	0,180	-	
Group D	<0,001	<0,001	0,026	-

No significant difference between the four groups was observed when analyzing the STAI-1 of the patients included in the sample. No significant relationship was found in our study between the patients' anxiety before the procedure and the pain that is experienced before and after the procedure. (Table 6)

Table 6. Comparison of STAI-1 scores by groups

	Group A	Group B	Group C	Group D	χ^2	p
STAI-1	40,16 ± 2,88	40,00 ± 3,24	39,84 ± 2,39	40,60 ± 3,57	-1,672	0,614

DISCUSSION

The gold standard method for the diagnosis of prostate cancer today remains the prostate biopsy taken under TRUS. Reducing the pain that patients experience during biopsy provides convenience to the physician during the operation and improves the compliance of the patient during biopsy and when re-biopsy is necessary.

There was no significant relationship between the degree of pain felt before and during the biopsy of patients with elevated anxiety prior to the biopsy procedure (p:0,614). While Saraçoğlu's research showed that patients with high pre-biopsy anxiety encountered more pain throughout the operation, the anesthesia method used during the procedure could be effective in getting this result. (10) The fact that the pain felt as the probe is inserted into the rectum at the beginning of the biopsy would not significantly increase the VAS score when only intrarectal lidocaine is used may be attributed to the lubricant effect of the gel together with the local anesthetic effect. Whereas the VAS1 value was significantly higher in the patient group who had only periprostatic blockade than the other groups. VAS2 and VAS3 scores of the patient group who were biopsied using only intrarectal lidocaine gel were higher than the other groups showed that periprostatic blockade was significantly effective in reducing pain. In the study conducted by Issa et al., The patients were divided into 2 groups. 10 ml of 2% lidocaine gel was applied intrarectally to one group, and intrarectal anesthesia was not applied to the other group. As a result of the study, they reported that VAS scores in patients who underwent intrarectal anesthesia were lower than those who were not anesthetized. (11) In the placebo-controlled studies in which intrarectal lidocaine gel anesthesia was examined in the prostate biopsy performed by Chang et al, they divided the patients into 2 groups in which intrarectal 2% lidocaine gel or ultrasonic hydrophilic gel was applied. Their intent was to evaluate the degree of pain felt by the patients. It was stated in this research that unlike our study, intrarectal gel application with lidocaine alone did not provide statistically significant analgesia compared to ultrasonographic gel application. (12) Raber et al. Evaluated 200 patients who used intraectal lidocaine gel and placebo before biopsy in their study. It was reported that in the group anesthetized with lidocaine gel, there was a statistically significant decrease in pain during insertion of

the probe into the rectum and during procedure compared to the placebo group. The complication rates were similar. (13) In a study of by Alevi and colleagues., 150 patients were divided into two groups. They applied a periprostatic blockade with lidocaine to one group and an intrarectal lidocaine gel to the other group. VAS values of patients who underwent periprostatic blockade with lidocaine were found to be significantly lower, tis result is seen in our study as well. (14) In conclusion, it is known that the pain felt during prostate biopsy is important in order to increase the comfort of the patients during the procedure and the patient's compliance when re-biopsy is required. (15) In the study of Ün et al., with the number of 793 patients, it was observed that patients who experienced pain because of insufficient anesthesia during the procedure were unwilling to re-biopsy. (16)

CONCLUSION

In our study, it was shown that periprostatic block was not sufficient while the probe was being inserted and induced pain on patients, the combined use of intrarectal lidocaine gel with periprostatic block improved patient comfort, and this combination had the lowest VAS score in all three phases of the biopsy. For this purpose, for patient compliance, we suggest that intrarectal lidocaine gel along with periprostatic block should be applied to patients with prostate biopsy indications. While patients with high levels of pre-biopsy anxiety reported more pain during and after the procedure in different studies it was found in our research that the state of anxiety did not significantly influence the pain during and after the procedure. By increasing the number of patients, new studies can be conducted by measuring anxiety at different moments during the biopsy process of patients, and different results can be found according to these studies.

Disclosures

Ethics Committee Approval: TUTF-BAEK2019/203 approval number of Trakya University Faculty of Medicine Ethics Committee.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest between the authors.

Authorship Contributions: Concept – M.O.A, G.Ç.; Design – M.O.A, G.Ç.; Supervision – G.Ç, H.A, T.A, E.A; Materials – M.O.A.; Data collection &/ or processing – M.O.A., G.Ç.; Analysis and/or interpretation – M.O.A., G.Ç.; Literature search – M.O.A, G.Ç.; Writing – M.O.A; Critical review – M.O.A., G.Ç.

REFERENCES

1. Pickles T, Ruethr JD, Weir L, Carlson L, Jakulj F. Psychosocial barriers to active surveillance for the management of early prostate cancer and a strategy for increased acceptance. *BJU Int* 2007;100(3):544-51
2. Uzol V. Transrektal ultrasonografi kılavuzluğunda prostat biyopsisi alınan hastalara uygulanan üç farklı analjezi yönteminin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi: 2008
3. Stirling BN, Shockley KF, Carothers GG, Maatman TJ. Comparison of local anesthesia techniques during transrectal ultrasound-guided biopsies. *Urology* 2002;60:89-92.
4. Kriapas K, Konstantinidis C, Samarinas M, Xanthis S, Gekas A. Comparison between lidocaine and glyceryl trinitrate ointment for perianal-intrarectal local anesthesia before transrectal ultrasonography-guided prostate biopsy: a placebo-controlled trial. *Urology* 2011;77:905-908.
5. Tüfek İ, Akpınar H, Atuğ F, Öbek C, Esen HE, Keskin MS, et al. The impact of local anesthetic volume and concentration on pain during prostate biopsy: a prospective randomized trial. *J Endourol* 2012;26(2):174-7.
6. Gürdal M, Kireççi S, Tekin A, Küçük EV, Gürbüz A, Karaman MI. Transrektal ultrason eşliğinde yapılan prostat biyopsisi sırasında intrarektal

- lidokainli jel uygulaması: hasta toleransı üzerine plasebo kontrollü, randomize, çift kör çalışma, *Türk Uroloji Dergisi*: 29 (4): 407-409, 2003
7. **Akdere H, Burgazlı KM, Aktoz T, Acıkgöz A, Meriçliler M, Gözen AS.** The importance of anatomical region of local anesthesia for prostate biopsy; a randomized clinical trial: *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2013; 17: 2890-2895
 8. **Nash PA, Bruce JE, Indudhara R, Shinohara K.** Transrectal ultrasound guided prostatic nerve blockade eases systematic needle biopsy of the prostate. *J Urol* 1996;155(2):607-9.
 9. **Yılmaz AH.** Periprostatik sinir bloğunda lidokain ve lidokain+bupivakain kombinasyonu-nunun karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi: 2015
 10. **Saracoğlu T,** Transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi yapılan hastalarda işlem öncesi bekleme süresi ve kaygı düzeyinin ağrı algısı üzerine etkisi, Uzmanlık tezi: 2008
 11. **Issa MM, Bux S, Chun T, et al.** A randomized prospective trial of intrarectal lidocaine for pain control during transrectal prostate biopsy. The Emory University experience. *J Urol*, 164: 397-9, 2000.
 12. **Chang SS, Alberts G, Wells N, et al.** Intrarectal lidocaine during transrectal prostate biopsy: Result of a prospective double-blind randomized trial. *J Urol*, 166: 2178-80, 2001.
 13. **Raber M, Scattoni V, Roscigno M, Rigatti P, Montorsi F.** Perianal and intrarectal anaesthesia for transrectal biopsy of the prostate: a prospective randomized study comparing lidocaine-prilocaine cream and placebo. *BJU Int* 2005; 96(9):1264-7.
 14. **Alavi AS, Soloway MS, Vaidya A, Lynne CM, Gheiler EL.** Local anesthesia for ultrasound guided prostate biopsy: a prospective randomized trial comparing 2 methods. *J Urol* 2001; 166(4):1343-5.
 15. **Akdeniz E, Bolat MS, Cınar Ö, et al.** Periprostatik lokal anestezinin tekrarlayan prostat biyopsisi üzerine etkisinin retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Ağrı Dergisi*. 2017; 29(4): 151-156
 16. **Un S, Koc G, Turk H, Koca O, Yılmaz Y, Akdeniz F.** Affect of the anesthesia method on re-biopsy decision performed during prostate biopsy *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 2015;54(3):124-126

Oral Presentation / Research

Covid 19 Aşısı Olan Sağlık Personelinin Anksiyete Puanlarının Değerlendirilmesi

Süleyman Görpelioğlu¹, Ramazan Karadeniz¹, Cenk Aypak¹,
Özlem Suvak¹, Canan Emiroğlu²

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 00000000 Ankara, Turkey E-mail: sgorpelioğlu@yahoo.com
2. SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH.

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 16" by Süleyman Görpelioğlu

Aim:

Sağlık çalışanlarının normalden uzun süren mesai saatleri, hastalık bulaşma ve yakın çevreye bulaştırma riski, pandemiye yönelik belirsizlikler, ilave kişisel koruyucu ekipmanlarla yürütülen görevler gibi faktörler nedeniyle, ruh sağlığının olumsuz etkilendiği gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların %52.3'ünde anksiyete bozukluğu %53.1'inde ise uykusuzluk sorunu olduğu; anksiyete bozukluğu olanların %32.3'ünün yaygın anksiyete bozukluğu-7 testine göre eşik değer üzerinde anksiyete belirtilerine sahip olduğu saptanmıştır. Bu dönemde en azından kendi sağlıkları ile ilgili streslerin ortadan kalkması sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyini olumlu yönde etkileyebileceği hipotezinden yola çıkarak bu çalışma planlanmıştır.

Method:

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 15 Şubat - 1 Mart 2021 tarihlerinde bir ilçe devlet hastanesinde görevli toplam 108 sağlık çalışanından 2. doz COVID 19 aşısı olmak için başvuran 50 kişi ile yapılmıştır. Veriler Beck anksiyete ölçeği ile toplanmış ve analizler IBM SPSS 25 programı ile yapılmıştır.

Results:

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 42,98±3,54; aynı evde yaşaya kişi sayısı medyanı 4 (min:1 max:6); %14'ü hekim, %52'si hemşire, %24'ü hizmetli, %10'u memur, %44'ü kadın %56'sı erkekti. Pandemi nedeniyle %8'i bir yakını kaybetmişti. Covid yönünden risk oluşturan sigara kullanımı katılanların %48'inde; immün sistemi etkileyecek bir hastalık varlığı ise %6'sında tespit edildi. Katılımcılardan %6'sının evinde 1; %4'ünün evinde 2; 65 yaş üstü kişi bulunuyordu. Beck anksiyete ölçeği puanları incelendiğinde medyan değer 1 olduğu görüldü (min:0, max:12 IQR:5,0). Hafif düzeyde anksiyete olarak değerlendirilen 8-15 puan alanların oranı ise %8 olarak bulundu.

Conclusions:

Pandemi süresince zor şartlarda yoğun şekilde çalışmak sağlık çalışanlarının mevcut ruh hâlini şüphesiz etkilemektedir. Ancak COVID 19 ve daha önceki SARS ve benzeri pandemi dönemlerinde yapılan çalışmalar kişisel koruyucu ekipmanları gerekli durumlarda uygun şekilde kullanan sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres puanlarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Çalışmamızın sonuçları, COVID-19'a karşı geliştirilen aşının da benzer şekilde sağlık çalışanlarının Beck anksiyete ölçeği puanlarında daha düşük sonuçların elde edilmesine neden olduğunu düşündürmüştür. Kesin nedensel bağlantı için detaylı araştırmaların yapılması gereklidir.

Oral Presentation / Research

Kronik Hastalığı Olan 65 Yaş Üstü Hastalarda İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi

Hamza Karadağ, Melike Mercan Başpınar, Okcan Basat

University of Health Sciences, Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital, Department of Family Medicine, 34030 İstanbul, Turkey E-mail: ztsm042@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 16" by Melike Mercan Başpınar

Keywords / Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, İlaç uyumu, Morisky-8, Yaşlılık

Aim:

Bu çalışmanın amacı, 65 yaş üstü kronik hastalığı olan bireylerin ilaç uyumunun değerlendirilmesidir.

Method:

Çalışma tek merkezli, tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmış olup, İstanbul Gaziosmanpaşa Rahime Başaran Aile Sağlığı Merkezi'ne 01 Şubat 2020 - 01 Mayıs 2020 tarihleri arasında başvuran 65 yaş üzeri en az bir kronik ilaç kullanımı olan, kognitif fonksiyon bozukluğu olmayan, 123 gönüllü hasta ile yapıldı. Katılımcılara sosyo-demografik verileri ve ilaç uyumunu değerlendirmek için Morisky-8 ölçeği'ni içeren Hasta Bilgi Formu yüz yüze uygulandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve Fisher Freeman Halton testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Results:

Çalışmaya yaş ortalaması 70.80 ± 4.76 yıl olan, 79'u (%64.2) kadın, 44'ü (%35.8) erkek toplam 123 hasta dahil edildi. Morisky-8 ölçek skor ortalaması $6,45 \pm 1,73$ bulundu. Yüksek düzey ilaç uyumu olan 46 (%37,4) hasta ve olmayan 77 hasta (62,6%) karşılaştırıldığında sırasıyla yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, hastalık süresi ve toplam ilaç sayısına göre farklılık saptanmamıştır ($p=0,370$; $p=0,323$; $p=0,556$; $p=0,282$; $p=1,00$; $p=0,985$; $p=0,948$). Kadınların %34.2'sinde, erkeklerin %43.2'sinde, Astım ve KOAH olan olguların %40'ında, kalp-damar hastalığı olanların %37.5'inde, diyabet hastalarının %39,2'sinde kronik ilaç tedavisine yüksek uyum olduğu gözlenmiştir. Sigara kullanan olgularda ilaca yüksek uyum görülme oranı (%87.5), sigara kullanmayan olgulardan (%33.9) anlamlı düzeyde yüksek gözlenmiştir ($p=0,012$).

Conclusions:

Bu çalışmanın Morisky-8 ölçek skoruna göre ilaç tedavisine uyum düzeyi literatürdeki benzer çalışmalara yakın saptanmıştır. Kronik hastalığı olan 65 yaş üzeri hastaların yarısından fazlasının ilaç uyumunun iyi olmadığı gösterilmiştir.

Full Text**GİRİŞ**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre Avrupa Bölgesi'nde 2005 yılında kronik hastalıklar tüm hastalık yükünün %77'sini oluşturmaktadır (1). Türkiye'de 2000 yılında yapılan araştırmanın sonuçlarına göre 60 ve üzeri yaş grubunda erkeklerde ve kadınlarda en sık ölüm nedeni olan on hastalıktan

dokuz tanesinin kronik hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre her yıl 200 bin dolayında ölümün nedeni olan kalp hastalıklarının 2030 yılında 400 binden fazla kişinin ölümüne yol açacağı ön görülmektedir. Benzer şekilde diyabet nedeniyle olan ölümlerin de ileriki zamanlarda 1,5 kat artacağı hesaplanmıştır (2). ABD'de yapılan bir çalışmada reçetelenen ilaçların %45'inin yaşlı popülasyona ait olduğu ve bu popülasyonun %50'sinin ilaç tedavisine uyumsuz olduğu bildirilmiştir (Available from: <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing15/>).

Tedaviye uyum hastanın, sağlık profesyonelleri tarafından düzenlenen tedavisini kabul edip uygulamasıdır. Bir tedavi programına başlayıp tamamlamak, kontrollere gelmek, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanmak, yaşam biçimini düzenlemek, hastalığı yönetmek tedaviye uyumun birer öğeleridir (3, 4). Tedaviye uyumsuzluk klinik uygulamalarda çok sık karşılaşılan ve hastanın tekrar yatırılmasını gerektirebilen önemli bir sorundur (5). Literatür sonuçları incelendiğinde çok sayıda ilaç kullanan yaşlılarda ilaç uyum oranı; çalışmaların farklı hastalık ve hasta gruplarında, değişik ölçüm yöntemleri kullanılmasına bağlı olarak %26-59 arasında değişiklik göstermektedir (6).

Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri hastalarda ilaç ve tedaviye uyum ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma tek merkezli, tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmış olup, İstanbul Gaziosmanpaşa Rahime Başaran Aile Sağlığı Merkezi'ne 01 Şubat 2020 - 01 Mayıs 2020 tarihleri arasında başvuran 65 yaş üzeri en az bir kronik ilaç kullanımı olan kognitif fonksiyon bozukluğu olmayan, 123 gönüllü hasta ile yapıldı. Katılımcılara sosyo-demografik verileri ve ilaç uyumunu değerlendirmek için Morisky-8 ölçeği'ni içeren Hasta Bilgi Formu yüz yüze uygulandı.

Bu çalışmada kronik hastalarının tedaviye uyum düzeylerini belirlemek için kullanılan Morisky-8 Tedaviye Uyum Ölçeği, 2003 yılında Morisky ve arkadaşları (7) tarafından geliştirilmiştir ve dokuz ifadeyi kapsamaktadır. Ölçeğin ilk 8 sorusu Evet ve Hayır olarak yanıtlanmaktadır. Dokuzuncu soru için 1. hiç, 2. arada bir, 3. bazen, 4. genellikle, 5. her zaman seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçek daha sonraki çalışmalarda 8 soru olarak kullanılmıştır. İlk 4 soruda Hayır 1 puan Evet 0 puan; 5. soruda Evet 1 puan Hayır 0 puan; 6 ve 7. sorularda Hayır 1 puan, Evet 0 puan ve 8. soruda hiçbir zaman 1 puan, diğer 4 seçenek 0 puan olacak şekilde hesaplanır. Puan arttıkça ilaç tedavisine uyum da artmaktadır. Morisky puanı <6 olanlar düşük uyumlu, 6-7 olanlar orta uyumlu, 8 olanlar yüksek uyumlu olarak sınıflandırılmıştır. Bizim çalışmamızda <8 puan skoru olanlar yüksek uyumlu olmayanlar, ≥8 puan skoru olanlar yüksek uyumlu olarak sınıflandırıldı. Ölçek Demirezen (8) tarafından 2006'da Türkçe'ye çevrilmiş ve Türk toplumuna uyarlanarak geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Cronbach a değeri 0,82).

Etik kurul izni: Bu çalışma Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 30.10.2019 tarih ve 153 sayılı etik kurul onayı ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma-Yayın Değerlendirme Komisyonu 27.01.2020 tarih ve 2020/05 sayılı onayı ile yapılmıştır.

İstatistiksel analiz: Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanısıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, Continuity (yates) düzeltmesi, Fisher's Exact test ve Fisher Freeman Halton testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma yaşları 65 ile 86 arasında değişmekte olan, %64.2 (n=79) kadın, %35.8'i (n=44) erkek olmak üzere 123 olgu üzerinde yapılmıştır. Olguların yaş ortalaması 70.80 ± 4.76 yıldır. %20.3'ü okur-yazar değilken, %67.5'i (n=83) temel eğitim almış, %7.3'ü (n=9) lise mezunu, %4.9'u (n=6) üniversite mezunudur. Olguların %24.4'ünün (n=30) geliri yokken, %75.6'sının (n=30) geliri vardır. Olguların Morisky 8 ilaç uyum anketine verdikleri yanıtlar Tablo 1'de sunulmuştur. MORISKY-8 ilaç uyum anketi sorularına verilen cevaplara göre olguların %26.8'inde (n=33) düşük uyum, %35.8'inde (n=44) orta uyum, %37.4'ünde (n=46) yüksek uyum görülmektedir. Çalışmamızda hastalar uyumu yüksek olanlar (%37,4; n=46) ve olmayanlar (%62; n=77) olarak 2 grup halinde karşılaştırılmış ve Tablo-2 de sunulmuştur.

Tablo 1 MORISKY-8 maddeli ilaç uyum anketi sorularına verilen cevapların dağılımları

		n	%
1-Bazen ilacınızı almayı unutur musunuz?	Hayır	77	62,6
	Evet	46	37,4
2- İnsanlar bazen unutmamanın dışındaki nedenlerle ilaçlarını almayı atarlar. Geçen iki haftayı düşününüzde, ilacınızı almadığınız herhangi bir gün(ler) hiç oldu mu?	Hayır	91	74
	Evet	32	26
3- Aldığınız zaman kötü hissetmeniz nedeni ile doktorunuza söylemeksizin ilacınızı almayı kesintiye uğrattığınız veya durdurdunuz oldu mu?	Hayır	111	90,2
	Evet	12	9,8
4-Seyahat	Hayır	109	88,6

		Ortalama	Medyan
5-Dün ilaçlarınızın hepsini aldınız mı?	Hayır	10	8,1
	Evet	113	91,9
6-Belirtileriniz kontrol altında gibi hissettiğiniz zaman bazen ilacınızı almayı durdurur musunuz?	Hayır	95	77,2
	Evet	28	22,8
7- Her gün ilaç almak bazı kişiler için gerçek bir zahmettir. Tedavi planına bağlı kalmak konusunda hiç sıkıntı hissedersiniz mi?	Hayır	113	91,9
	Evet	10	8,1
8-Tüm ilaçlarınızı almayı hatırlamakta ne kadar sık zorluk yaşıyorsunuz?	Hiç/Nadir	85	69,1
	Arada Bir	19	15,4
	Bazen	19	15,4
	Min-Maks	Ort±SS	Medyan
Toplam skor	1-8	6,45±1,73	7

Katılımcıların ek hastalık sayısı 1 ile 7 arasında değişmekte olup, olguların %12.2'sinde solunum hastalıkları, %91.1'inde KVS hastalıkları ve %41.5'inde diyabet vardır. Hastalık süresi ortalama 12.67 ± 8.42 yıldır. Tablo 2'de gösterildiği gibi yüksek düzey ilaç uyumu olan 46 (%37,4) ve olmayan 77 hasta (62,6%) karşılaştırıldığında sırasıyla yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir düzeyi, hastalık süresi ve toplam ilaç sayısına göre farklılık saptanmamıştır ($p=0,370$; $p=0,323$; $p=0,556$; $p=0,282$; $p=1,00$; $p=0,985$; $p=0,948$). Kadınların %34.2'sinde, erkeklerin %43.2'sinde, Astım ve KOAH olan olguların %40'ında, kalp-damar hastalığı olanların %37.5'inde, diyabet hastalarının %39,2'sinde kronik ilaç tedavisine yüksek uyum olduğu gözlenmiştir. Sigara kullanan olgularda ilaca yüksek uyum görülme oranı (%87.5), sigara kullanmayan olgulardan (%33.9) anlamlı düzeyde yüksek gözlenmiştir ($p=0,012$).

Tablo 2 Sosyodemografik veri ve klinik özelliklere göre ilaca uyumu yüksek olan ve olmayan grupların karşılaştırması

		İlaca uyumu		
		Yüksek değil	Yüksek	
	Sürekli veriler	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	P
Yaş		70,64±4,92 (69)	71,09±4,53 (70)	¹ 0,370
Ek hastalık sayı		2,75±1,33 (3)	2,5±1,26 (2,5)	¹ 0,292
Hastalık süresi (yıl)		12,77±9,44 (10)	12,52±6,46 (12)	¹ 0,501
Toplam ilaç sayısı		5,29±2,52 (5)	5,48±3,3 (5)	¹ 0,998
		Yüksek değil	Yüksek	P
	Kategorik veriler	n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Kadın	52 (%65,8)	27 (%34,2)	² 0,323
	Erkek	25 (%56,8)	19 (%43,2)	
Medeni hal	Bekar	34 (%69,4)	15 (%30,6)	³ 0,282
	Evli	43 (%58,1)	31 (%41,9)	
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	17 (%68,0)	8 (%32)	⁴ 0,556
	Temel eğitim almış	53 (%63,9)	30 (%36,1)	
	Lise	4 (%44,4)	5 (%55,6)	
	Üniversite	3 (%50)	3 (%50)	
Sigara	Yok	76 (%66,1)	39 (%33,9)	⁵ 0,004*
	Var	1 (%12,5)	7 (%87,5)	
Gelir düzeyi	Gelir yok	19 (%63,3)	11 (%36,7)	³ 1,000
	Gelir var	58 (%62,4)	35 (%37,6)	
Solunum hastalıkları	Yok	68 (%63)	40 (%37)	³ 1,000
	Var	9 (%60)	6 (%40)	
KVS hastalıkları	Yok	7 (%63,6)	4 (%36,4)	⁵ 1,000
	Var	70 (%62,5)	42 (%37,5)	
Diyabet	Yok	46 (%63,9)	26 (%36,1)	² 0,726
	Var	31 (%60,8)	20 (%39,2)	
Günde kaç ilaç	Günde 1	26 (%61,9)	16 (%38,1)	¹ 0,067
	Günde 2	37 (%72,5)	14 (%27,5)	
	Günde 3 ve üzeri	14 (%46,7)	16 (%53,3)	
Polifarmasi	Yok	32 (%61,5)	20 (%38,5)	² 0,835
	Var	45 (%63,4)	26 (%36,6)	
İlaç takibi	Kendisi	72 (%61)	46 (%39)	⁵ 0,156
	Başkası	5 (%100)	0 (%0)	
Doktora yıllık başvuru sayısı	Yılda 1-2 kez	58 (%61,1)	37 (%38,9)	⁴ 0,429
	3 ayda 1-2 kez	17 (%68)	8 (%32)	
	Ayda 1 kez	2 (%100)	0 (%0)	
	Ayda 1 den daha sık	0 (%0)	1 (%100)	

¹Mann Whitney U Test ²Ki-kare test ³Continuity (yates) düzeltmesi ⁴Fisher Freeman Halton Test ⁵Fisher's Exact Test *p<0.05

Morisky-8 ilaç ve tedaviye uyum skoru ile yaş (r=0,097 p=0,284)

ek hastalık sayısı (r=-0,066 p=0,466), hastalık süresi (r=0,002 p=0,985) ve toplam ilaç sayısı (r=-0,006 p=0,948) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda Morisky-8 Ölçeği sonuçlarına göre katılımcıların %37,4'ünde yüksek tedavi uyumu görülürken, %62,6'sında görülmemektedir. Sosyodemografik özellikler, kronik hastalık süresi ve çeşidi, kullanılan ilaç sayısı tedavi uyumu ile ilişkili bulunmazken, sigara kullananlarda kullanmayanlara göre tedaviye uyumun anlamlı düzeyde yüksek olmasının istatistiksel açıdan sigara içmeyenlerin sayıca içenlere göre yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

İlaç uyumsuzluğunun hasta ve hastalığın özellikleri gibi çok sayıda faktöre bağlı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Ocak 2009 ve Mart 2016 tarihleri arasında 15 ülkede yürütülen, 25 çalışmanın meta analizinde 12603 hipertansif hastanın ilaç uyumunu ölçmek için 8 maddelik Morisky ilaç uyum ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmada hipertansif hastaların %45,2 gibi önemli bir kısmının ve komorbiditeleri olan hipertansif hastaların %31,2'sinin ilaç uyumsuz olduğu gösterilmiştir (9). Carrea ve arkadaşları, dirençli hipertansiyonu olan hastalarda Morisky-8 ve idrar analizini kullanarak ilaç uyumsuzluğunun %57 gibi yüksek bir oranda olduğunu bulmuştur (10). Uyumu ölçmekte Morisky-8'in kullanıldığı bir başka çalışmada hastaların %55,9'unun antihipertansif tedaviye uyumlu olduğu gösterilmiştir (11). Ülkemizde ise farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda antihipertansif ilaç tedavisine uyumlu olma oranları Özbayram ve ark tarafından %62 (12). Şahin ve ark tarafından %66,5 (13). Mert ve ark tarafından %86,8 (14). Kaya ve ark tarafından %86,6 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise hastaların orta uyum ve yüksek uyum düzeyleri genel uyum oranı %73,2'sidir. Bu oran daha önce yapılmış olan çalışmaların sonuçları ile benzerdir. Hastaların birinci basamakta daha sıkı takip ve eğitimleri ile bu oran daha da artırılabilir.

Hastalık cinsi ve prognozu açısından bakıldığında yapılan bir çalışmada hastalığın ciddiyetinin hastaların tedavi uyumunu artırıcı bir faktör olup olmadığı bakılmış ve kötü prognozlu astımlı hastaların %65'inde inhaler tedaviye uyumsuzluk olduğu saptanmıştır (15).

Cinsiyet açısından Mollaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların ilaç ve tedavi açısından daha uyumlu olduğu saptanmıştır (16). Abegaz ve arkadaşlarının yaptığı meta analizde ise kadınlarda uyumun daha düşük düzeyde olduğu gösterilmiştir (9). Bizim çalışmamızda cinsiyet açısından ilaç uyumu kadınlar ve erkeklerde benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda sadece sigara kullanımı ile ilaca uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Sigara kullanan olgularda ilaca yüksek uyum görülme oranı (%87,5), sigara kullanmayan olgulardan (%33,9) anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Toplam 123 hastadan sadece 8 tanesi sigara içmektedir. Bu durumun sigaranın zararlı olduğu bilindiği için muhtemel ölüm kaygısı sebebi ile diğer hastalıkların takibinde iyi olunarak zararın telafisi mantığından gelişebileceği düşünülmüştür. Sigara içen hastalarda ilaç uyumunun değerlendirilmesiyle ilgili literatürde yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Daha çok sayıda hasta ile sigara bağımlılığının ilaç uyumu üzerine etkileri hakkında çalışmanın yararlı olabileceği düşünülmüştür.

SONUÇ

Çalışmamızda yaşlı hastalarda ilaç ve tedavi uyumunun istenilen düzeyin sadece üçte biri düzeyinde olduğu ve sosyo demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni hali), kronik hastalık sayısı-süresi, polifarmasi, hastaneye başvuru sıklığı gibi etkenlerin ilaç uyumu açısından fark oluşturmadığı saptanmıştır. Yaşlı hastalarda ilaç ve tedavi uyumunun sağlanamaması kronik hastalık tanı ve tedavi maliyetleri düşünüldüğünde sağlık sistemi yükünü arttırmaktadır. Tedavi uyumunu artırıcı eylemler konusunda gelecek çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(3):1-6.
2. Hıfzıssıhha TSBRS, Müdürlüğü MBHM, Üniversitesi B. Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yükü Final Rapor. Ankara: Başkent Üniversitesi. 2004.
3. Velligan DJ, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. Assessment of adherence problems in patients with serious and persistent mental illness: recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*. 2010;16(1):34-45.
4. Roy R, Jahan M, Kumari S, Chakraborty P. Reasons for drug non-compliance of psychiatric patients: A centre based study. *J Indian Acad Appl Psychol*. 2005;31(1-2):24-8.
5. Üçok A. Şizofreni tedavisinde karşılaşılan güçlükler. *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Tedavi İşbirliği*. 2011;1:7-8.
6. Balkrishnan R. Predictors of medication adherence in the elderly. *Clinical therapeutics*. 1998;20(4):764-71.
7. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The journal of clinical hypertension*. 2008;10(5):348-54.
8. Demirezen E. Türkiye ve Almanya'da Yaşayan Antihipertansif İlaç Kullanan Türklere İlaç Tedavisine Uyum. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü: Doktora Tezi, İstanbul; 2006.
9. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*. 2017;96(4).
10. Corrêa NB, de Faria AP, Ritter AM, Sabbatini AR, Almeida A, Brunelli V, et al. A practical approach for measurement of antihypertensive medication adherence in patients with resistant hypertension. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2016;10(6):510-6. e1.
11. Alhaddad IA, Hamoui O, Hammoudeh A, Mallat S. Treatment adherence and quality of life in patients on antihypertensive medications in a Middle Eastern population: adherence. *Vascular health and risk management*. 2016;12:407.
12. Özbayram A. Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. 2008.
13. NS S. Hipertansiyon yönetiminde hasta uyumu ve hastaların sağlık anlayışlarına yönelik bir girişimin uyum üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi. 2015.
14. Mert H, Kuruoğlu E. Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2011;15(1).
15. Murphy AC, Proeschal A, Brightling CE, Wardlaw AJ, Pavord I, Bradding P, et al. The relationship between clinical outcomes and medication adherence in difficult-to-control asthma. *Thorax*. 2012;67(8):751-3.
16. Saka MH. Adherence to antihypertensive drugs and its determinants in an urban setting. *Zanco Journal of Medical Sciences (Zanco J Med Sci)*. 2019;23(3):299-307.

Oral Presentation / Research**Palyatif Bakım Alanlara Primer Bakım Verenlerin Depresyon Düzeyi ve Uyku Kalitesi**

Türkan Cengiz¹, Mahcube Çubukçu², Nur Şimşek Yurt³, Ahmet Şen⁴, Eda Türe³

1. Nevşehir Gülşehir İlçe Devlet Hastanesi

2. Health Sciences University Samsun Education and Research Hospital, 55160 Samsun, Turkey E-mail: mahcube@gmail.com

3. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

4. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi Kliniği

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 16" by Mahcube Çubukçu

Keywords / Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, bakım verme, depresyon, uyku kalitesi

Aim:

Palyatif bakım alan kişilere bakım verenlerin, hastalarının genel durumunu izleme, oluşan problemleri gidermeye çalışma, ruhsal yönden destek verme ,bakımın planlanmasını ve uygulanmasını sağlama, hastaların güvenliğini sağlamalarının yanında, bakım verenler hasta için gerekli materyalleri temin etme gibi birçok görevleri bulunmaktadır (1). Bu çalışmada palyatif bakım servisinde yatan hastalara bakım verenlerin, depresyon ve uyku kalitesini, sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır

Method:

Araştırmamız kesitsel, tanımlayıcı bir çalışma olup, 1.07.2020 – 30.09.2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Bakım Servisinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan, bakım veren gönüllüler için bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonra, sosyo-demografik verileri, BECK Depresyon Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) sorularını içeren anket formu yüz yüze uygulanmıştır. Veriler SPSS 23.0 ile analiz edilmiş olup, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Results:

Çalışmaya toplam 100 kişi ile dahil edilmiş olup, %79'u kadındı. Yaş ortalaması $47,2 \pm 12,8$ yıl idi. BECK depresyon ölçeği ortalama puanı $10,4 \pm 7,2$, PUKİ ortalama puanı $4,6 \pm 2,9$ olarak elde edildi. Kadınlarda BECK depresyon puanı ortanca değeri, erkeklerden daha yüksekti ($p=0,014$). BECK depresyon ölçeği ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Bekar bakım verenlerde hafif depresif belirtiler görülme oranı daha yüksekti ($p=0,037$). Hastaya bakım verme süresi ile PUKİ grupları arasında anlamlı fark saptandı ($p=0,018$). Aileden destek alma ile PUKİ grupları arasında anlamlı bir fark elde edildi ($p=0,034$). Aile desteği alanların, almayanlara göre BECK depresyon ölçeği puanı daha düşüktü ($p=0,015$). PUKİ ve BECK depresyon skorları arasında anlamlı fark saptandı ($p=0,004$). Depresyonu olmayan kişilerin %76,9'u, hafif depresif olanların %79,4'ü, orta düzey depresif belirtileri olanların %30'u, şiddetli depresif belirtileri olanların %75'i sağlıklı uyku kalitesine sahipti.

Conclusions:

Palyatif hastalarına bakım verenlerin, hafif düzeyde depresyon ve sınırdaki iyi uyku kalitesine sahip oldukları saptandı. Bakım verenlerin depresyon düzeyleri ile uyku kalitesinin birbirini

etkilemektedir. Bakım verenlerin medeni durumunun, aile desteği almanın, cinsiyetin depresyon düzeyini, bakım verme süresi ve aile desteği almanın, depresyon ve uyku kalitesini etkilediği belirlendi.

Oral Presentation / Research

konusunda farkındalık oluşturulmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Premenstrual Sendromda Yeme Davranışının Değerlendirilmesi

Damla Kocabaçakoğlu Vural¹, Önder Sakin¹, Engin Ersin Şimşek²

1. KARTAL DR. LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, 34870 Kartal, Turkey E-mail: damlas94@hotmail.com
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital Department of Family Medicine

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 16" by Damla Kocabaçakoğlu Vural

Keywords / Anahtar Kelimeler: Premenstrual sendrom, yeme bozukluğu, duygusal yeme

Aim:

Premenstrual sendrom (PMS), menstruel siklusun ikinci yarısında ortaya çıkan ve kadının yaşamını olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve davranışsal semptomlarla karakterizedir. Menstruel dönem ve PMS'un fizyolojik ve psikolojik özellikleri, besin alımının kontrolünü sağlayan işlem ve mekanizmalar üzerinden iştahı etkileyebilmektedir. Bu çalışmada PMS varlığının yeme davranışları üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Method:

Çalışmamıza Şubat 2020 – Mayıs 2020 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları Polikliniğine başvuran, menstruasyon gören 193 kadın hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri alınmış, PMS ölçeği ve 3 Faktörlü Revize-18 Yeme Testi uygulanmıştır.

Results:

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortancası 27.0(15.0-48.0) bulunmuştur. Katılımcıların mestruasyon başlangıç yaşı ortancası 13.0(9.0-17.0) saptanmıştır. Katılımcılara uygulanan PMS ölçeği puan ortalaması 122.1±34.4 bulunmuştur. PMS ölçeğine göre katılımcıların 55(%28.5)'i hafif, 116(%60.1)'i orta ve 22(%11.4)'ü ağır PMS olarak sınıflandırılmıştır. Hafif PMS grubunda kontrolsüz yemek yeme puan ortalaması 9.8±3.4, duygusal anlarda yemek yeme puan ortalaması 5.1±2.3, bilinçli yemek yemeyi kısıtlama puan ortalaması 14.2±4.0, açlığa duyarlılık puan ortalaması 7.3±2.8 bulunmuştur. Orta PMS grubunda kontrolsüz yemek yeme puan ortalaması 11.4±3.1, duygusal anlarda yemek yeme puan ortalaması 6.7±2.4, bilinçli yemek yemeyi kısıtlama puan ortalaması 14.8±3.3, açlığa duyarlılık puan ortalaması 9.3±2.9 bulunmuştur. Ağır PMS grubunda kontrolsüz yemek yeme puan ortalaması 12.8±3.1, duygusal anlarda yemek yeme puan ortalaması 7.5±2.8, bilinçli yemek yemeyi kısıtlama puan ortalaması 15.0±3.4, açlığa duyarlılık puan ortalaması 10.0±3.3 bulunmuştur. Hafif ve ağır PMS grupları karşılaştırıldığında kontrolsüz yemek yeme, duygusal anlarda yemek yeme ve açlığa duyarlılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla p=0.001, p=0.000 ve p=0.000).

Conclusions:

PMS şiddeti arttıkça yeme davranışıyla ilgili tüm faktörlerde puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. Özellikle hafif ve ağır PMS grupları arasında yeme davranışıyla ilgili anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sıklığı yüksek olan PMS'da özellikle iştah kontrolü

Oral Presentation / Research

Safra Taşı Olan Çocuk Hastalarımızda Hematolojik Değerlendirme

Ezgi Paslı Uysalol

KANUNI SULTAN SÜLEYMAN EAH, İSTANBUL, Turkey E-mail: ezgipasli@yahoo.com

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 16" by Ezgi Paslı Uysalol

Keywords / Anahtar Kelimeler: kolelityazis, çocuk, hematoloji**Aim:**

Safra taşlarına erişkinlere oranla çocuklarda daha nadir rastlanır. Epidemiyolojisi hakkındaki bilgiler de sınırlıdır. Bu çalışmada, kolelityazis tanısı ile çocuk hematoloji polikliniğimize konsülte edilen çocukların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Method:

Çalışmaya Mart 2014- Şubat 2018 tarihleri arasında hastanemizde 1-18 yaş arasında safra taşı tanısı alan ve çocuk hematoloji polikliniğimize hemolitik anemi şüphesiyle konsülte edilen 31 hasta alındı. Retrospektif olarak demografik özellikleri, yaşları, ultrasonografi bulguları, laboratuvar incelemeleri kaydedildi.

Results:

Hastaların 16'sı (%51) erkek olup, ortalama yaşları 9,2 ($\pm 4,9$) yıl idi. Taş boyutlarına ve sayılarına göre değerlendirdiğimizde; 23 hastada (%74) ultrasonografide multiple taş izlendi. Bunların 5'inde boyutlar 10 mm'nin üzerinde ölçülmüştü. Tekli taşı olan 8 vakanın 2'sinde boyut 10 mm'nin üzerindeydi. Hastaların tam kan sayımı sonuçları incelendiğinde 6 hastada hemoglobin (Hb) değerleri yaşa göre düşük saptandı. Bu hastaların 3'ünde MCV değerleri düşüktü. MCHC yüksekliği olan 2 hasta mevcuttu. Hiçbir hastada direk coombs pozitifliği ve haptoglobulin düşüklüğü saptanmadı. Hastaların tümünün glukoz 6 fosfat dehidrogenaz ve piruvat kinaz enzim düzeyleri normal saptandı. Dört hastada LDH normalin üzerindeydi. Bunların ikisine retikülosit ve indirek bilirubin yüksekliği eşlik etmekteydi. Periferik yaymalar incelendiğinde MCV düşüklüğü olan 3 hastada hipokromi görüldü. Bunlardan biri demir eksikliği anemisi tanısı aldı. MCHC yüksekliği olan 2 hastada sferositler görüldü. Yalnızca bu iki hastanın osmotik fragilitesi artmış olarak bulundu ve herediter sferositoz tanısı aldı. Hemoglobin elektroforezleri incelendiğinde bir hastada HbC saptandı. 2 hastada talasemi taşıyıcılığı saptandı. Herediter sferositoz ve hemoglobinopati tanısı alan hastaların %60'ında taşlar multiple karakterde idi.

Conclusions:

Kolelityazis tanısı alan hastalarda hemolitik hastalıkların sıklıkla görülen risk faktörü olması nedeniyle, şüphelenilerek çocuk hematoloji polikliniğine konsülte edilen 31 vakanın 3'ünde (%9) eritrosit yıkımına neden olabilecek etyoloji tespit edildi. Hastalarımızda periferik yayma, MCHC, retikülosit, indirek bilirubin, osmotik fragilitite ve hemoglobin elektroforezi tanıda yarar sağlamış olup, bu parametrelerde anormal sonuçlar varlığında, hematoloji konsültasyonu yapılması gerektiği düşünülmüştür.

GİRİŞ

Safra taşlarına erişkinlere oranla çocuklarda daha nadir rastlanır. Çocuklarda % 0,13 ile % 0,22 arasında değişen prevalansta görülmektedir(1). Son yıllarda değişen risk faktörleri, gelişen tanı ve tedavi yöntemleri ile önceki yıllara oranla saptanma sıklığında artış görülmektedir (1). Epidemiyolojisi hakkındaki bilgiler de sınırlıdır. Bu çalışmada, kolelityazis tanısı ile çocuk hematoloji polikliniğimize konsülte edilen çocukların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Mart 2014- Şubat 2018 tarihleri arasında hastanemizde 1-18 yaş arasında safra taşı tanısı alan ve çocuk hematoloji polikliniğimize hemolitik anemi şüphesiyle konsülte edilen 31 hasta alındı. Retrospektif olarak demografik özellikleri, yaşları, ultrasonografi bulguları, laboratuvar incelemeleri kaydedildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşları 9,2 ($\pm 4,9$) yıl olup 16'sı (%51) erkek, 15'i kızdı. Taş boyutlarına ve sayılarına göre değerlendirildiğinde; 23 hastada (%74) ultrasonografide multiple taş izlendi. Bunların 5'inde (%21) taş boyutları 10 mm'nin üzerinde ölçülmüştü. Tekli taşı olan 8 vakanın 2'sinde boyutlar 10 mm'nin üzerindeydi. Hastaların tam kan sayımı sonuçları incelendiğinde 6 hastada hemoglobin (Hb) değerleri yaşa göre düşük saptandı. Bu hastaların 3'ünde MCV değerlerinde de düşüklük eşlik etmekteydi. MCHC yüksekliği olan 2 hasta mevcuttu. Hiçbir hastada direk coombs pozitifliği ve haptoglobulin düşüklüğü saptanmadı. Hastaların tümünün glukoz 6 fosfat dehidrogenaz ve piruvat kinaz enzim düzeyleri normal saptandı. Dört hastada LDH normalin üzerindeydi. Bunların ikisine retikülosit ve indirek bilirubin yüksekliği eşlik etmekteydi. Periferik yaymalar incelendiğinde MCV düşüklüğü olan 3 hastada hipokromi görüldü. Bunlardan biri demir eksikliği anemisi tanısı aldı. MCHC yüksekliği olan 2 hastada sferositler görüldü. Yalnızca bu iki hastanın osmotik fragilitesi artmış olarak bulundu ve herediter sferositoz tanısı aldı. Hemoglobin elektroforezleri incelendiğinde bir hastada HbC saptandı. 2 hastada talasemi taşıyıcılığı saptandı. Herediter sferositoz ve hemoglobinopati tanısı alan hastaların %60'ında taşlar multiple karakterde idi.

TARTIŞMA

Safra taşı çocukluk çağında karın ağrısı, bulantı, kusma, yağlı beslenme toleransında bozulma, sarılık gibi belirtilerle seyredebilen, akut kolesistit, pankreatit ve asendan kolanjit gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilen bir durumdur(2). Hastanın öyküsünde ailede safra taşı hikayesi, abdominal cerrahi, obezite, IgA eksikliği sorgulanmalıdır(3). Etiyolojisinde; orak hücre anemisi, talasemiler, herediter sferositoz gibi hemolitik hastalıklar, kistik fibrozis, progresif familial intrahepatik kolestaz, Gilbert hastalığı gibi genetik ve metabolik nedenler yer alabilmektedir. Seftriakson, octreotid gibi litojenik ilaçlar, total parenteral beslenme, sistemik infeksiyonlar, biliyer anatomik anormallikler ve artmış östrojen gibi çeşitli nedenler safra taşına yol açabileceği gibi, bazen etkene yönelik bir sebep te bulunamayabilmektedir(2). Kolelityazis tanısı alan hastalarda hemolitik hastalıkların önemli bir risk faktörü olması nedeniyle, şüphelenilerek çocuk hematoloji polikliniğine konsülte edilen 31 vakanın 3'ünde (%9) eritrosit yıkımına neden olabilecek etyoloji tespit edildi. Aydemir ve ark. Tüm safra taşı olan çocukları

içeren çalışmada da hemolitik hastalıklar % 10,1 olarak bulunmuş olup çalışmamızla benzerlik göstermekteydi. Bilirubin safra taşı oluşumu, herediter sferositozda en sık görülen komplikasyonlardan biridir. Bu hastalarda 10 yaşından küçük çocukların sadece % 5 ila 8'inde saptanabilir safra kesesi taşları vardır (4). MCHC yüksekliği olan, periferik yaymasında sferositler gördüğümüz iki hastamızda, artmış osmotik fragilitite saptandı. Hastalar herediter sferositoz tanısıyla hematoloji poliklinik takibine alındı.

Multiple taş görülen hastalarımız %74 ile Aydemir ve ark. belirttiği %49,4 oranından farklı olarak daha yüksek orandaydı. Herediter sferositoz ve hemoglobinopati tanısı alan hasta grubunda da %60 oranında taşlar multiple karakterde idi. Bu yüksek oranların çalışmamızın hemolitik nedenler düşünülen hasta grubunda yapılmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

SONUÇ

Safra taşı intrauterin dönemden itibaren her yaşta görülebilen, semptomlarının yaşa göre değişkenlik gösterdiği bir safra kesesi hastalığıdır. Hematoloji poliklinik pratiğimizde altta yatan ve hemolize yol açan hastalığın bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalarımızda periferik yayma, MCHC, retikülosit, indirek bilirubin, osmotik fragilitite ve hemoglobin elektroforezi tanıda yarar sağlamış olup, bu parametrelerde anormal sonuçlar varlığında, hematoloji konsültasyonu yapılması gerekliliği vurgulanmak istenmiştir.

KAYNAKLAR

1-Frybova B, Drabek J,Lochmannova J, Douda L, Hlava S, Zemkova D, Mixa V, Kyncl, Zeman ML, Rygl M, Keil R. Cholelithiasis and choledocholithiasis in children; risk factors for development, PLoS One. 2018; 13(5)

2- Aydemir Y, Şöhret C, Eren M. Kolelitiazisli Çocuk Olguların Değerlendirilmesi: 10 Yıllık Tek Merkez Deneyimi, Osmangazi Journal of Medicine 2020;42(4):398-403

3- Gowda DJ, Agarwal P, Bagdi R, Subramanian B, Kumar M, Ramasundaram M, Paramasamy B, Khanday ZS. Laparoscopic cholecystectomy for cholelithiasis in children, J Indian Assoc Pediatr Surg. 2009 Oct-Dec; 14(4): 204-206

4- Oliveira MCLA, Fernandes RAF, Rodrigues CL, Ribeiro DA, Giovanardi MF, Viana MB. Clinical course of 63 children with hereditary spherocytosis: a retrospective study, Rev Bras Hematol Hemoter. 2012; 34(1): 9-13.

Oral Presentation / Research

oral hijyen sağlanması ve diş taramalarıyla periodontal hastalık gelişiminin önlenmesi sağlanmalıdır.

Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezinden Takipli Gebelerin Prenatal Dönemdeki Diş ve Diş Eti Sağlığına İlişkin Farkındalık, İçgörü ve Fiziksel Durumları ve Postnatal Çıktılara Etkisinin Araştırılması

Melike Ülkü Aydın Kılıç¹, Engin Ersin Şimşek², Asım Balkan³

1. Sağlık bilimleri üniversitesi Kartal Dr Lütfi Kırdar şehir hastanesi, İstanbul, Turkey E-mail: melike_aydin91@hotmail.com
2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital Department of Family Medicine
3. Pendik ağız ve diş sağlığı hastanesi

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 17" by Melike Ülkü Aydın Kılıç

Keywords / Anahtar Kelimeler: gebelikte ağız sağlığı, doğum öncesi bakım, periodontal hastalık, düşük doğum ağırlığı, erken doğum

Aim:

Gebelikte ağız ve diş sağlığı, anne ve bebekte neden olduğu olumsuzluklar yüzünden önem arz etmektedir. Bu çalışmada eğitim aile sağlığı merkezinden takipli gebelerin prenatal dönemdeki ağız ve diş sağlığına ilişkin farkındalıkları, içgörülerini ve fiziksel durumlarının belirlenmesi ve postnatal dönemde erken doğum, düşük doğum ağırlığı, yoğun bakım yatışı, tarama testi gibi problemlere etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Method:

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikte tasarlanan çalışmamıza S.B.Ü Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Aile Hekimliği'ne bağlı Tuzla Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde takip edilen 18 yaş ve üzeri gebelere uygulanmıştır. Sosyodemografik, obstetrik, ağız sağlığı durumlarının ölçüldüğü, gebelik ve ağız sağlığına ilişkin bilgilerin yer aldığı bir anket uygulanmıştır. Katılımcılar sonrasında diş muayenesi için çağırılarak diş ve diş eti durumları belirlenmiştir. Üçüncü aşamada da doğum sonu verileri sorgulanmıştır.

Results:

Çalışmaya toplamda 79 gebe dahil edilmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası gebeliğinde diş problemi yaşamıştır (% 59,5). Sadece %12,8'lik bir kısmı problemi için diş hekimine gitmiştir. Gebelerin takipleri sırasında ağız ve diş sağlığına ilişkin bilgi alma oranı %36,7 idi. Gebelik ve diş sağlığı bilgi anketinde en az bilinen önerme %13,9 ile gebelikteki diş ve diş eti hastalıkları erken doğuma neden olurdu. Mevcut diş ve diş eti durumlarını gösteren muayene skorları ortancası DMFT:0,06, CPI:1 olarak bulundu. Doğum sonu verilerinden diş eti muayene skoru CPI ile düşük doğum ağırlığı arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,014). DMFT skoru doğum sonu verilerinin hiçbirisiyle anlamlı farklılık göstermiyordu (p>0,05).

Conclusions:

Gebelerin ağız ve diş sağlığının önemi konusundaki bilgilerinde büyük oranda eksiklik mevcut olup danışmanlık alma oranları da düşüktü. Mevcut periodontal sağlıklarının göstergesi CPI skoru düşük doğum ağırlığı ile anlamlı ilişki göstermekteydi. Bu doğrultuda ülkemizde daha çok metodolojik çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca gebelikteki ağız diş problemlerinin doğurduğu olumsuz sonuçları önlemek adına tüm gebelerin ve gebe adaylarının bu konuda bilgilendirilmesi, etkin

Oral Presentation / Research

Çalışan Kadınların Yardımcılarının Cilt Bakımı ve Nemlendirici Hakkındaki Tutumlarıİşilay Gedik Tekinemre¹, Burcu Kayhan Tetik², Şeyma Yaşar³

1. Elazığ, Elazığ, Turkey E-mail: isilaygedik@hotmail.com
2. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
3. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 17" by İşilay Gedik Tekinemre

Keywords / Anahtar Kelimeler: Ev işleri, çalışan kadınlar, temizlik, cilt lezyonları**Aim:**

Çalışan kadınların yaşadığı en büyük zorluk hem ev hem iş ile ilgilenmektir. Bu nedenle kadınlar evde yardımcı ile bu zorluğu biraz azaltmaya çalışmaktadır. Temizlik kavramı mevcut bulunduğumuz pandemi döneminde çok daha fazla önem arz etmektedir. Ev hizmetlerinde çalışan kadınlara olan ihtiyaç esnek veya evden çalışan bireyler için azalırken sağlık sektöründe çalışanlar, özellikle de doktorlar için artmıştır. Evde çalışan kadınlar evin temizlik, yemek gibi işleri ile uğraşırken hijyene dikkat etmeli bunu yaparken de cilt sağlığını korumalıdır. Bu çalışmada doktorların evlerinde çalışan yardımcıların cilt lezyonu varlıkları, nemlendirici kullanma durumları ve el hijyeni hakkındaki düşünceleri araştırıldı.

Method:

Çalışma Turgut Özal Tıp Merkezi hastanesinde çalışan doktorların yardımcılarına telefon açılarak uygulandı. Araştırmacılar tarafından oluşturulan anket gönüllülük esasına göre uygulandı. Veriler SPSS 26 programı ile değerlendirildi ve p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Results:

Çalışmaya katılan 32 katılımcının yaş ortalaması 40 ± 10 yıl idi. 19 (59,4%) katılımcının cilt hastalığı olarak egzema tanısı olduğu ve 20 kişinin (62,5%) nemlendirici kullandığı öğrenildi. Pandemi döneminde daha fazla temizlik ürünü kullanıyor musunuz sorusuna 25 (78,1%) kişi evet cevabını verdi. Nemlendirici ürün alırken kimden yardım alırsınız sorusuna en çok 16'şar kişi (56,3%) ile cilt doktoru ve reklamlardan yardım alırım cevapları verildi. El hijyeni nedir diye sorulduğunda 26 (81,3%) kişi ellerin mikropardan arındırılması cevabını verdi.

Conclusions:

Evde yardımcı olarak çalışan kadınlar çok daha fazla temizlik ürünü kullanmakta bu da ellerinin daha fazla tahriş olmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda pandemi döneminde yardımcıların daha da fazla temizlik ürünü kullandıkları görüldü. Bu durum, egzemaların daha fazla artmasına neden olacağından bu konuda bilgilendirme yapılarak, cilt sağlığını korumanın ve nemlendirmenin önemini vurgulanması uygun olacaktır.

Oral Presentation / Research

COVID-19'lu Hastalarda Nötrofil/Lenfosit oranı, Lenfosit/Monosit oranı, Platelet/Lenfosit oranı ile Radyolojik Pnömoni Şiddet Skoru, Hastanede Kalış Süresi, Tedaviye Yanıt ve Prognoz İlişkisi

Celalettin Korkmaz¹, Soner Demirbaş¹, Hülya Vatansav¹, Şebnem Yosunkaya², Turgut Teke³, Adil Zamani¹, Pınar Didem Yılmaz⁴, Necdet Poyraz⁵, Mehmet Uyandı¹

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
2. Necmettin Erbakan Üniversitesi, 42080 Konya, Turkey E-mail: syosunkaya@gmail.com
3. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
4. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı
5. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 17" by Şebnem Yosunkaya

Keywords / Anahtar Kelimeler: COVID-19, Nötrofil/Lenfosit oranı, Lenfosit/Monosit oranı, Platelet/Lenfosit Oranı, Radyolojik Pnömoni Şiddet Skoru

Aim:

Çalışmada COVID-19'lu yatan hastalarda nötrofil/lenfosit oranı (NLR), lenfosit/monosit oranı (LMR), platelet/lenfosit oranı (PLR) ile radyolojik pnömoni şiddet skoru, hastanede kalış süresi, tedaviye yanıt ve prognoz ilişkisini araştırmayı amaçladık

Method:

Çalışma Nisan-Eylül 2020 tarihleri arasında COVID-19 tanısıyla yatarak takip edilmiş 182 hasta ve 91 kontrol grubu ile retrospektif olarak gerçekleştirildi. Hastaların yatışta NLR, LMR, PLR oranları kontrol grubu ile karşılaştırıldı, ardından hastaneye yatış ve çıkış değerleri karşılaştırıldı, NLR, LMR, ve PLR'nin COVID-19'lu hastalarda pulmoner tutulumu olanlarla olmayanlar arasındaki farkları, bu parametrelerin radyolojik pnömoni şiddet skoru (RPŞS) ile korelasyonları, iyi ve kötü prognozlu hastaların değerlerinin karşılaştırılması yapıldı.

Results:

COVID-19'lu hastalarda, LMR değerleri kontrollere göre düşük ($p=0.025$), NLR ve PLR anlamlı yüksek saptandı ($p=0.002$ ve $p=0.008$). Taburcu aşamasında, başlangıçta düşmüş olan bu değerlerden PLR değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı artış ($p=0.01$) ve CRP değerinde anlamlı düşüş saptandı ($p<0.001$). Pnömonisi olanlarda LMR anlamlı olarak daha düşük bulundu (0.033). LMR ile RPŞS, semptom- taburcu süresi, hastanede kalış süresi arasında ters yönlü anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla $r=-0.206$ $p=0.003$; $r=-0.137$ $p=0.032$; $r=-0.135$ $p=0.034$) NLR ve PLR ile RPŞS ($r=0.234$ $p=0.001$ ve $r=0.128$ $p=0.042$), semptom-taburcu ($r=-0.140$ $p=0.030$ ve $r=0.125$ $p=0.046$) süresi arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon saptandı, Hastaların medyan hastanede kalış süresi 8, semptom-taburcu arası süre 13 gündü. Medyan yaş 60 olup hastane mortalite oranı % 2.7, YBÜ'e devir oranı %5.4 idi. Hem hastaneye yatıştaki hem de taburcu esnasındaki CRP ile NLR ve PLR arasında pozitif yönlü ($r=0.503$ $p<0.001$, $r=0.372$ $p<0.001$) LMR ile ters yönlü ($r=-.133$ $p=0.036$) anlamlı korelasyon saptandı.

Conclusions:

Çalışmamızda COVID-19'lu hastanede yatan hastalarda kolaylıkla ulaşılabilen, rutin hemogram tetkiklerinden hızlıca

hesaplanabilen NLR, LMR ve PLR, hastalığın tanı ve takibinde CRP ile birlikte kullanılabilir, hastalığın şiddetiyle anlamlı korelasyon gösteren, tedaviye yanıt izlemede ve prognozu öngörmede faydalanılabilecek hematolojik prediktörler olarak bulunmuştur.

Full Text

GİRİŞ

Koronavirüs hastalığı aralık 2019'dan itibaren Çin'in Wuhan şehrinde bir solunum yolu hastalığı salgınının nedeni olarak tanımlandı(1). WHO tarafından Corona Virüsü Hastalığı 2019 (COVID-19) olarak adlandırıldı(2). Bu hastalıkta lökosit, lenfosit ve trombosit sayısının genellikle azalmış olduğu (3-5) ve progresif lenfositopeninin hastalığın şiddetini temsil ettiği bildirildi(6). Eosinopeninin, tanı sırasında gözardı edilmemesi gereken potansiyel olarak güvenilir bir laboratuvar göstergesi olarak kabul edilebileceği (6,7), ek olarak, CD4 + T, CD8 + T ve IL-6, IL-10 ve nötrofil/lenfosit oranı (NLR) seviyelerinin COVID-19 pnömonisinin gelişimini ve hastalığın şiddetini tahmin etmede kullanılabileceği bildirilmiştir(8,9). Nötrofiller, sistemik inflamasyonda ilk savunma hattını başlatır. Lenfositler, inflamasyonun düzenleyici ve koruyucu bileşenini oluşturur(10). NLR nötrofil sayısının lenfosit sayısına bölünmesiyle hesaplanması kolay ve oldukça düşük maliyetli bir enflamatuvar parametredir. Son yıllarda, NLR çeşitli hastalıkların tanısında ve prognozunun belirlenmesinde değerli bilgiler sağlamak için kolay ve pratik bir yöntem haline gelmiştir(11,12). COVID-19'lularda yapılan bir çalışmada NLR'nin COVID-19'un erken evresinde şiddetli hastalığı tahmin etmede etkili olduğu bildirilmiş, 50 yaş üzeri ve NLR ≥ 3.13 olan hastaların ağır hastalığa yatkın oldukları bildirilmiştir(12) Bir diğer çalışmada, yeni korona virüsün esas olarak lenfositler, özellikle T lenfositler üzerinde etkili olabildiği, NLR ve lenfosit alt kümelerinin belirlenmesinde yardımcı olabileceği bildirmiştir(13). Son yıllarda platelet/lenfosit oranı (PLR) değerinin de inflamasyonun bir göstergesi olarak kullanılabileceği bildirilmiştir(14). Ek olarak, lenfosit/monosit oranı (LMR)'nın, NLR ve PLR gibi sistemik inflamatuvar yanıtın göstergesi olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur(15). COVID-19'da NLR ve PLR kullanımını ile ilgili çalışmalardan 3.508 hasta ile toplam 20 çalışmanın dahil edildiği bir derlemede(16), COVID-19 hastalarında şiddetli ve şiddetli olmayan hastalığı ayırt etmek için NLR ve PLR'nin bağımsız prognostik belirteçler olarak kullanılabileceği bildirilmiştir. Bu parametrelerin uygun maliyetli ve tüm laboratuvarlarda kolayca erişilebilir olması nedeniyle gelecekteki çalışmalarda, NLR ve PLR trendlerinin hastalığın seyri ile karşılaştırılması önerilmiştir(16).

Çalışmamızda NLR, LMR, PLR, lökosit, nötrofil, lenfosit, monosit, eozinofil, hemoglobin, ortalama eritrosit hacmi (MCV), platelet ve ortalama trombosit hacmi (MPV)'nin COVID-19 hastalarında, hastalığın takibindeki değeri, pulmoner tutulum şiddeti ve prognozu ile olan ilişkileri araştırmayı amaçladık.

MATERYALLER VE METODLAR

Çalışmamız bir üniversite hastanesi göğüs hastalıkları kliniğinde nisan-eylül 2020 tarihleri arasında COVID-19 tanısı almış, yatarak tedavisi yapılmış 182 hasta ve 91 kontrol grubu ile retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Göğüs hastalıkları kliniğinde takip edilmiş 18 yaş üzeri tüm COVID-19 hastaları hastane bilgi yönetim sisteminden taranarak polimeraz zincir

reaksiyonu (PCR) yöntemiyle kesin tanı konmuş hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastane bilgi yönetim sisteminden dosya bilgilerine ulaşılarak yaş, cinsiyet, hastaneye yatış ve taburcusundaki hematolojik parametreleri (lökosit, nötrofil, lenfosit, monosit, eozinofil, bazofil, hemoglobin, MCV, trombosit, MPV, NLR, LMR, PLR, C-reaktif protein (CRP) değerleri), radyolojik bulguları (PA akciğer grafileri ve toraks CT'leri), semptomları, ek hastalıkları, aldıkları tedaviler, hastanede kalış süreleri, semptom başlangıcı ile taburcu arasında geçen süre, taburcu sonrası tekrar yatış, yoğun bakıma devir ve son durumları kaydedildi. Hastaneden şifa ile taburcu edilenler iyi prognozlu, yoğun bakım ünitesine devir edilenler, taburcu sonrası tekrar hastaneye yatışı gerekenler ve exitus olanlar kötü prognozlu olarak kabul edildi. Pulmoner tutulum torkas BT konusunda deneyimli uzman radyolog tarafından radyolojik pnömoni şiddet skoru (RPŞS) kullanılarak değerlendirildi. Bu değerlendirmede 5 akciğer lobunun her biri tutulum derecesi açısından incelendi (0: % 0 tutulum, 1: % 1-25 tutulum, 2: % 26-% 50 tutulum, 3: % 51-75 tutulum ve 4: % 76-100 tutulum). Beş lobun skoru toplanarak genel "akciğer şiddet skoru" hesaplandı (skor aralığı, 0-20)(17,18).

Kontrol grubu olarak; COVID-19'lu hastalarla benzer yaşta ve cinsiyet oranında (K/E), göğüs hastalıkları polikliniğine daha önce başvurmuş kişilerden, herhangi bir patoloji saptanmamış 91 kişi alındı.

Bu çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (Tarih: 07/08/2020 ve sayı: 2020/2776).

İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 for Windows (SPSS, IL, ABD) kullanıldı. SPSS 22'de normal dağılıma uygunluk analizleri yapıldı, normal dağılım gösteren sürekli sayısal değişkenler için student-t test, normal dağılım göstermeyen değişkenler için mann-whitney-u testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Tüm analizlerde $P < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

SONUÇLAR

Katılımcıların yaş ortalamaları, hasta grubunda 59.92 ± 12.36 medyan 60(18-90), kontrol grubunda 57.65 ± 11.83 medyan 58 (23-71) idi. Hastaların 102'si (%56) erkek, 80'i (%44) kadındı. Kontrol grubunda 57 (%62.6) erkek, 34 (%37.4) kadın mevcuttu. Yaş ve cinsiyet açısından hastalarla kontrol grubu arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0.005$). Hastalarımızın semptom başlangıcından taburcu olana kadar geçen ortalama süre 14.19 ± 8.41 , medyan süre 13 gün (4-75), hastanede kalış süresi ortalama 9.77 ± 7.86 , medyan süre 8 gün (2-72) idi.

COVID-19'lu hastaların 145'inde (%79.7) ek hastalık vardı, 37'sinde (%20.3) yoktu. En sık karşılaşılan semptomlar, öksürük (% 63.7), halsizlik (%61.5), nefes darlığı (% 40.7) ve ateş (% 40.1) idi. En sık kullanılan tedaviler; plaquenil (% 91.2), enoxaparin (% 70.3), ve favipravir (% 60.4) idi (tablo 1).

COVID-19 hastalarının 44'ünde pulmoner tutulum saptanmadı. Radyolojik olarak pnömoni şiddetine göre skorlandığında skor ortalaması 4.86 ± 3.99 , en yüksek skor 15 olarak bulundu. En sık görülen pnömoni şiddet skoru 5 idi, 26 (%14.3) hastada görüldü (tablo 2).

COVID-19'lu hastalarla kontrol grubunun hematolojik parametreleri karşılaştırıldığında; lökosit, lenfosit, monosit, eozinofil, bazofil, hemoglobin, trombosit ve LMR değerleri

COVID-19'lularda anlamlı olarak düşük, NLR ve PLR anlamlı olarak yüksek saptandı. Ek hastalığı olmayan COVID-19'lu hastalarla kontrol grubunun karşılaştırılmasında bunlara ek olarak MPV değerleri COVID-19'lularda anlamlı olarak düşük saptandı, hemoglobinde fark yoktu (tablo 3).

Hastaların hastaneye yatış ve taburcu aşamasındaki hematolojik parametreleri ve oranlar karşılaştırıldığında, taburcu esnasında lökosit, lenfosit, monosit, eozinofil, trombosit sayılarının ve PLR'nin anlamlı olarak yükseldiği CRP'nin anlamlı olarak düştüğü görüldü. (tablo 4).

Pnömonisi olan COVID-19 hastalarında LMR anlamlı olarak daha düşük bulundu. NLR ve PLR değerleri pnömonisi olanlarda daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi (tablo 5).

Radyolojik Pnömoni Şiddet Skoru (RPŞS) ile LMR arasında ters yönlü zayıf istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r = -0.206$, $p = 0.003$). RPŞS ile PLR ve NLR arasında pozitif yönlü zayıf istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r = 0.128$, $p = 0.042$) ve ($r = 0.234$, $p = 0.001$). (tablo 6).

Hastanede kalış süresi ile LMR ile arasında ters yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r = -0.135$, $p = 0.034$). NLR ve PLR ile hastanede kalış süresi arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (tablo 6). Semptom-taburcu süresi ile NLR ve PLR arasında pozitif yönlü, zayıf istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r = 0.140$, $p = 0.030$) ve ($r = 0.125$, $p = 0.046$). Semptom-taburcu süresi ile LMR arasında ters yönlü, zayıf anlamlı korelasyon saptandı ($r = -0.137$, $p = 0.032$) (Tablo6).

Semptom başlangıcı- taburcu arasında geçen süre ve hastanede kalış süresi ile RPŞS arasında pozitif yönlü, orta derecede kuvvetli anlamlı korelasyon izlendi ($r = 0.394$, $p < 0.001$) ve ($r = 0.364$, $p < 0.001$) (tablo 6).

Ek hastalığı olanlarla olmayanlar arasında pnömoni olup olmamaları açısından anlamlı fark saptanmadı. Ek hastalığı olanlarda ortalama RPŞS 6.41 ± 3.72 , min-max değerler 1-15 iken ek hastalığı olmayanlarda ortalama RPŞS 6.10 ± 2.94 , min-max değerler 1-13 idi. Ek hastalığı olanlarla olmayanlar arasında RPŞS'leri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

168 hasta şifa ile taburcu edildi ve iyi prognozlu olarak değerlendirildi. Geriye kalan 14 hastanın 2'exitus, 2'si taburcu sonrası tekrar yatış, 10'u yoğun bakıma devir olduğundan kötü prognozlu olarak kabul edildi. Yoğun bakıma devir edilen 10 hastanın 3'ü exitus oldu. Toplam 182 hastanın 5'i exitus olduğundan mortalite oranı % 2.74 olarak hesaplandı. Hasta NLR ve PLR değerleri kötü prognoza sahip olan hastalarda istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek, LMR değeri anlamlı olarak daha düşük bulundu (tablo 7).

Hastaneye yatıştaki CRP ile NLR ve PLR arasında pozitif yönlü orta derecede kuvvetli istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r = 0.503$, $p < 0.001$) ve ($r = 0.372$, $p < 0.001$). Hastaneye yatıştaki CRP ile LMR arasında ters yönlü zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r = -0.133$, $p = 0.036$). Hastaneye yatıştaki sedimantasyon ile PLR arasında pozitif yönlü orta derecede kuvvetli istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r = 0.259$, $p = 0.001$). Hastaneye yatıştaki Sedimantasyon ile NLR ve LMR arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (tablo 8).

Hastaneden taburcu olurken CRP ile NLR ve PLR ile arasında pozitif yönlü zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r=0.193$, $p=0.005$) ve ($r=0.148$, $p<0.024$). Hastaneden taburcu olurken CRP ile LMR arasında ters yönlü zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r=-0.154$, $p=0.019$). Hastaneden taburcu olurken sedimantasyon ile NLR, LMR, PLR arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (tablo 8).

TARTIŞMA

Çalışmamızda COVID-19'lu hastalarda LMR değerleri kontrol grubundan düşük, NLR ve PLR yüksek saptandı. Pnömonisi olanlarda LMR anlamlı olarak daha düşük bulundu. LMR ile Radyolojik Pnömoni Şiddet Skoru arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttu. NLR ve PLR değerleri kötü prognoza sahip olan hastalarda anlamlı olarak daha yüksek, LMR değeri anlamlı olarak daha düşük bulundu. Bu oranlar CRP ile korele idi.

Çalışmamızda, lökosit, lenfosit, monosit, eozinofil, trombosit başlangıç değerleri hem kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük hem de taburculuk esnasında anlamlı olarak yükselmiş bulunmuştur. Bu da hematolojik laboratuvar parametrelerinin, bulaşıcı hastalıkta her zaman tanı değerinin olduğunu ve takip parametrelerinin önemli bir bileşeni olduğunu göstermektedir. Hastaneye yatırıldığında CRP ile NLR ve PLR arasında pozitif yönlü, LMR ile ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. Hastaneden taburcu olurken de CRP ile NLR ve PLR arasında pozitif yönlü, LMR ile ters yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. Bu bulgular bize bu parametrelerin CRP ile birlikte, yatan hastaların takibinde kullanılabileceğini göstermektedir. Önceki çalışmalarda, şiddetli COVID-19 hastalarında CRP, NLR, PLR değerlerinin daha yüksek, LMR nin daha düşük olduğu (19,20) ve düşük lenfosit sayısının, yüksek CRP, NLR, PLR'nin COVID-19 şiddeti için risk faktörleri olduğu bildirilmiştir (19). Zhao ve arkadaşları (21), periferik kan enflamatuvar belirteçlerinin, inflamasyonun yoğunluğunu yansıttığını ve COVID-19'un ciddiyeti ile ilişkili olduğunu ve prognozu tahmin etmede, IL6 gibi NLR'nin de kullanılabileceğini bildirdi. Yeni bir diğer çalışmada radyolojik pnömoni şiddet skorunun (RPSS), entübasyonun, uzun süreli hastanede kalış ve ölümün bağımsız bir prediktörü olduğu bildirilmiştir (22). CT görüntüsünün kantitatif analizinin COVID-19'un klinik sınıflandırmasını yansıtabileceğini belirten bir çalışmada, kullanılan RPSS'nun şiddetli hastalığı ayırmada %82.6 sensitiviteye, % 100 spesifisiteye sahip olduğu bildirildi (20). Bu bulgu ile uyumlu bir şekilde çalışmamızda, RPSS ile semptom başlangıcı-taburcu arasında geçen süre ve hastanede kalış süresi arasında anlamlı ilişki olduğu izlendi. Bizim çalışmamızda RPSS ile NLR ve PLR arasında anlamlı, pozitif yönlü; LMR ile ise negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi.

Çalışmamızda kötü prognoza sahip olan hastalarda NLR ve PLR değerleri istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek, LMR değeri anlamlı olarak daha düşük bulundu. Çalışmamızda hastalığın seyri ve tedaviye yanıt süreleri konusunda bilgi veren diğer 2 parametre olan semptom-taburcu süresi ile NLR ve PLR arasında pozitif yönlü, LMR ile negatif yönlü ve hastanede kalış süresi ile LMR arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı.

COVID-19 hastanede kalış süresinin araştırıldığı 46'sı Çin'den 52 çalışmanın dahil edildiği sistematik bir incelemede, Çin'deki hastalarda hastanede kalış medyan süresinin 14 gün, Çin dışındaki çalışmalarda hastalarda 5 gün olduğu

bildirilmiştir (23). Bizim çalışmamızda 8 gün olarak saptandı. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) 592 akut bakım hastanesini içeren coğrafi olarak çok çeşitli, geniş kapsamlı çalışmada medyan hastanede kalış süresi 6 (3-10) gün idi. Bu çalışmada COVID-19'lu 64781 hasta hasta hasta analiz edildi. Medyan yaş, yatan hastalar için 65 (52-77) idi (24). Yatarak tedavi gören hastalarda hastane içi mortalite % 20,3 idi. Hastaların % 19.4'ü YBÜ'ye yatırıldı. Bizim hastalarımızın medyan yaşı 60 olup hastane mortalite oranımız % 2.7, YBÜ'e devir oranımız %5.4 idi.

Taburcu olurken klinik iyileşmeyle birlikte lökosit, lenfosit, monosit, eozinofil, trombosit sayılarının ve PLR'nin anlamlı olarak yükseldiği CRP'nin anlamlı olarak düştüğü görüldü. Taburcu olurken hemoglobindeki düşüşün sedimantasyondaki yükselişin devam ettiği görüldü. Hastaneden taburcu olurken sedimantasyon ile NLR, LMR, PLR arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. Klinikle uyumlu düzelleme göstermemesi nedeniyle kısa dönem takipte bu iki parametrenin kullanılmasının uygun olmadığı kanaatine varıldı.

Çok sayıda çalışmada COVID-19 hastalığının ek hastalığı olanlarda daha şiddetli olduğu bildirilmiştir (26). Bizim çalışmamızda ek hastalığı olanlarla olmayanlar arasında pnömoni olup olmamaları açısından anlamlı fark saptanmadı.. Anlamlı fark çıkmamasının sebebi, bizim istatistiğe sadece ciddi hastalıkları değil tüm ek hastalıkları dahil etmiş olmamız olabilir.

Sonuç olarak, bu çalışmada COVID-19'lu hastanede yatan hastalarda kolaylıkla ulaşılabilen, rutin hemogram tetkiklerinden hızla hesaplanabilen NLR, LMR ve PLR değerlerinin hastalığın tanı ve takibinde CRP ile birlikte kullanılabilecek, hastalığın şiddetiyle anlamlı korelasyon gösteren, tedaviye yanıt izlemede ve prognozu öngörmede faydalanılabilecek hematolojik prediktörler olarak bulunmuştur. Ek olarak başlangıçta düşük olan hemoglobinin taburcudaki düşmeye devam etmesi nedeniyle, başlangıçta yükselen sedimantasyonun taburcudaki da yükselmeye devam etmesi ve klinikle uyumlu düzelleme göstermemesi nedeniyle kısa dönem takipte bu iki parametrenin kullanılmasının uygun olmadığı kanaatine varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious diseases of poverty*. 2020;9(1):29.
2. uan H, Cao X, Ji X et al. A Current emerging respiratory infection: Epidemiological and clinical characteristics, diagnosis and treatments of COVID-19. *Diagnosis and Treatments of COVID-19* (3/6/2020). 2020.
3. Huang C, Wang Y, Li X et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* (London, England). 2020;395(10223):497-506.
4. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England journal of medicine*. 2020;382(18):1708-20.
5. Wang D, Hu B, Hu C. et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *Jama*. 2020;323(11):1061-9.
6. Liu W, Wang F, Li G. et al. Analysis of 2019 novel coronavirus infection and clinical characteristics of outpatients: an epidemiological study from the fever clinic in Wuhan, China. 2020.
7. Li Q, Ding X, Xia G, Geng Z, Chen F, Wang L. A simple laboratory parameter facilitates early identification of COVID-19 patients. *medRxiv*. DOI. 2020;10(2020.02):13.200.
8. Liu J, Liu Y, Xiang P. et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts critical illness patients with 2019 coronavirus disease in the early stage. *Journal of translational medicine*. 2020;18(1):206.
9. Wan S, Yi Q, Fan S. et al. Characteristics of lymphocyte subsets and cytokines in peripheral blood of 123 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus pneumonia (NCP). *MedRxiv*. 2020.
10. Rocha-Pereira P, Santos-Silva A, Rebelo I, Figueiredo A, Quintanilha A, Teixeira F. The inflammatory response in mild and in severe psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 2004;150(5):917-28.

11. Demirkol S, Balta S, Kucuk U, Kucuk H. The neutrophil lymphocyte ratio may be useful inflammatory indicator before applying other expensive and invasive procedures. Indian journal of nephrology. 2014;24(1):65-6.
12. Liu J, Liu Y, Xiang P. et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts severe illness patients with 2019 novel coronavirus in the early stage. MedRxiv. 2020.
13. Qin C, Zhou L, Hu Z. et al. Dysregulation of immune response in patients with COVID-19 in Wuhan, China. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2020.
14. Zhang J, Zhang H-Y, Li J, Shao X-Y, Zhang C-X. The elevated NLR, PLR and PLT may predict the prognosis of patients with colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Oncotarget. 2017;8(40):68837.
15. Ying H-Q, Deng Q-W, He B-S. et al. The prognostic value of preoperative NLR, d-NLR, PLR and LMR for predicting clinical outcome in surgical colorectal cancer patients. Medical oncology. 2014;31(12):305.
16. Chan AS, Rout A. Use of Neutrophil-to-Lymphocyte and Platelet-to-Lymphocyte Ratios in COVID-19. Journal of clinical medicine research. 2020;12(7):448-53.
17. Chung M, Bernheim A, Mei X et al. CT Imaging Features of 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV). Radiology. 2020;295(1):202-7.
18. Li K, Fang Y, Li W et al. CT image visual quantitative evaluation and clinical classification of coronavirus disease (COVID-19). European radiology. 2020;30(8):4407-16.
19. Wang H, Xing Y, Yao X et al. Retrospective Study of Clinical Features of COVID-19 in Inpatients and Their Association with Disease Severity. Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research. 2020;26:e927674.
20. Asghar MS, Khan NA, Haider Kazmi SJ et al. Hematological parameters predicting severity and mortality in COVID-19 patients of Pakistan: a retrospective comparative analysis. Journal of community hospital internal medicine perspectives. 2020;10(6):514-
21. Zhao Y, Yu C, Ni W, Shen H, Qiu M, Zhao Y. Peripheral blood inflammatory markers in predicting prognosis in patients with COVID-19. Some differences with influenza A. Journal of clinical laboratory analysis. 2020:e23657.
22. Ufuk F, Demirci M, Sagtas E, Akbudak IH, Ugurlu E, Sari T. The prognostic value of pneumonia severity score and pectoralis muscle Area on chest CT in adult COVID-19 patients. European journal of radiology. 2020;131:109271.
23. Rees EM, Nightingale ES, Jafari Y et al. COVID-19 length of hospital stay: a systematic review and data synthesis. BMC medicine. 2020;18(1):270.
24. Rosenthal N, Cao Z, Gundrum J, Sianis J, Safo S. Risk Factors Associated With In-Hospital Mortality in a US National Sample of Patients With COVID-19. JAMA network open. 2020;3(12):e2029058.
25. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. Jama. 2020;323(20):2052-9.
26. Gandhi RT, Lynch JB, Del Rio C. Mild or Moderate Covid-19. The New England journal of medicine. 2020;383(18):1757-66.

Tablo 1. COVID-19'lu hastaların ek hastalıkları, semptomları ve kullanılan tedaviler

Ek Hastalıklar	N	Yüzde (%)	Semptomlar	N	Yüzde (%)	Tedavi	N	Yüzde (%)
Hipertansiyon	85	46.7	Öksürük	116	63.7	Plaquenil	166	91.2
Astım	44	24.2	Halsizlik	112	61.5	Enoxaparin	128	70.3
Diabetes Mellitus	31	17	Nefes darlığı	74	40.7	Favipiravir	110	60.4
Koroner Arter Hastalığı	23	12.6	Ateş	73	40.1	Sefalosporin	79	43.4
SVO	9	4.9	Kas ağrısı	31	17	Azitromisin	52	28.6
KKY	8	4.4	Balgam çıkarma	26	14.3	Meropenem	52	28.6
Osteoporoz	8	4.4	Baş ağrısı	24	13.2	Osetamivir	41	22.5
KOAH	7	3.8	İştahsızlık	23	12.6	İmmün plazma	39	21.4
KBY	6	3.3	Boğaz ağrısı	21	11.5	Dexametazon	38	20.9
Romatoid Artrit	6	3.3	Bulantı kusma	20	11	Piperasilin tazobaktam	30	16.5
Migren	4	2.2	İshal	11	6	Kinolon	17	9.3
Hipertiroidi	4	2.2	Tat koku alamama	10	5.5	Vankomisin	11	6
Hiperlipidemi	4	2.2	Göğüs ağrısı	2	1.1	Linezolid	4	2.2
Hipotiroidi	3	1.6				Tigesiklin	4	2.2
Aritmi	2	1.1				C-D vitamini	4	2.2
OSAS	1	0.5				Doksiziklin	1	0.5
Sarkoidoz	1	0.5						
Kalp Kapak Hastalığı	1	0.5						
Sistemik Skleroz	1	0.5						
Hepatit B	1	0.5						
Epilepsi	1	0.5						
Talesmi Minör	1	0.5						
Lenfoma	1	0.5						
Meme Karsinomu	1	0.5						

SVO: Serebro vasküler olay, KKY: Konjestif kalp yetmezliği, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KBY: Kronik böbrek yetmezliği, OSAS: Obstrüktif uyku apne sendromu

Tablo 2. COVID-19'lu hastaların radyolojik pnömoni şiddet skorları

Radyolojik Pnömoni Şiddet Skoru	N	Yüzde (%)
0	44	24.2
1	8	4.4
2	7	3.8
3	10	5.5
4	14	7.7
5	26	14.3
6	10	5.5
7	23	12.6
8	10	5.5
9	4	2.2
10	3	1.6
11	9	4.9
12	5	2.7
13	6	3.3
14	2	1.1
15	1	0.5
Total	182	100

Tablo 3. COVID-19'lu hastalar ile kontrol grubunun hematolojik parametreleri, NLR, LMR, ve PLR'lerinin karşılaştırılması

Hematolojik Parametreler ve oranları	Tüm COVID-19 Mean±Sd N:182	Kontrol grubu Mean±Sd N:91	P*	Ek hastalığı olmayan Mean±Sd N:37	P**
Lökosit	6118±2500	7307±1809	<0.001	5471±1724	<0.001
Nötrofil	4126±2165	4188±1561	0.806	3352±1332	0.005
Lenfosit	1480±741	2373±623	<0.001	1596±815	<0.001
Monosit	431±180	512±154	<0.001	411±149	0.001
Eozinofil	52±89	171±125	<0.001	63±99	<0.001
Bazofil	18±60	38±20	0.002	11±12	<0.001
Hemoglobin	13.27±1.81	13.97±1.27	0.001	13.64±1.61	0.22
MCV	90.58±68.88	86.09±4.83	0.536	85.38±8.58	0.55
Trombosit	211082±83705	266891±81304	<0.001	204388±2747	<0.001
MPV	11.03±7.15	10.16±1.08	0.248	10.58±0.72	0.03
NLR	3.65±3.41	1.89±0.94	<0.001	2.88±2.60	0.002
LMR	3.67±1.69	4.91±1.54	<0.001	4.17±2.00	0.025
PLR	170.52±99.84	117.56±38.53	<0.001	144.20±76.28	0.008

P*: Tüm COVID-19 hastaları ile kontrol grubu arasında, P**:Ek hastalığı olmayan COVID-19 hastaları ile kontrol grubu arasında. MCV: eritrosit hacmi, MPV:ortalama trombosit hacmi NLR:Nötrofil/lenfosit oranı, LMR: Lenfosit/monosit oranı, PLR: Platelet/lenfosit oranı

Tablo 4. COVID-19'lu hastaların hematolojik parametrelerinin, NLR, LMR, ve PLR ve CRP'lerinin hastaneye yatış ve taburcu değerlerinin karşılaştırılması

Hematolojik Parametreler, oranları ve CRP	Hastaneye yatış Mean±Sd N:182	Taburcu Mean±Sd N:182	P
Lökosit (uL)	6118.13±2500.55	7025.66±2563.56	<0.001
Nötrofil (uL)	4126.15±2165.30	4668.79±2422.42	0.005
Lenfosit (uL)	1480.44±741.63	1747.53±777.28	<0.001
Monosit (uL)	431.70±180.68	480.22±204.28	0.003
Eozinofil (uL)	52.21±89.84	115.64±121.45	<0.001
Bazofil (uL)	18.34±60.26	19.83±17.68	0.735
Hemoglobin(g/dL)	13.27±1.81	12.61±1.70	<0.001
MCV (fL)	90.58±68.88	85.69±7.68	0.331
Trombosit (uL)	211082.42±83705.93	313743.65±258928.68	<0.001
MPV (fL)	11.03±7.15	11.35±8.75	0.711
Sedimentasyon	41.48±21.23	48.67±25.52	0.001
CRP (mg/L)	37.28±41.42	16.88±26.17	<0.001
NLR	3.65±3.41	3.91±5.39	0.539
LMR	3.67±1.69	3.94±1.72	0.062
PLR	170.52±99.84	234.01±269.51	0.01

MCV: eritrosit hacmi, MPV:ortalama trombosit hacmi NLR:Nötrofil/lenfosit oranı, LMR: Lenfosit/monosit oranı, PLR: Platelet/lenfosit oranı

Tablo 5. Pnömonisi olan ve olmayan COVID-19 hastalarının NLR, LMR ve PLR değerlerinin karşılaştırılması

Hematolojik Parametre oranları	COVID-19 pnömonisi var Mean±Sd N:138	COVID-19 pnömonisi yok Mean±Sd N:44	P
NLR	3,87±3,46	2,95±3,19	0.119
LMR	3,52±1,59	4,14±1,91	0.033
PLR	176,79±92,44	150,86±119,23	0.134

NLR:Nötrofil/lenfosit oranı, LMR: Lenfosit/monosit oranı, PLR: Platelet/lenfosit oranı

Tablo 6. Radyolojik pnömoni şiddet skoru, hastanede kalış süresi, semptom-taburcu süresi ile NLR, LMR ve PLR değerlerinin korelasyonu

	RPŞS	Hastanede Kalış Süresi	Semptom-Taburcu Süresi
RPŞS	r	0.364**	0.394**
	p	0.000	0.000
NLR	r	0.234**	0.109
	p	0.001	0.071
LMR	r	-0.206**	-0.135*
	p	0.003	0.034
PLR	r	0.128*	0.068
	p	0.042	0.181

RPŞS: Radyolojik Pnömoni Şiddet Skoru, NLR: Nötrofil/Lenfosit oranı, LMR: Lenfosit/Monosit oranı, PLR: Trombosit/Lenfosit oranı, r: Pearson korelasyon katsayısı *Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed), **Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed),

Tablo 7. Prognosa göre NLR, LMR ve PLR değerlerinin karşılaştırması

	Kötü prognozlu COVID-19	İyi prognozlu COVID-19	P
	Mean±Sd N:14	Mean±Sd N:168	
NLR	5.74±3.45	3.48±3.36	0.004
LMR	2.46±0.83	3.77±1.71	0.002
PLR	232.20±114.21	165.38±97.18	0.009

NLR: Nötrofil/Lenfosit oranı, LMR: Lenfosit/Monosit oranı, PLR: Trombosit/Lenfosit oran

Oral Presentation / Research

Educational value of Youtube Videos for eye practices.

Ahmet Kürşad Sakallıoğlu

Trakya University School of Medicine, 22030 edirne, Turkey E-mail: ahmetkursadsakallioğlu@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 17" by Ahmet Kürşad Sakallıoğlu

Keywords / Anahtar Kelimeler: education, eye practices, youtube

Aim:

Evaluating the education quality of youtube videos that give information about eye practices can be applied by family physicians in polyclinic conditions.

Method:

This is a retrospective, cross-sectional, register-based study. A search of YouTube was performed for the terms "corneal foreign body removal", "conjunctival foreign body removal", "lacrimal drainage system syringing", "eye drop instillation", "eye ointment instillation", "eye irrigation" without any changes to the Web site's standard search preferences. Respectively, first 50, 15, 12, 62, 18, 13 videos were evaluated for terms. Number of total views, daily views, comments, likes, dislikes are noted. A total of 169 videos were evaluated by two ophthalmologist in different times regarding DISCERN score (min-max: 16-75), Journal of the American Medical Association (JAMA) score (min-max: 0-4), and Global Quality score (min-max: 0-5). The average values of two ophthalmologists for 3 scoring systems were noted.

Results:

The correlation between the scores of DISCERN, JAMA and Global Quality given by both users was significantly consistent ($r=0,335$ $p=0,038$; $r=0,798$ $p=0,043$; $r=0,688$ $p=0,044$ respectively). The mean DISCERN, JAMA and Global Quality scores were 32.63 ± 7.25 (poor quality), 0.83 ± 0.58 (lowest quality), and 2.0 ± 0.97 (poor quality), respectively. Of the 169 videos, 71 (42%) had been uploaded by physicians, 40 (23.7%) by non-physician health workers, 58 (34.3%) by another youtube users. While all mean DISCERN, JAMA and Global Quality scores of the videos uploaded by physicians were significantly higher than both non-physician health workers and another users ($p<0,05$, $p<0,05$); there were no statistically significant difference between non-physician health workers and another users ($p>0.05$).

Conclusions:

Although; youtube videos uploaded by doctors about eye practices are relatively better than other users, the total quality of the videos is low in terms of education. For this reason; youtube is not an appropriate platform to educate physicians about eye practices.

Full Text

INTRODUCTION

Although the use of the internet to access health information has increased in doctors and patients recently, this increase also causes some disadvantages [1, 2]. Along with the increase in the resources that provide access to correct information, access to wrong information has also increased. Because the users

who use the internet as a source of information do not have sufficient knowledge about the subject, these users may not be able to fully evaluate the accuracy of the information they have obtained.

YouTube is the largest media-sharing and second most commonly used Web site [3]. In the meanwhile; the number of daily active users was close to 30 million, the number of videos watched daily was around 5 billion in recent years. YouTube is frequently used by patients, medical students, doctors, and other health care professionals as a resource for information about diseases and treatment methods [4-8].

COVID-19 pandemic process is still affecting all social dimensions. Its specific impact on education is extensive and quite evident in the adaptation from Face-to-Face teaching to online methodologies throughout the first wave of the pandemic [9]. For this reason, the shortcomings experienced in the medical education process may have led to a deficiency in the practical applications of doctors. Physicians who consider themselves inadequate in terms of eye practical applications may want to compensate for these shortcomings by watching educational videos on the internet.

For these reasons, in the present study, the educational quality of YouTube videos is evaluated in terms of eye practice applications.

MATERIALS and METHODS

This is a retrospective, cross-sectional, register-based study. A search of YouTube was performed on February 5, 2021, for the terms "corneal foreign body removal", "conjunctival foreign body removal", "lacrimal drainage system syringing", "eye drop instillation", "eye ointment instillation", "eye irrigation" without any changes to the Web site's standard search preferences. All video searches were performed by clearing the entire search history and without any user login. First 50 videos for the term "corneal foreign body removal", and first 62 videos for the term "eye drop instillation", and all videos for the terms "conjunctival foreign body removal", "lacrimal drainage system syringing", "eye ointment instillation", "eye irrigation" were evaluated (respectively 15, 12, 18, 13 videos). The number of total views, daily views, comments, likes, dislikes, and video durations are noted. According to the uploader, videos were classified into 3 categories as a doctors, non-doctor health workers, and other YouTube users. Videos nonrelated to searching terms, duplicated videos, videos shorter than 15 seconds, and animations are excluded.

The number of daily views of the video was calculated according to the formula: (total number of views of the video) / (number of days the video was broadcast).

DISCERN scoring system (Table 1), which evaluates the reliability of a publication and the quality of information on treatment options offered to the patient [10]. There are a total of 15 questions in the DISCERN scoring system, each of which can score 1-5 points. The objectivity and exhaustibility of medical information, especially regarding treatment are evaluated by this scoring system. The first section has eight questions that evaluates the reliability of a publication. The second section has seven questions that evaluates treatment-related information [11]. The DISCERN scoring system ranges from 15 to 75 points. If the study scores between 63-75 points, it is considered to be of excellent quality, 51-62 points for good

quality, 39–50 points for fair quality, 27–38 points for poor quality, or 15–26 points for very poor quality [12].

The Journal of the American Medical Association (JAMA) scoring system (Table 2) is a quality evaluation tool that can be used to evaluate information obtained from health-related websites. It comprises four criteria. This criteria are about authorship, attribution, disclosure, and currency. Each criterion is worth 1 point and score of four points indicates the highest quality [13].

The Global Quality Score (GQS) is a scoring system (Table 3) defined by Bernard et al [14]. It was used to assess a video in terms of its educational quality for patients. The GQS system allows users to evaluate the quality of a video's content. The score of one point indicates the poorest quality, and a score of five points indicates excellent quality.

In the present study, a total of 169 videos were evaluated by two ophthalmologists at different times regarding DISCERN score (min-max: 16-75), Journal of the American Medical Association (JAMA) score (min-max: 0-4), and GQS (min-max: 0-5). The average values of two ophthalmologists for 3 scoring systems were noted.

Statistical analysis was performed using SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) version 20 for Windows. While the descriptive statistics of numerical variables were presented as mean±standard deviation (SD), the descriptive statistics of categorical variables were presented as percentage. Kolmogorov-Smirnov test was used to assess data normality. ANOVA test was used to compare more than two independent groups if the normal distribution was accepted. Pearson correlation test was performed to determine the relationship between the numerical variables. Cohen's kappa analysis was performed to evaluate the inter-observer consistency of the ophthalmologists who made the assessments. Significance level was considered as $p < 0.05$.

RESULTS

The correlation between the scores of DISCERN, JAMA, and Global Quality given by both ophthalmologists was significantly consistent. In the correlation of the scoring system's values of two ophthalmologists; although there was a week consistency in terms of DISCERN scores, JAMA and Global Quality scores given by both ophthalmologists were strongly consistent. ($\kappa = 0,335$ $p = 0,038$; $\kappa = 0,798$ $p = 0,043$, and $\kappa = 0,688$ $p = 0,044$ respectively). The mean DISCERN, JAMA, and Global Quality scores were 32.63 ± 7.25 (poor quality), 0.83 ± 0.58 (lowest quality), and 2.0 ± 0.97 (poor quality), respectively.

Of the 169 videos, 71 (42%) had been uploaded by physicians, 40 (23.7%) by non-physician health workers, and 58 (34.3%) by other youtube users. While all mean DISCERN, JAMA, and GQS of the videos uploaded by doctors were significantly higher than both non-doctor health workers and other users ((DISCERN respectively; $p = 0,04$, $p < 0,001$), (JAMA respectively; $p = 0,001$, $p < 0,001$), (GQS respectively; $p = 0,016$, $p < 0,012$)); there was no statistically significant difference between non-doctor health workers and other users ($p > 0,05$).

There were no significant differences between doctors, non-doctor health workers, and other YouTube users in terms of the number of daily views, comments, likes, dislikes, and video

duration (respectively; $p = 0,817$, $p = 0,393$, $p = 0,217$, $p = 0,052$, and $p = 0,149$). Also, an investigation of the correlations between the number of likes, dislikes, comments, daily view, and video duration with DISCERN scores, JAMA scores, and GQS is shown in Table 4.

DISCUSSION

In the present study, the reliability of YouTube videos for eye practices is investigated. Although videos uploaded by the doctors have better quality than non-doctor health workers and other YouTube users, the competence of all videos was low. The mean DISCERN scores, JAMA scores, and GQS were poor quality, lowest quality, and poor quality respectively.

No difference was determined in terms of the number of daily views, comments, likes, dislikes, and video duration between physicians, non-physicians, and other users. This result also shows that the quality of the content offered by the video uploader does not make a difference for YouTube users.

It was also investigated which parameter users should look for to reach content with a high level of education. When these parameters were correlated with the values of the scoring systems, it was found that there was no correlation between the "number of dislikes" and any scoring system. The other 4 parameters were positively correlated with the DISCERN scoring system. In these, the "number of like" parameter showed a weak correlation with the DISCERN scoring system, while the others show a very poor correlation. When the correlation between JAMA and Global quality scoring systems and other parameters was examined, a very weak correlation was found between the "number of likes" and these two scoring systems, while a very weak correlation was found between "video duration" and only the Global quality scoring system. Other than that, no correlation was detected.

All these results show that, unfortunately, we cannot suggest for YouTube users to indicate any parameter to reach quality content in terms of eye practices.

Young et al. [15] in their study named "Quality analysis of publicly available videos for pediatric strabismus surgery" reported that YouTube may not be the primary method with which parents search for information online. Also, Kuçuk et al. [16] indicated poor quality of the YouTube videos about refractive surgery. In parallel with our study, these studies also emphasized that YouTube videos are of low educational quality.

The fact that only the video uploader is a doctor makes the educational quality of the eye practices videos a little better, but it is far from being of good quality in terms of education. Other video evaluation parameters such as the number of likes, dislikes, comments, daily views, and video duration are also not an effective guide for the educational quality of the videos. We recommend that users who want to get information in terms of eye practices not only use YouTube videos but also use other resources on these issues.

REFERENCES

- Casebeer, L., et al., *Physician internet medical information seeking and on-line continuing education use patterns*. Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2002. **22**(1): p. 33-42.
- Lawlor, E., et al., *Mental health literacy among Internet users*. Early Intervention in Psychiatry, 2008. **2**(4): p. 247-255.
- Aslam, S., *YouTube by the numbers: Stats, demographics & fun facts*. Erişim Tarihi, 2018. **15**: p. 2018.

4. Bae, S.S. and S. Baxter, *YouTube videos in the English language as a patient education resource for cataract surgery*. International ophthalmology, 2018. **38**(5): p. 1941-1945.
5. Samuel, N., N.M. Alotaibi, and A.M. Lozano, *YouTube as a source of information on neurosurgery*. World neurosurgery, 2017. **105**: p. 394-398.
6. Staunton, P.F., et al., *Online curves: a quality analysis of scoliosis videos on YouTube*. Spine, 2015. **40**(23): p. 1857-1861.
7. Erdem, M.N. and S. Karaca, *Evaluating the accuracy and quality of the information in kyphosis videos shared on YouTube*. Spine, 2018. **43**(22): p. E1334-E1339.
8. Drozd, B., E. Couvillon, and A. Suarez, *Medical YouTube videos and methods of evaluation: literature review*. JMIR medical education, 2018. **4**(1): p. e3.
9. Revilla-Cuesta, V., et al., *The Outbreak of the COVID-19 Pandemic and its Social Impact on Education: Were Engineering Teachers Ready to Teach Online?* Int J Environ Res Public Health, 2021. **18**(4).
10. Charnock, D. and S. Shepperd, *DISCERN: Quality criteria for consumer health information*. Radcliffe Online, 2020.
11. Charnock, D., et al., *DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices*. Journal of Epidemiology & Community Health, 1999. **53**(2): p. 105-111.
12. Weil, A.G., et al., *Evaluation of the quality of information on the Internet available to patients undergoing cervical spine surgery*. World neurosurgery, 2014. **82**(1-2): p. e31-e39.
13. Gokcen, H.B. and G. Gumussuyu, *A quality analysis of disc herniation videos on YouTube*. World neurosurgery, 2019. **124**: p. e799-e804.
14. Bernard, A., et al., *A systematic review of patient inflammatory bowel disease information resources on the World Wide Web*. American Journal of Gastroenterology, 2007. **102**(9): p. 2070-2077.
15. Young, B.K., et al., *Quality analysis of publicly available videos for pediatric strabismus surgery*. 2020. **24**(2): p. 102-104.
16. Kuçuk, B. and E.J.C. Sirakaya, *An analysis of youtube videos as educational resources for patients about refractive surgery*. 2020. **39**(4): p. 491-494.

Table 1. DISCERN scoring system.

Question number	What is investigated?	Question rating
		No partially Yes
Section 1	Is the publication reliable?	
1	Are the aims clear?	1 2 3 4 5
2	Does it achieve its aims?	1 2 3 4 5
3	Is it relevant?	1 2 3 4 5
4	Is it clear what sources of information were used to compile the publication (other than the author or producer)?	1 2 3 4 5
5	Is it clear when the information used or reported in the publication was produced?	1 2 3 4 5
6	Is it balanced and unbiased?	1 2 3 4 5
7	Does it provide details of additional sources of support and information?	1 2 3 4 5
8	Does it refer to areas of uncertainty?	1 2 3 4 5
Section 2	How good is the quality of information regarding treatment choices?	1 2 3 4 5
9	Does it describe how each treatment works?	1 2 3 4 5
10	Does it describe the benefits of each treatment?	1 2 3 4 5
11	Does it describe the risks of each treatment?	1 2 3 4 5
12	Does it describe what would happen if no treatment is used?	1 2 3 4 5
13	Does it describe how the treatment choices affect overall quality of life?	1 2 3 4 5
14	Is it clear that there may be more than 1 possible treatment choice?	1 2 3 4 5
15	Does it provide support for shared decision making?	1 2 3 4 5

Table 2. The Journal of the American Medical Association (JAMA) scoring system

JAMA score	
Authorship	Authors and contributors, their affiliations, and relevant credentials should be provided
Attribution	References and sources for all content should be listed clearly, and all relevant copyright information should be noted
Disclosure	Website "ownership" should be prominently and fully disclosed, as should any sponsorship, advertising, underwriting, commercial funding arrangements or support, or potential conflicts of interest
Currency	Dates when content was posted and updated should be indicated

Table 3. The Global Quality scoring (GQS) system

Global quality score	
1)	Poor quality, very unlikely to be of any use to patients
2)	Poor quality but some information present, of very limited use to patients
3)	Suboptimal flow, some information covered but important topics missing, somewhat useful to patients
4)	Good quality and flow, most important topics covered, useful to patients
5)	Excellent quality and flow, highly useful to patients

Table 4. Correlation between number of likes, dislikes, comments, daily view and video duration with DISCERN scores, JAMA scores and GQS.

	DISCERN		JAMA		Global Quality	
	<i>P Value</i>	<i>Correlation Coefficient</i>	<i>P Value</i>	<i>Correlation Coefficient</i>	<i>P Value</i>	<i>Correlation Coefficient</i>
Number of Likes	p=0.005	r=0,269	p=0,049	r=0,152	p=0,032	r=0,165
Number of Dislikes	p>0.05		p>0,05		p>0,05	
Number of Comments	p=0.047	r=0,153	p>0,05		p>0,05	
Number of Daily Views	p=0.025	r=0,172	p>0,05		p>0,05	
Video Duration	p=0.036	r=0,161	p>0,05		p=0,037	r=0,161

Oral Presentation / Research**Halsizliği Olan Bireylerin Yaşam Doyumlarının Değerlendirilmesi**

Burcu Kayhan Tetik¹, Işlay Gedik Tekinemre², Şeyma Yaşar³

1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
2. Elazığ, Malatya, Turkey E-mail: islaygedik@hotmail.com
3. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 17" by Işlay Gedik Tekinemre

Keywords / Anahtar Kelimeler: Halsizlik, Yaşam Doyumu, Aile Hekimi

Aim:

Halsizlik, aile sağlığı merkezlerine yapılan müracaatların %20'sini oluşturmakta iken pandemi ile birlikte daha sık karşımıza çıkmaya başladı. Hem hasta hem doktor tarafından çok önemsenmemesine rağmen bireyin yaşam kalitesini ve iş doyumunu bozmaktadır. Bizde çalışmamızda halsizlik şikayeti olan bireylerin yaşam doyumlarını incelemeyi amaçladık.

Method:

Tanımlayıcı özelliikte tasarlanan çalışmamız 15.02.2021 tarihinde Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesi ayaktan hasta polikliniklerine müracaat eden hastalardan, çalışmaya katılmayı kabul eden halsizlik şikayeti olan bireylere gönüllülük esasına göre uygulandı. Veriler SPSS 26 programı ile değerlendirildi ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Results:

Halsizliği olan toplam 150 katılımcının 76'sı (50,7%) kadın ve ortalama yaş $52,0 \pm 19,1$ idi. Yaşam doyumunu ölçeceğinden alınan toplam puan $14,81 \pm 3,95$ idi. Halsizlik yapma ihtimali en çok olan hastalıkların (anemi, tiroid bozukluğu, diyabetes mellitus, hepatit) olup olmadığı sorulduğunda en çok 68 kişi ile (45,3%) tiroid bozukluğu (hipo-hiper) tanısı olduğu ve tedavi kullandıkları öğrenildi. Bu 4 hastalığı olan hastaların yaşam doyumları kıyaslandığında tiroid bozukluğu olanların, anemisi olanlardan ve diyabetes mellitus tanısı olanlardan daha iyi yaşam doyumuna sahip olduğu bulundu. Hepatit hastası ve taşıyıcı olanların yaşam doyumlarının ise anemisi olanlardan daha yüksek olduğu bulundu.

Conclusions:

Halsizlik, birinci basamakta oldukça sık karşılaşılan bir semptomdur. Çoğu zaman hekimler tarafından önemsenmeyen bu semptomun aslında yaşam doyumunu etkilediği çalışmamız verilerinde de görülmektedir. Sağlığın sadece fiziksel olarak değil biyopsikososyal açıdan da tam bir iyilik hali olduğuna vurgu yapmak için çalışmamızı paylaştık.

Oral Presentation / Research

bakılmıştır. Bu bağlamda bilgi düzeyini arttıracak ve diyabeti önleyecek çalışmalara ve eğitimlere ihtiyaç vardır.

Lisede Öğrenim Gören Adölesanlarda Diyabet Risk Faktörlerinin Yaygınlığı ve Farkındalığı

Umut Esen¹, Emin Pala², Merve Özmeral³, Heves Kırmızıbekmez², Süleyman Ersoy², Sema Uçak Basat²

1. Tekirdağ Marmaraereğlisi İlçe Devlet Hastanesi, 59500 Tekirdağ, Turkey E-mail: umutesen90@hotmail.com
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. İstanbul Ümraniye 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 17" by Umut Esen

Keywords / Anahtar Kelimeler: Adölesanlarda diyabet, diyabet risk skorlaması, diyabet farkındalığı

Aim:

Lisede öğrenim gören 16 yaş ve üstü adölesanlarda diyabet riskini, risk faktörlerinin yaygınlığını belirlemek ve gençlerin diyabet farkındalık düzeylerini saptamak.

Method:

İstanbul ili Ümraniye ilçesinde 2019-2020 eğitim öğretim yılında özel ve devlet okullarından tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden iradi örnekleme yöntemi ile seçilen okullarda 16 yaş ve üzeri 558 adölesana diyabetin risk faktörlerini (FINDRISC skorlama sistemine göre) ve diyabet farkındalıklarını sorgulayan anket çalışması yüz yüze uygulanmıştır. Boy, kilo ve bel çevresi ölçümleri yapılmıştır. Elde edilen risk skorları ile demografik veriler ve farkındalık düzeyleri arasında ilişki olup olmadığına bakılmıştır.

Results:

558 katılımcının 9'u diyabetli kişilerdi. Katılımcıların yaş ortalaması 16,74'dü. Risk faktörlerinin yaygınlığı değerlendirildiğinde diyabet tanısı olmayan bireylerin %11,7'sinin vücut kitle indeksi 30 kg/m²'nin üstünde yani obez, %1,5'unun bel çevresi kadınlarda 88cm ve üstünde erkeklerde 102cm ve üstünde olduğu görülmüştür. Katılımcıların %58,1'i her gün meyve/sebze yemediğini belirtmektedir. %2,2'sinin en az bir defa hipertansiyon öyküsü bulunmaktadır. %8'inin en az bir defa kan şekeri yüksekliği öyküsü bulunmakta ve %47,4'ünün ailesinde diyabet öyküsü bulunmaktadır. %52,6'sı günde en az 30 dakika egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Diyabet için risk skoru gruplara ayrılıp incelendiğinde ise bireylerin %80,8'inin "düşük", %16,4'ünün "hafif", %1,5'inin "orta", %1,3'ünün ise "yüksek" grupta olduğu görülmektedir. Risk gruplarına göre farkındalık anketinde doğru cevaplanan soru sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanamamıştır. Diyabet skorlama sisteminde kadın katılımcıların erkek katılımcılara kıyasla daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (p=0,030). Diyabet farkındalık anketinde 15 soruda doğru cevap verme ortalaması 8,92±4,06(%59,4)'dir. Diyabet farkındalık anketinde en fazla doğru cevabı verenler kendisinde ya da ailesinde diyabet tanısı almış olanlardı.

Conclusions:

Çalışmamız göstermektedir ki, katılımcılar arasında diyabet risk faktörlerinden en yaygın görülenleri: meyve-sebze tüketiminin yetersiz olması, fiziksel inaktivite ve obezite olarak dikkati çekmiştir. Adölesanların diyabetle ilgili farkındalık düzeylerinin birkaç alan dışında orta-iyi seviyede olduğu görülmüştür. Diyabet için risk skorlaması Türkiye'de bu yaş grubu için ilk defa

Oral Presentation / Research**Obez Hastalarda Obezite İlişkili Kanser Taramaları Konusunda Farkındalık Oluşturmada Eğitimin Önemi**

Sezgin Türkoğlu, Mehmet Özen, Remziye Nur Eke

University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital, 07100 ANTALYA, Turkey E-mail: ozenmehmet@isnet.net.tr

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 17" by Sezgin Türkoğlu

Keywords / Anahtar Kelimeler: Obezite, kanser taramaları, farkındalık**Aim:**

Bu araştırmada bir obezite merkezinde izlenen hastalarda pozitif sağlık davranışlarından biri olan kanser taramalarına katılıma eğitimin etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Method:

Prospektif, tanımlayıcı araştırmaya Antalya EAH Obezite Merkezi'nde Ekim-Aralık 2019 tarihlerinde izlenen 185 obez hasta ile kontrol grubu olarak Aile Hekimliği polikliniklerine Mart-Mayıs 2020 tarihlerinde başvuran $VKI \geq 30$ olan 191 birey alındı. Hastaların kanser taramaları konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaya yönelik sorulardan oluşan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış, elde edilen sonuçlar antropometrik ölçüleriyle birlikte araştırma formuna kaydedilmiştir. Hastalara obeziteyle ilişkili kanser riskleri hakkında ayrıntılı bilgi verilerek eksik olan kanser taramalarını yaptırmaları konusunda kişiye özel yönlendirmeler yapılmıştır. Üç ay sonra hastaların kanser taramalarını yaptırma durumları ve antropometrik ölçümleri tekrar değerlendirilmiş, iki grubun eğitim öncesi ve sonrası tutum ve davranışları karşılaştırılmıştır.

Results:

Çalışmaya alınanların %81,9'u kadın, %18,1'i erkek, yaş ortalaması $50,3 \pm 10,9$ 'dur. Eğitim verilmeden önce 376 hastanın 254'ü (%67,6) en az bir kanser taraması yaptırmıştır. Obezite Merkezi'nde izlenen 185 hastanın 144'ü (%77,8) polikliniğe başvuran 191 hastanın 110'u (%57,6) kanser taraması yaptırmıştır; iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Eğitimden sonraki üç ayda kanser taramalarına katılım durumu değerlendirildiğinde; 376 hastanın 241'i (%64,1); Obezite Merkezi'nde izlenen hastaların 146'sı (%78,9), polikliniğe başvuran hastaların 95'i (%49,7) en az bir kanser taraması yaptırmıştır; iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Eğitim öncesinde %51,9 olan kendi kendine meme muayenesi oranı eğitim sonrasında %75,6 olarak bildirilmiştir.

Conclusions:

Çalışmamızda Obezite Merkezi'nde izlenen obez hastaların polikliniğe başvuranlara göre verilen eğitim sonrasında kanser taramalarına uyum ve farkındalığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç sağlıklı hayat tarzını benimsemenin sağlığın her alanında yararı olduğunu doğrular niteliktedir. Ayrıca bu durum obezite merkezlerinde üçüncü modülde verilen "obeziteyle ilişkili kanserler ve kanser taramaları" başlıklı eğitimlerin etkinliğinin göstergesi olabilir. Hekimlerin bütüncül yaklaşımla obez bireyleri, obezite ilişkili kanser riski gibi sağlık sorunları konusunda bilgilendirmesi, hastaların daha duyarlı olmasını sağlayacaktır.

Oral Presentation / Research

Social Support Status And Factors Affecting Compliance With Treatment In Depression Patients Admitted To Primary Care

Gizem Şen¹, Nazlı Şensoy²

1. Afyonkarahisar Health Sciences University, 03217 Afyonkarahisar, Turkey E-mail: drgizemsen@gmail.com

2. Afyon Health Science University Faculty Of Medicine,

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 17" by Gizem Şen

Keywords / Anahtar Kelimeler: Primary Care, Depression, Social Support, Treatment Compliance

Aim:

Depression is a serious psychiatric disease that is common in society and can cause biological, social losses and loss of power, or even death in people's lives. The aim of this study is to determine the factors affecting their social support status and adaptation to treatment in depression patients admitted to primary care providers, which are the first point of application for health services.

Method:

Our descriptive, cross-sectional study was conducted between 01 June and 01 August 2020 with 470 depression patients admitted to 6 Family Health Centers in Afyonkarahisar. As a data collection tool, personal data form, Hospital Anxiety and Depression Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and Modified Morisky Scale were used. SPSS 20 program was used for statistical analysis and $p < 0.05$ was considered significant.

Results:

The median age of participants was 48 (min:19, max:85) and 56.6% (n=266) were women, 42.6% (n=200) were primary school graduates, and 41.7% (n=196) were housewives. Participants median score from Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) was 53 (min:20, max:84). It was determined that factors such as advanced age, separation from their partner, living alone, illiteracy, retirement, low-income level, and chronic disease were effective in reducing social support. According to Modified Morisky Scale, 67.7% (n=318) of the participants were found to have high knowledge, 76.2% (n=358) and high motivation levels, and high compliance with depression treatment. It was determined that factors such as advanced age, separation from their partner, living alone, illiteracy, low-income level, previously receiving treatment for depression, and stopping treatment were effective in reducing adaptation to treatment.

Conclusions:

Primary care physicians play an important role in mental diseases as well as physical diseases due to their easy access to health services at the point of entry, their low prevalence as doctors, and their frequent sight of undifferentiated diseases.

Full Text

Giriş ve Amaç: Depresyon; çökme, kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamları olan duygusal bir yaşantıdır. Elem ve keder duygularını barındırır. Kelime

kökenini ise, Latince'de bulunan "depressus" kelimesinden yani "alçakta olmak, bastırmaktan" alır (1). Bir başka deyişle depresyon, kişinin günlük aktiviteleri, konuşması, düşünce yapısında yavaşlama ile birlikte bunalmışlık, çok üzgün olma, kendini değersiz, küçük, karamsar, isteksiz görme gibi duyguların bir arada olduğu bir hastalık durumudur (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından depresyonun dünyadaki hastalık yükü oranı %4,4 olarak tahmin edilmektedir (3). 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre Türkiye'de on beş yaş ve üzeri bireylerde son 12 ay içinde depresyonun görülme oranı %7,2'dir. Kadınlarda bu oran %9,4, erkeklerde %4,9 olarak bulunmuştur (4). Toplumdaki yaygınlığı nedeniyle depresyon, birinci basamak sağlık hizmetlerinde sıkça karşılaşılan bir sağlık problemi (5).

Depresyon için risk faktörleri iyi tanımlanmış olsa da, bireylerin depresyondan korunmasını sağlayan faktörler hakkında daha az şey bilinmektedir. Cohen ve Wills (1985), sosyal desteğin, sağlık ve iyi olma hali üzerindeki etkisini açıklayan iki farklı model önermiştir; Temel etki modelinde sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. Bu modele göre, sosyal destek, bedensel sağlık ve iyi olma üzerine olumlu bir etkisi vardır. Tampon etki modelinde, sosyal desteğin en önemli işlevinin kaygı veren yaşam olaylarının sebep olduğu zararları azaltarak veya dengeleyerek kişilerin psikolojik sağlığını korumak olduğu ifade edilmektedir (6). Literatürde algılanan sosyal destek arttıkça stres, anksiyete, depresyon gibi ve daha birçok psikolojik rahatsızlığın iyileşme gösterdiği görülmektedir (7).

Depresyon yaygın ve tekrarlayabilen bir hastalık olmasına rağmen tedavi edilemediği durumlarda kronikleşen, genel sağlıkta bozulmaya yol açan bir hastalıktır (8). Psikiyatrik hastalarda tedaviye uyumsuzluk diğer tıbbi durumlardan daha yüksektir (9). Tedaviye uyumun azalması ise hastalıkların kötü progresyonuna, tedavi başarısının azalmasına ve önlenebilir sağlık maliyetlerinin artmasına sebep olmaktadır (10).

Bu çalışma ile, Afyonkarahisar'da yaşayan depresyon hastalarının sosyo-demografik özellikleri, algılanan sosyal destek durumu ile tedavi hakkında bilgi, motivasyon düzeyleri ve tedaviye uyuma etki eden faktörlerin ortaya konulması amaçlandı.

Materyal ve Metod: Araştırma tanımlayıcı-kesitsel nitelikte tasarlandı. Afyonkarahisar il merkezinde, sosyokültürel ve ekonomik düzeylerine göre iyi, orta ve kötü olarak belirlenen bölgelerde yer alan 6 farklı Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütüldü. Araştırmaya 01 Haziran-31 Ağustos 2020 tarihlerinde en az 2 aydır depresyon tedavisi almakta olan 470 kişi dahil edildi. Araştırma için hazırlanan anket formu yüz yüze uygulandı. Anket formunda sosyo-demografik veriler, literatür taranarak oluşturulan tedavi uyumuna etki eden faktörleri sorgulayan sorular, Modifiye Morisky Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği yer aldı.

Modifiye Morisky Ölçeği; altı sorudan oluşan, kısa, kolay uygulanabilir, ilaç kullanma alışkanlığına yönelik alt boyutları ile bilgi ve motivasyon düzeylerini ayrı ayrı değerlendirebilen güvenilir bir testtir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği; Vural ve ark. tarafından yapılmıştır (11).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ); Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eker ve ark.'ları (12) tarafından yapılan her biri dört maddeden oluşan 12 soruluk ölçeğin aile, arkadaş ve özel kişiden oluşan üç alt grubu vardır. Alt

ölçeklerden en düşük 4, en yüksek 28; ölçeğin tamamından ise en düşük 12, en yüksek 84 puan alınabilir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; Aydemir (13) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin analizinde; SPSS 20 paket programı kullanıldı, $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak belirtildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı, veriler normal dağılıma uygun dağılmadığından nonparametrik testler kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortancası 48 (min:19, max:85), erkeklerin yaş ortancası 50 (min:19, max:85), kadınların yaş ortancası ise 47 (min:19, max:84) olarak bulundu. Araştırmaya katılan erkeklerin oranı %43,4 (n=204), kadınların oranı ise %56,6'dır (n=266). Katılımcıların %71,9'u (n=338) evli, %88,3'ü (n=415) çekirdek aileye sahip, %42,6'sı (n=200) ilköğretim mezunu, %41,7'si (n=196) ev hanımı, %56,4'ünün (n=265) kronik hastalığı bulunmaktadır (Tablo 1).

Katılımcıların %70,4'ünün (n=331) devlet hastanesinde depresyon tanısı aldığı, %25,5'inin (n=120) 2-6 ay süre ile tedavi aldığı, %52,6'sının (n=247) daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bıraktığı saptandı. Katılımcıların %24,7'sinin (n=116) ailesinde psikiyatrik rahatsızlığı olan birey olduğu saptandı. Katılımcıların %88,9'unun (n=418) ailesinin depresyon tedavisine olumlu yaklaştığı saptandı. Katılımcıların, %73,8'i (n=347) tek antidepresan ilaç kullanırken, %52,3'ünün (n=246) antidepresan ilaç raporu mevcuttu, %69,4'ü (n=326) antidepresan ilaç yan etkisi belirtmedi. Antidepresan ilaç alan katılımcıların hastalığındaki düzelleme algısı 1'den 10'a değerlendirildiğinde %51,7'sinin (n=243) 8-10 puan verdiği saptandı (Tablo 2).

Katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları ortalama puan 53 (min:20, max:84), aile alt boyutundan aldıkları ortalama puan 23 (min:4, max:28) arkadaş alt boyutundan aldıkları ortalama puan 18 (min:4, max:28), özel kişi alt boyutundan aldıkları ortalama puan 13 (min:4, max:28) olarak bulundu. Sosyo-demografik veriler ile ÇBASDÖ istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Genç yaş grubunda, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yüksek olanlarda, memur/işçi olanlarda, evli olanlarda, yalnız yaşayanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda sosyal destek toplam puanları anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile ÇBASDÖ istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Depresyon ve anksiyete risk düzeyi düşük olan katılımcıların sosyal destek toplam puanı ve alt boyutlarından alınan puanın anlamlı yüksek olduğu saptandı.

Çalışmamızda, Modifiye Morisky Ölçeği; Bilgi Düzeyi alt boyutundan alınan puana göre katılımcıların; %67,7'si (n=318) yüksek bilgi düzeyinde, Motivasyon Düzeyi alt boyutundan alınan puana göre; %76,2'si (n=358) yüksek motivasyon düzeyinde bulundu. Katılımcıların ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeyleri yüksek olarak bulundu. Sosyo-demografik veriler ile Modifiye Morisky Ölçeği istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Katılımcılardan; okuryazar olmayanların, yalnız yaşayanların ve daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakanların bilgi düzeyi anlamlı düşük bulunurken, 65 yaş ve üzerinde olanlar, eşinden ayrı olanların,

okuryazar olmayanların, düşük gelir düzeyinde olanların ve yalnız yaşayanların motivasyon düzeyi anlamlı düşük bulundu. Katılımcıların depresyona yönelik özellikleri ve ilaç kullanımı ile ilgili faktörler ile Modifiye Morisky Ölçeği istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Daha önce depresyon tedavisi alıp tedaviyi bırakmış olanların bilgi düzeyleri anlamlı düşük bulundu. Katılımcılardan; ikiden fazla ilaç kullananların, ilaç raporu olanların, ilaç yan etkisi görülmeyenlerin bilgi ve motivasyon düzeyleri anlamlı yüksek bulundu.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Modifiye Morisky ölçeği istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Depresyon ve anksiyete risk düzeyi düşük olan katılımcıların bilgi ve motivasyon düzeyinin anlamlı yüksek olduğu saptandı. Modifiye Morisky Ölçeği ile ÇBASDÖ istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Sosyal desteği yüksek olan katılımcıların ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeyleri yüksek bulundu.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamız ile benzer şekilde Grassi ve ark.'larının birinci basamağa başvuran hastalarda sosyal destek ve psikolojik stresi inceledikleri çalışmada psikiyatrik öyküsü olan katılımcıların ÇBASDÖ'den aldıkları puan $56,68 \pm 19,25$, aile alt boyutundan aldıkları puan $22,20 \pm 7,19$, arkadaş alt boyutundan aldıkları puan $13,90 \pm 8,66$, özel kişi alt boyutundan aldıkları puan $22,72 \pm 7,21$ olarak belirtilmiştir (14). Garipey ve ark.'larının Batı ülkelerinde yapılmış 100 farklı çalışmanın mevcut bulgularını sistematik olarak gözden geçirerek sosyal destek ve depresyondan korunma yollarını ortaya koyduğu meta-analiz çalışmasında, sosyal destek kaynaklarının yaşam dönemleri boyunca farklılık gösterdiği çocuk ve adolesanlar için aile desteği öne çıkarken yetişkin ve yaşlı bireyler için daha çok eşler, ardından aile sonrasında arkadaşların geldiği belirtilmiştir (15). Literatürde yapılan çalışmalarda sosyal destek ile depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (16-19).

Çalışmamızın sonucuna göre depresyon tedavisi almakta olan katılımcıların ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeyleri yüksek bulundu. Çalışmamız ile benzer şekilde Kara ve ark.'larının aile hekimliği polikliniğine gelen 146 hasta ile gerçekleştirdikleri çoklu ilaç kullanan erişkinlerde tedaviye uyumun hastalık algısı, bilgi ve tutum bağlamında değerlendirilmesi çalışmasında katılımcıların %74,7'sinin (n=109) yüksek bilgi düzeyinde, motivasyon alt boyutuna göre %80,8'i (n=118) yüksek motivasyon düzeyinde olduğu belirtilmiştir (20). Çalışmamız ile benzer şekilde Gabriel ve Violato'nun depresyon bilgisi ve depresyona yönelik tutumlar ve tedavi uyumu: Antidepresan Uyum Ölçeği çalışmasında depresyon bilgisinin daha fazla olmasının tedaviye daha iyi uyumla ilişkilendirilmiştir (21).

Çalışmamız ile benzer şekilde Kelleci ve Ata'nın psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisini inceledikleri çalışmada aile desteği açısından gruplar arasında fark olmadığı ancak arkadaş desteği ve özel birisinin desteği alt boyutlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirtilmiştir. Arkadaş ve özel birisinin desteğini hissedenden hastaların ilaç uyum puanları daha yüksek olarak belirtilmiştir. Hastaların arkadaş desteği ile ilaç uyumu arasında istatistiksel yönden anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (22). Bu bağlamda çalışmamızdan elde edilen sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda algılanan sosyal desteğin yüksek olmasının tedavi uyumuna, tedavi hakkındaki bilgi ve motivasyon düzeyine olumlu etki ettiği saptanmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler (n=470)		n	%
Cinsiyet	Erkek	204	43,4
	Kadın	266	56,6
Yaş	19-44	187	39,8
	45-64	190	40,4
	65 Yaş ve Üzeri	93	19,8
Medeni Durum	Evli	338	71,9
	Bekâr	46	9,8
	Eşinden Ayrı	86	18,3
Aile Tipi	Çekirdek Aile	415	88,3
	Geniş Aile	39	8,3
	Parçalanmış Aile	16	3,4
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	43	9,1
	İlkokul Mezunu	200	42,6
	Ortaokul Mezunu	50	10,6
	Lise Mezunu	96	20,4
	Lisans/Yüksek Lisans Mezunu	81	17,2
Meslek	Çalışmıyor	48	10,2
	Ev Hanımı	196	41,7
	Memur/ İşçi	106	22,6
	Serbest Meslek	43	9,1
	Emekli	77	16,4
Kronik Hastalık	Var	265	56,4
	Yok	205	43,6

Tablo 2. Katılımcıların Depresyona Yönelik Özellikleri ve İlaç Kullanımı ile İlgili Faktörler

Özellikler		n	%
Depresyon Tanısını Aldıkları Yeri	Devlet Hastanesi	331	70,4
	Aile Sağlığı Merkezi	84	17,9
	Üniversite Hastanesi	55	11,7
Depresyon Tedavi Süresi (Ay)	2 -6	120	25,5
	7-12	96	20,4
	13-24	74	15,7
	25 -60	85	18,1
	61 ve Üzeri	95	20,2
Daha Önce Depresyon Tedavisi Alıp Almadığı	Evet	247	52,6
	Hayır	223	47,4
Ailede Psikiyatrik Öykü	Var	116	24,7
	Yok	354	75,3
Ailenin Depresyon Tedavisine Yaklaşımı	Olumsuz	52	11,1
	Olumlu	418	88,9
Antidepresan İlaç Kullanma Durumu	1	347	73,8
	2	90	19,1
	2'den Fazla	33	7
Antidepresan İlaç Raporu	Var	246	52,3
	Yok	224	47,7
Antidepresan İlaç Yan Etkisi	Var	144	30,6
	Yok	326	69,4
Tedavi Sonucu Hastalığın Düzeltme Algısı	1-4 Puan	58	12,3
	5-7 Puan	169	36
	8-10 Puan	243	51,7

Kaynaklar:

1. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(1):51-66.
2. Öztürk M, Orhan UA. Ruh sağlığı ve bozuklukları 11 ed. Ankara: Tuna Matbaacılık; 2011. 342 p.
3. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization; 2017. WebAdresi: https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. Erişim tarihi: 11.08.2020.
4. Sağlık Bakanlığı. Sağlık bakanlığı istatistikleri yıllığı 2018:95-102. Web Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>. Erişim tarihi: 12.11.2019.2017;
5. Aydoğan Ü, Nerkez P, Sarı O. Birinci basamakta sık görülen psikiyatrik bozukluklar: depresyon ve anksiyete. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2012;3(2):1-7.
6. Cohen S, Wills, T A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin. 1985;98(2), 310-357.
7. Çetinkaya FF, Korkmaz F. Algılanan sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. 2019;1:91-103.
8. Bozdemir N, Karakuş G, Kurdak H. Türkiye ve Dünyada Erişkin Depresyonu Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular. 2017;8(1):1-6.
9. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2015;40(3):555-68.
10. Patti F. Optimizing the benefit of multiple sclerosis therapy: the importance of treatment adherence. Patient preference and adherence. 2010;4:1-9.
11. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(4):17-20.
12. Eker D. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;(12):17-25.
13. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Turk Psikiyatri Derg. 1997;(8):187-280.
14. Grassi L, Rasconi G, Pedriali A, Corridoni A, Bevilacqua M. Social support and psychological distress in primary care attenders. Psychotherapy and

- psychosomatics. 2000;69(2):95-100.
15. Garipey G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallee A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*. 2016;209(4):284-293.
 16. Choenarom C, Williams RA, Hagerty BM. The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. *Archives of psychiatric nursing*. 2005;19(1):18-29.
 17. Wang J, Zhao X. Family functioning and social support for older patients with depression in an urban area of Shanghai, China. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2012;55(3):574-579.
 18. Dalgard, OS, Dowrick C, Lehtinen V, Vazquez-Barquero JL, Casey P, Wilkinson G, Dunn G. Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2006;41(6):444-451.
 19. Han B, Yan B, Zhang J, Zhao N, Sun J, Li C, Chen J. The influence of the social support on symptoms of anxiety and depression among patients with silicosis. *The Scientific World Journal*. 2014;vol:2014:6p.
 20. Kara DD, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Evaluation of medication adherence in adults who use multiple medications in the context of illness perception, acknowledgement and attitude characteristics. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2017;11(4):227-234.
 21. Gabriel A, Violato C. Knowledge of and attitudes towards depression and adherence to treatment: The Antidepressant Adherence Scale (AAS). *Journal of affective disorders*. 2010;126(3):388-394.
 22. Kelleci, M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011;2(3):105-110.

Oral Presentation / Research**Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Stres Algılarının İncelenmesi**

Selin Ata Doğan, Yücel Uysal, Ertan Mert

MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, 33340 MERSİN, Turkey E-mail: dryuceluyosal@gmail.com

Presentation on 27/03/2021 07:45 in "Oral presentations 17" by Selin Ata Doğan

Keywords / Anahtar Kelimeler: stres algısı, tıp fakültesi öğrencileri**Aim:**

Tıbbi veya biyolojik bağlamda stres, bedensel veya zihinsel gerginliğe neden olan fiziksel ve duygusal bir faktördür. Yaygın tanımlarından biri "bireyin dengesini tehdit eden fiziksel, sosyal veya psikolojik ortamda dahili bir ipucu" şeklindedir. Yaygın kullanılan stres ölçeklerinden biri Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş Algılanan Stres Ölçeğidir(ASÖ).

Method:

Çalışmamızda ASÖ'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış 10 maddelik formu kullanılarak (ASÖ-10) tıp fakültesi öğrencilerinde stres düzeyleri ve ilişkili faktörler incelenmiştir. Birinci sınıftan altıncı sınıfa kadar olan öğrencilere anket formları dağıtılarak 1135 öğrencinin verileri toplanmıştır. Öğrencilerin stres düzeyleri ve bu düzeylerin yaş, cinsiyet, devam ettikleri sınıf, gelir durumları, yaşadıkları yer, kullandıkları ulaşım aracı, fakültede geçirdikleri süre, haftalık çalışma saati, kendilerine ayırdıkları zaman, kronik hastalık durumları ve vücut kitle indeksi ile ilişkili olup olmadığı analiz edilmiştir.

Results:

Çalışmamızda erkek öğrencilere kıyasla kadın öğrencilerin stres skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca birinci ve ikinci sınıflardaki öğrencilerin stres düzeylerinin daha üst sınıflardaki öğrencilere kıyasla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Aylık gelirleri düşük olan öğrencilerin stres düzeylerinin aylık gelirleri yüksek olan öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin yaşadıkları yer bağlamında analiz edildiğinde; ailesiyle, akrabalarıyla birlikte yaşayan veya yurttan kalan öğrencilerin stres düzeylerinin tek başlarına veya arkadaşlarıyla birlikte evde yaşayan öğrencilere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öte yandan öğrencilerin haftalık ders çalışma süreleri arttıkça stres düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

Conclusions:

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış standart ve yaygın kullanılan bir test olan ASÖ'nün (Algılanan Stres Ölçeği) tüm öğrencilere üniversiteye başlarken ve tamamladıkları her yılın sonunda rutin olarak uygulanması ile öğrencilerin stres düzeylerinin ortaya konmasının faydalı veriler sağlayacağı düşünülmektedir. Stres düzeyleri ve diğer öğrenci memnuniyet anketleri ile birlikte öğrencilerin toplam yaşam kaliteleri ve bunu etkileyen parametrelerin değerlendirilmesinin ve ortaya çıkan sonuçlar çerçevesinde eğitim öğretimi geliştirme çalışmalarının planlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Poster Presentation / Case Report**A hot water epilepsy treated well with clobazam**Ozge Berfu Gürbüz¹, Gürkan Gürbüz²

1. Tekirdag State Hospital, 59030 Tekirdağ, Turkey E-mail: droberfugurbuz@outlook.com
2. Namik Kemal University, Tekirdağ

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Ozge Berfu Gürbüz

Keywords / Anahtar Kelimeler: Hot water epilepsy; Childhood; Clobazam**Introduction:**

Reflex epilepsy is a type of epilepsy involving seizures that occur with any sensory stimulus. It occurs when the cortical and subcortical brain areas over-react to a physiological stimulus. Photosensitive reflex seizures are the most common form. Music, reading, and eating are rarely seen triggers. Hot water epilepsy (HWE) is another type of reflex epilepsy that occurs as a result of immersing or pouring hot water over the head. It was first described by Allen in 1945. While common in Asia, there are also reports from many other parts of the world. Clinical and laboratory findings and short term neurodevelopmental outcome of a patient were discussed in this report.

Case:

A 10 months old boy applied to the out-patient clinic due to complaint of getting unconscious when bathing. This event reccured five times always in one month. No syncope or faint described when crying or outside the bath. Electroencephalography and brain MRI were normal. Patient diagnosed with hot water epilepsy and treated with oral clobazam before bath. Patient is seizure free and his neurodevelopmental milestones are compatible with his age.

Discussion:

HWE is mostly benign. Clobazam before bathing is an effective option.

Poster Presentation / Case Report**A rare cause of focal seizure in early childhood: Giant intracranial aneurysm.**Ozge Berfu Gürbüz¹, Gürkan Gürbüz²

1. Tekirdag State Hospital, 59030 Tekirdağ, Turkey E-mail: droberfugurbuz@outlook.com

2. Namik Kemal University

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Ozge Berfu Gürbüz

Keywords / Anahtar Kelimeler: Aneurysm; Childhood; Epilepsy;

Introduction:

Intracranial aneurysm is a severe cerebral lesion that can cause neurologic deficits if bleeding occurs due to rupture. Unruptured aneurysm is extremely rare in early childhood and is generally determined incidentally.

Case:

Three-year-old boy evaluated for focal onset secondary generalized seizures. Neurological examination was normal. Electroencephalography revealed right temporal spike and wave activity. To seek for cerebral lesions MRI performed. MRI an MR angiography showed right temporal giant unruptured aneurysm. Patient was seizure free with oral levetiracetam. surgical clipping was performed successfully and the patient still remains under close follow-up.

Discussion:

Intracerebral aneurysms are rare etiological cause of childhood epilepsy. It should be taken into consideration in patients with focal seizures.

Poster Presentation / Case Report**Aile Hekimliği Polikliniğinde Akromegali Tanısı
Koyulan Bir Olgu Sunumu**Mervegül Kaya¹, Özgür Enginyurt², Ahmet Karataş³1. Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği,
Altınordu, Turkey E-mail: mervegul_kaya@hotmail.com

2. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

3. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Nefroloji BD

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Mervegül Kaya

Keywords / Anahtar Kelimeler: Akromegali, aile hekimliği,
multidisipliner yaklaşım**Introduction:**

Akromegali; kemik ve yumuşak doku büyümeleri ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Bu hastalık, epifiz plaklarının kapanmasından sonra hipofiz bezinden salgılanan büyüme hormonunun aşırı miktarda artış ile karakterizedir. Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine boğaz ağrısı, öksürük şikayeti ile gelen 56 yaşındaki erkek hastanın fiziki özelliklerinden şüphelenilmesi ve araştırılması sonucu akromegali tanısı almıştır.

Case:

56 yaşında erkek hasta, boğaz ağrısı öksürük şikayetiyle aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Üst solunum yolu enfeksiyonu ile tedavisi düzenlendi. Özgeçmişinde Tip 2 Diyabetes Mellitus, hipertansiyon tanısı mevcut. Kullandığı ilaçlar metformin, asetil salisilik asit, trimetazidin idi. Yüz hatlarında genel olarak irileşme, yüz derisinde belirgin esmerlik ve kalınlaşma, burunda, maksilla ve mandibulada genişleme, konuşmada pelteklik ve ellerde büyüme tespit edildi. Kardiyak muayenede normal kalp sesleri mevcuttu. Abdominal muayenede karaciğer ele geliyordu Nörolojik muayenesinde özellik yoktu. Tetkiklerinde; Glukoz 150 mg/dl, üre 21.3 mg/dl, kreatinin 0.78 mg/dl, AST 16 U/L, ALT 20 U/L idi. HOMA-IR(insülin direnci) 2.74, Hb A1C 6.7,GH (büyüme hormonu) 1.99 ng/mL (normal aralık 0.05-3), Somatomedin-C (IGF-1) 541 ng/mL (normal aralık 42.3-214) idi. Kontrastlı Üst Abdomen BT; Karaciğer boyutu uzun ekseninde 175 mm ölçülmüş olup artmış idi.Kontrastlı alt abdomen BT normal idi. Kontrastsız Hipofiz MR; Sella Kavitesi normal genişliktedir. Hipofiz gland sol yarımında T1A hafif hipodens, T2A hiperintens mikroadenom yönünden şüpheli 3x2 mm boyutunda sinyal artışı saptandı. Hastada klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularıyla akromegali ön tanısı düşünüldü. İleri tetkik ve tedavi amacıyla endokrinoloji polikliniğine yönlendirildi.

Discussion:

Aile hekimliği birinci basamakta tüm topluma üst düzeyde ve bütüncül hizmet veren bir uzmanlık alanıdır. Bütüncül yaklaşan bir aile hekimi hastayı bir bütün olarak kabul eder ve hastanın beklentilerini, inançlarını, deneyim ve değerlerini de göz önünde bulundurur. Bu olgu sunumunda aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastanın çok geniş kapsamlı değerlendirilmesi, her hastaya bütüncül yaklaşılması gerektiği, insidansı çok düşük hastalıkları bile göz önünde bulundurmak gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

Poster Presentation / Case Report**Aile Hekimliği Polikliniğinde Cinsel Yolla
Bulaşan Hastalık: Molluskum Kontagiozum**

Seda Ahçi Yılmaz, Berrin Telatar, Nurdan Yurt, Neşe Gül Çelik

SBÜ FATİH SULTAN MEHMET EAH, 34752 İSTANBUL, Turkey E-mail:
seda_ahci@hotmail.com

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Seda Ahçi Yılmaz

Keywords / Anahtar Kelimeler: Molluskum Kontagiozum,
Poxvirus, Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Introduction:

Molluskum Kontagiozum (MK), poxvirüs ailesinden molluskum kontagiozum virüsünün etken olduğu deri ve müköz membranların viral enfeksiyonudur. MK başlıca çocuklar, cinsel aktif erişkinler ve immun sistemi baskılanan hastaları etkiler. MK lezyonları deri renginde, 1-8 mm çapında, sert, kubbemsi, göbekli, inci gibi papüllerdir. Lezyonlar semptomsuzdur ama kaşıntı veya papüllerin çevresinde hafif eritem ve ekzematöz belirtiler eşlik edebilir.

Case:

24 yaşında kadın hasta yaklaşık 1 aydır olan genital bölgede lezyon ve kaşıntı şikayeti ile aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Cinsel olarak aktif olan hastanın partnerinde benzer şikayetler yoktu.

Hastanın muayenesinde genital bölge de yaklaşık 20-25 adet olan deriden kabarık, hiperemik, enfekte görünümde lezyonlar tespit edildi. Vücudunun başka bölgelerinde bu lezyonlara rastlanmadı. Asıl lezyonların üzerine sekonder bakteriyel enfeksiyon eklendiği düşünülerek hastaya amoksisilin+klavulanik asit 1000 mg tablet 2x1, mupirosin pomad 2x1 haricen ve kaşıntı için oral setirizin tb 1x1 başlandı. Hasta tedavi bitiminde kontrole çağırıldı.

Hasta 20 gün sonra aile hekimliği polikliniğine kontrol için başvurdu. Lezyonların kaybolmadığı ancak lezyonların kızarıklığının ve kaşıntının geçtiği bilgisi alındı. Yapılan muayenesinde genital bölgede ciltten kabarık cilt renginde papüler lezyonların olduğu görüldü. Hasta molluskum kontaginozum ön tanısı ile dermatolojiye konsülte edildi. Dermatoloji de yapılan muayene sonrası molluskum kontagiozum tanısı ile hastaya tedavi amaçlı kriyoterapi uygulandı.

Discussion:

Birinci basamakta genital bölgede görülen lezyonların cinsel yolla bulaşan hastalıklardan kaynaklanabileceği mutlaka düşünülmelidir. Hasta aktif cinsel yaşam yönünden değerlendirilmeli, tanı konulduğunda partner tedavisi unutulmamalıdır. Kesin tanı koyamadığımız olgularda hasta kontrole çağırılmalı gerekirse dermatoloji bölümüne konsülte edilmelidir.

Ayrışmamış rahatsızlıklarda klinik problem çözme yöntemlerinden her biri kullanılabilir. Yani hastaya tedavi başlanabilir, başka bir hekim görüşü alınabilir veya bekleme kararı alınıp hastalığın zaman içindeki seyri izlenebilir. Bu vakayla birinci basamakta klinik problem çözme becerilerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Poster Presentation / Case Report**Aile Hekimliği Polikliniğinde Riskli Gebelik
Olgusu : Plasenta Previa**

Cansu Levent

BEYTÜŞŞEBAP DEVLET HASTANESİ, 73800 ŞIRNAK, Turkey E-mail:
cansukussulagi@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Cansu Levent

Keywords / Anahtar Kelimeler: riskli gebelik, plasental
anomali, plasenta previa

Introduction:

Plasenta previa, plasentanın doğum kanalında fetusa göre daha önde yerleşme durumudur. Görülme sıklığı yaklaşık %0,4 - 0,5 oranındadır. Klinik olarak ikinci veya üçüncü trimesterde vajinal kanama yakınması ile prezente olur. Bu kanama anne ve fetüs için hayati tehlike oluşturabilir.

Case:

34 yaşında bilinen kronik hastalık tanısı ve düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan kadın hasta; aile hekimi polikliniğine 07/12/2020 tarihinde adet gecikmesi yakınması ile başvurdu. Yapılan tetkikler ve ultrasonografi eşliğinde hastanın 7 hafta 1 günlük, fetal kalp atışı mevcut olan intrauterin gebeliği saptandı. Folik asit başlanarak ve gebelik durumu sisteme kaydedilerek hasta düzenli aralıklarla takibe alındı.

01/02/2021 tarihindeki poliklinik başvurusunda hastanın ultrasonografi takibinde plasentanın internal servikal os'u kısmi olarak kapattığı saptanmış olup riskli gebe olarak değerlendirilerek, hastanemizde kadın hastalıkları ve doğum uzmanının bulunmaması sebebiyle, poliklinik kontrolü amacıyla, plasenta previa öntanısı ile hasta en yakın kadın hastalıkları ve doğum uzmanının bulunduğu il merkez hastanesine yönlendirildi. İlçemiz ile il merkezi arasında yaklaşık 3 saat süren ulaşım sıkıntısı ve aktif yakınması olmaması nedeniyle hasta kontrole gitmemiş olup bir hafta sonra vajinal kanama yakınması ile tekrar polikliniğimize başvurdu. Hastaya gerekli bilgilendirme tekrar yapılarak ilgili uzman hekim kontrolüne yönlendirildi. Kadın hastalıkları ve doğum uzman hekim tarafından değerlendirilen hasta, plasenta previa tanısı doğrularak yakın takibe alındı.

Discussion:

Riskli gebeliklerin erken saptanması ve düzenli antenatal takipler son yıllarda anne bebek ölümlerinde belirgin oranda düşümlere sebep olmuştur. Gebe takibinde aile hekimi önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının bulunmadığı bölgelerde aile hekimlerinin temel düzeyde ultrason kullanabilmesi gebe takiplerinde ciddi kolaylıklar sağlamıştır.

Poster Presentation / Case Report**Aile Sağlığı Merkezinde Evlilik İçin Sağlık Raporu Düzenlemek: HIV Testi Şüpheli Pozitif Bir Olguya Yaklaşım**

Mehmet Fatih Fişenk, Duygu Yengil Taci, Mustafa Çelik

SBÜ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, 06980 Ankara, Turkey E-mail: fatihfisenk@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Mehmet Fatih Fişenk

Keywords / Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Evlilik Raporu, HIV Şüpheli Sonuç,

Introduction:

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu, 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname ve Evlendirme Yönetmeliği gereğince evlenme öncesinde sağlık raporu alma zorunluğu mevcuttur.

Aile Hekiminin evliliğe engel durumlar ile evliliğe engel oluşturan ve oluşturmayan hastalıkları iyi bilmesi gerekmektedir.

Evlilik için sağlık raporu talebi ile başvurular sırasında gerek hekim, gerekse hasta açısından birtakım problemler oluşabilmektedir. Burada Aile Sağlığı Merkezine evlilik sağlık raporu düzenlenirken karşılaşılabilecek olası sorunlardan birisi olan HIV testi şüpheli pozitif bir olgu sunuldu.

Case:

Aile Hekimliği Birimimize 27 yaşındaki erkek hasta evlilik sağlık raporu almak için başvurdu. Risk değerlendirmesi yapıldı, e-nabız sağlık kayıtları tarafımızca incelendi ve daha sonra tetkikleri istendi.

ELISA tetkikleri incelendiğinde; Anti-HIV 1-2 Sub Tip 0 ve HIV-1 p24 antijeni sonucunda "yeni bir numune ile tekrarı uygundur" notu yer almaktaydı.

Kişiyeye Risk Değerlendirme Formunda yer alan ilgili sorular tekrar soruldu ve şüpheli cinsel ilişki durumunun varlığı anlaşıldı. Testin tekrarlanacağı belirtilip, kendisinden tekrar kan örneği alındı.

Tekrarlanan test sonucunda da "ileri bir tetkik için kuruma gönderildi" açıklaması yer almaktaydı. Hasta bir gün sonra iki farklı merkezde yaptırdığı tetkik sonuçlarını getirdi. Her iki sonuçta da "Anti-HIV" negatifti.

Hastanın Hıfzıssıhha laboratuvarında yapılan tetkiklerinde de HIV-RNA-PCR ve Anti-HIV sonuçları negatif olarak bildirildi. Sonuç olarak kişinin evlilik için sağlık raporu düzenlendi.

Discussion:

Evlilik raporu başvurusu ile gelen hastalara, laboratuvar testlerinden önce bir ön değerlendirme ve risk tespiti yapılmaktadır. Sonrasında evlilik ile ilgili sağlık riskleri ve evliliğe engel oluşturan hastalıklar açısından ilgili tetkikler istenmelidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi ilk yapılan tetkiklerde Anti-HIV sonucunun şüpheli çıkması durumunda hastaya "HIV testiniz pozitif çıktı" demeden önce ileri tetkiklerin yapılması gerekir. Anti-HIV testinin pozitif çıkması evliliğe engel bir durum olarak düşünülebilir ancak HIV sonucunun pozitif çıkması mevzuata göre evlenmeye engel bir durum değildir. Ancak bu süreç iyi yönetilmesi gereken bir süreçtir. Süreci yönetirken Aile Hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri ve temel özellikleri yol gösterici bir kılavuz olacaktır

Poster Presentation / Case Report**Bir olgu ile birinci basamakta ön tanı çeşitliliğinin önemi**Özge Kaya¹, Önder Sezer¹, Hamdi Nezih Dağdeviren²

1. Trakya University School of Medicine, 22030 Edirne, Turkey E-mail: ozgekuday@hotmail.com
2. Trakya University Department of Family Medicine

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Özge Kaya

Keywords / Anahtar Kelimeler: Sjögren sendromu, keratokonjonktivitis sikka, kserostomi, kseroftalmi**Introduction:**

Sjögren Sendromu göz ve ağız kuruluğunun görüldüğü otoimmün, sistemik bir hastalıktır. Tüm yaş gruplarında görülebilen bu hastalık sıklıkla 4. ve 5. dekatta tanı almaktadır. Genetik, çevresel, enfeksiyonlar gibi birçok farklı etyolojik faktör hastalığın patogeneğinde rol oynamaktadır. Ne kadar erken tanı konulursa hastalığın kalıcı etkileri de o kadar az olmaktadır. Bu olgu sunumunda 45 yaşında, birçok kez göz bulguları açısından değerlendirilen, ancak romatolojik açıdan değerlendirilmeyen ve yıllar sonra tanı alabilen Sjögren Sendromu vakası sunulmuştur.

Case:

45 yaşında kadın hasta yaklaşık 2-3 yıldır devam eden gözlerde yanma, batma, kızarıklık şikayetleri ile başvurdu. Uzun zamandır gözlerinde kızarıklık olduğunu, zaman zaman konjonktivit ön tanısı ile çeşitli tedaviler aldığını, ancak şikayetlerin sık tekrarladığını ve tam olarak geçmediğini belirtti. Her iki gözde tüm konjonktivayı kaplayan kızarıklığı mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon 60 mm/s, C-reaktif proteini (CRP) 5 mg/L olarak saptandı. Sedimentasyon yüksekliği olan hastanın anamnezi derinleştirildiğinde temel şikayeti dışında ara ara eklem ağrıları olduğunu ifade etti. Özgeçmişinde herhangi bir kronik hastalık yoktu. Soygeçmişinde de romatizmal hastalık hikayesi olan hasta, ayrıntılı değerlendirme amacı ile Romatoloji polikliniğine yönlendirildi. Hasta tüm tetkikleri tamamlanmış şekilde kontrol amaçlı tekrar başvurduğunda Sjögren Sendromu tanısı aldığı görüldü. Tetkikleri incelendiğinde (Ro/ss-a), (La/ss-b) ve Anti Nükleer Antikor (ANA) pozitif saptandığı, Shirmer testinde 5 dk'da 5 mm'nin altında ıslanma görülerek kuru göz tanısı aldığı görüldü. Tanı amaçlı yapılan minör tükrük bezi biyopsisinde fokal lenfositik asiner ve periduktal infiltrasyon tespit edildiği görüldü. Hastaya suni göz yaşı damlası, topikal siklosporin A, prednizon ve hidroklorokin tedavisi başladıktan sonra semptomlarının azaldığı görüldü. Sonraki kontrol başvurularında eklem ağrılarında azalma, göz kızarıklığında gerileme ve batma hissinin geçtiği gözlemlendi.

Discussion:

Sjögren Sendromu tanı alması zor bir hastalıktır. Bunun nedeni farklı semptomlarla kendini göstermesi ve gizlemesidir. Bu durum kalıcı görme kayıplarına, morbiditeye ve hayat kalitesinde bozulmalara neden olabilmektedir. Birinci basamakta ön tanıların çeşitliliği, bu gibi hastalarda geç kalınması engelleyerek yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Poster Presentation / Case Report**Can Heterozygous Mutations Be a Risk Factor for Sudden Cardiac Death?**

Aysun Fatma Akkuş, Ömer Ferudun Akkuş, Servet Altay

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ, 22020 MERKEZ,
Turkey E-mail: aysunfatma_88@hotmail.com

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Aysun Fatma Akkuş

Keywords / Anahtar Kelimeler: sudden cardiac death,
heterozygous mutations

Introduction:

Sudden cardiac death is defined as natural death due to cardiac causes, which is manifested by sudden loss of consciousness within one hour after the onset of acute symptoms. There are genetic diseases that predispose to sudden cardiac death. Genetic diseases should be investigated, especially in families with sudden cardiac death at a young age.

Case:

47 years old male patient, the patient has no known history of chronic illness. The patient, who was arrested at home, underwent cardiopulmonary resuscitation for 35 minutes and was brought to the emergency room after defibrillation twice due to ventricular fibrillation. In the electrocardiography of the intubated unconscious patient, the rhythm was atrial fibrillation and the QTc distance was 610 msec, ST segment elevation in the AVR leads, ST segment depression in the other leads was detected. Troponin T (hs-cTnT) level was found to be 837 ng / l. No pathology was found in the radiological examinations. The patient was taken to the coronary angiography laboratory for diagnostic purposes and normal coronary arteries were detected. It was learned that the father of the patient died at the age of 40 due to sudden cardiac arrest. Long QT syndrome was considered in the patient. Genetic analysis revealed heterozygous RyR2 and heterozygous TTN gene mutations in the patient.

Discussion:

It has been shown in the literature that mutations in RyR2 and TTN can cause various ventricular arrhythmias and diseases. In this case report, no homozygous mutation was found, but the presence of two different heterozygous mutations related to sudden cardiac death may have contributed to the development of sudden cardiac death. In cases with risk factors for sudden cardiac death (family history, unexplained syncope, brugada pattern in ECG, etc.), heterozygous mutations should be included in risk scoring.

Poster Presentation / Case Report**Covid-19 Hastalığı'na Bağlı Nörolojik
Komplikasyon: Epileptik Nöbet**

Ezgi Kula

EDİRNE SULTAN 1. MURAT DEVLET HASTANESİ NÖROLOJİ BÖLÜMÜ,
22100 edirne, Turkey E-mail: ezgi_demirkol@hotmail.com

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Ezgi Kula

Keywords / Anahtar Kelimeler: Covid-19, epilepsi

Introduction:

COVID 19 hastalığı ön planda solunum sistemi bulguları ile takip edilse de hastalıkla ilgili bilgi ve tecrübeler artıkça enfeksiyonla ilişkili nörolojik bulgular da tanımlanmaya başlamıştır.

Covid-19 tanısıyla takip edilen ve epileptik nöbet nedeniyle değerlendirilen bir olgu sunulmuştur.

Case:

49 yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta, nefes darlığı ile acil serviste değerlendirilmiştir. Çekilen Toraks BT'de bilateral yaygın pnömonik infiltrasyon görülmüş, yapılan Covid PCR testi pozitif saptanmıştır. Favipravir, Düşük molekül ağırlıklı heparin ve C vitamini tedavisi başlanmıştır. İkinci gününde hipoksisi gelişen hasta yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alınarak entube edilmiştir. Yaklaşık 10 gün YBÜ'de kalan hasta daha sonra extube edilerek servise çekilmiş ve aynı gün yaklaşık 5 dakika süren jeneralize tonik klonik (JTK) nöbet geçirmiştir. Hastanın nörolojik muayenesinde üst ve alt ekstremitelerde yaygın miyoklonik atımlar mevcuttu. Hasta uykuya meyilli, konfuze idi. Hastanın geriye dönük alınan anamnezinde YBÜ'de de ekstremitelerde benzer atımlar olduğu öğrenildi ancak epileptik aktivite düşünülmeyişi için nöroloji ile konsülte edilmemişti. Hastaya intravenöz levetirasetam yüklemesi yapıldı, daha sonra levetirasetam 2x1000 mg rutin tedavisi başlandı. Hastanın çekilen kranial MRG ve beyin BT'de lezyon izlenmedi. Hasta ve yakınları tarafından onam alınmadığı için lomber ponsiyon yapılamadı bu nedenle hastada ensefalopati dışlanamadı. Hastanın takiplerinde miyoklonik atımları tamamen geçti, tekrar eden JTK nöbeti olmadı, konfuze hali de geriledi. Taburculuk sonrası 1. ay kontrolünde hastanın nörolojik muayenesi doğal, yapılan EEG'si normal ve tekrar eden epileptik nöbet öyküsü yoktu.

Discussion:

Covid-19 hastalarında anosmi, baş ağrısı, inme, ensefalopati, gullain-barre gibi nörolojik komplikasyonların görülebileceği hastalıkla ilgili bilgi birikimimiz artıkça ortaya çıkmaktadır. Bu komplikasyonların virusün direkt etkisi, enflamasyona bağlı ortaya çıkan otoimmün süreçlere mi bağlı olduğu yoksa çok daha farklı mekanizmalarla mı ilişkili olduğu henüz netlik kazanmamıştır. Bazı covid-19 hastaları sadece nörolojik bulgularla başvurabilirler ya da hastalık seyrinde mortalitesi yüksek nörolojik komplikasyonlarla karşımıza çıkabilirler. Bu nedenle Covid-19 hastalığına bağlı nörolojik bulguları aklımızda tutmamız gerekmektedir.

Poster Presentation / Case Report**Covid-19 Pnömonisi Nedeniyle Takip Edilen Hastada Hiperkarotenemi Gelişmesi İle İlgili Bir Olgu**Mervegül Kaya¹, Tuğba Dağaşan², Özgür Enginyurt²

1. Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Altınordu, Turkey E-mail: mervegul_kaya@hotmail.com
2. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile hekimliği AD

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Özgür Enginyurt

Keywords / Anahtar Kelimeler: COVID-19 Pnömonisi, beslenme, hiperkarotenemi**Introduction:**

2020 yılı Mart ayında pandemi olarak nitelendirilen SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu COVID-19 enfeksiyonu öncelikle akut solunum yolu hastalıklarına neden olmasının yanında cilt bulgularının da beraberinde görülebildiği multisistemik tutulum ile karşımıza çıkmaktadır. Virüsün neden olduğu doku hasarı, makrofaj ve granülositlerin aşırı aktivasyonu ve proenflamatuvar sitokinlerin aşırı üretimini tetikleyebilir. Bu durum Makrofaj Aktivasyon Sendromu(MAS) veya Sitokin Fırtınası ile sonuçlanabilir.

Case:

48 yaşında erkek hasta solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvurdu. Hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Çekilen Toraks BT de her iki akciğer parankiminde sağda daha belirgin olmak üzere yaygın alveoler infiltratif buzlu cam dansite artışları ile birlikte interstisyel septal kalınlaşmalar saptanması üzerine COVID 19 pnömonisi tanısıyla yatışı yapıldı. Laboratuvar incelemede; WBC: 14,40 K/uL, Hgb: 13,0 g/dL, Lenfosit: 0,37 K/UL, Trombosit:196000 K/UL, AST: 129 U/L, ALT: 124 U/L, GGT:10 U/L, ALP:58 UL, CRP:18,26 mg/dL, Prokalsitonin:0,585 ng/ml, Direkt Bilirubin:0,25 mg/dL, D-Dimer:0,95 mg/L, INR:5,77, Sedimentasyon: 44 saptandı. Tam idrar tetkikinde patoloji saptanmadı, bekleyen idrarında renk değişikliği olmadı. Ferritin düzeyi ölçülemeyecek kadar yüksek bulundu. Hepatobilier USG de grade 1 hepatosteatoz saptandı, Portal Venöz Renkli Doppler USG normal izlendi. Tedavide, Favipiravir, hidroksiklorokin, metilprednisolon, enoksaparin sodyum ve yüksek doz C Vitamini uygulandı. Hastaya 2 ünite taze donmuş plazma verildi. Tedavinin 8. gününde hastanın her iki elinde sınırlı hiperpigmentasyon izlendi. Hiperpigmentasyon ayırıcı tanısı için hasta dermatoloji bölümüne konsülte edildi, vitaminden zengin diyetle beslenen ve karaciğer fonksiyon bozukluğu olan hastada hiperkarotenemi ön tanısı düşünüldü.

Discussion:

COVID 19 pnömonisi sitokin fırtınasına sebep olarak multiorgan yetmezliğine ilerleyebilen sistemik bir hastalıktır. Medikal tedavinin yanında yeterli ve düzenli beslenmeye dikkat etmek gerekir. Hastamızda yatış süresince turuncğilden fazla beslendiği gözlenmiş olup, ellerde lokalize hiperpigmentasyon hiperkarotenemi ile ilişkilendirilmiştir. Hiperkaroteneminin en yaygın nedeni gıda ve beslenme takviyeleri ile fazla karoten alımıdır. Hastanemizde beta karoten ve Vitamin A düzeyi çalışılmadığı için ön tanı olarak düşünüldü. Covid 19 enfeksiyonu tedavi sürecinde beslenme önemli rol olsa da aşırı vitamin ve mineral takviyesi istenmeyen sonuçlara yol açabilir.

Poster Presentation / Case Report**Covid-19 Sonrası Gelişen ve Hashimoto Tiroiditi Tanısı Alan Bir Olgu**Aydan Çevik¹, Hatice Buse Uraş², Selim Görgün³

1. Tekirdağ, 59000 Tekirdağ, Turkey E-mail: dracevik@gmail.com
2. İstanbul
3. Samsun

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Aydan Çevik

Keywords / Anahtar Kelimeler: Hashimoto tiroiditi, otoimmün komplikasyonlar, viral enfeksiyon, Covid-19, Covid-19 enfeksiyonları.

Introduction:

Covid-19, birkaç otoimmün hastalık spektrumuyla ilişkilendirildiğinden, Covid-19 enfeksiyonunun Hashimoto tiroiditini indüklemesindeki potansiyel rolünü araştırdık.

Case:

Temmuz 25'te Covid-19 tanısı konmuş olup aralık ayında T4 ve TSH yüksek saptandı. Ocak ayında T4'ün düştüğünü gözlendi, TSH yükseldi, tedavi başlandı. Hasta bilgileri ve tedavi süreci retrospektif olarak gözden geçirildi. Covid-19 enfeksiyonunun bazı Hashimoto tiroiditi vakalarının patogeneğinde rol oynadığına dair pozitif bir korrelasyon olabileceğini gösterdik.

Discussion:

Bu çalışma, Covid-19 ve Hashimoto tiroiditi arasında bir ilişki olduğunu gösterebilir, Covid-19 türlerinin daha özel bir inceleme ve hassas bir şekilde ele alınması ile daha ayrıntılı araştırmalar ve çevresel faktörlerin araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Poster Presentation / Research

e-ASM Takipli Huzurevi Sakinlerinde Periyodik Sağlık Muayenesinin Değerlendirilmesi

Eda Çelik Güzel, Tuğçe Duman, Onur Büyükkıyıcı, Ahmet Demir, Büşra Dursun

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, 59100 Tekirdağ, Turkey E-mail: tugceduman0@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Tuğçe Duman

Keywords / Anahtar Kelimeler: Periyodik Sağlık Muayenesi, Huzurevi, Aile Hekimliği

Aim:

Periyodik sağlık muayenesi, semptom göstermeyen kişilere yönelik yapılan düzenli sağlık kontrolüdür. Koruyucu sağlık hizmetinde aile hekimliğinin hizmet basamağında önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmamızda e-ASM'mize kayıtlı nüfusta bulunan huzurevi sakinlerinde periyodik sağlık muayenelerini değerlendirmeyi amaçladık.

Method:

Araştırmanın evrenini Ekim 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında periyodik sağlık muayenesi için Tekirdağ Karadeniz Eğitim ASM'ye bağlı bulunan Tekirdağ Zübeyde Hanım Huzurevi sakinleri (n=60) ve bölge nüfusumuzda olan 65 yaş üstü kişiler (n=28) kapsamaktadır. Katılımcıların periyodik sağlık muayene kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verileri ile ateş, nabız, tansiyon gibi vital değerleri ve kan tahlil sonuçları kaydedildi. Araştırmanın istatistiksel analizi SPSS 22.0 programı kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma) ve student t testi uygulandı. İstatistiksel açıdan $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Results:

Çalışmada 60 (14 kadın, 46 erkek) huzurevinde kalan, 28 (14 kadın, 14 erkek) huzurevinde kalmayan kontrol grubu olmak üzere 88 katılımcı bulunmaktadır. Huzurevinde kalanların yaş ortalaması: $77,62 \pm 7,66$, kontrol grubunun ise $73,39 \pm 3,97$ 'dir. Huzurevinde kalanların ortalama diastolik kan basıncı değeri $75,52 \pm 11,68$ iken kalmayanların ise $81,96 \pm 10,03$ ($p < 0,05$)'tür. SpO2 değerlerine bakıldığında ise huzurevinde kalanların ortalama $95,62 \pm 2,29$, kontrol grubuna göre $97,32 \pm 1,02$ ($p < 0,001$)'dir. Obezite açısından da değerlendirilen katılımcılardan huzurevinde kalanların ortalama BKİ değeri $25,76 \pm 3,75$, kalmayanların ise $30,06 \pm 6,60$ ($p < 0,003$)'tir. Çalışma grubu ortalama Hgb $13,04 \pm 1,91$, kontrol grubu Hgb $13,39 \pm 1,45$ bulunmuş olup istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmadı. Çalışma grubu ortalama RDW değeri $14,74 \pm 1,75$, kontrol grubu ortalama RDW değeri $15,81 \pm 2,45$ ($p < 0,02$) istatistiksel açıdan anlamlı fark vardır.

Conclusions:

Çalışmamızın sonucuna göre huzurevinde kalan yaşlılara kalmayanlara göre farklı bir yaklaşımda bulunmak gerekir. Bu çalışmada birinci basamakta yapılan ve erişkin dönemden farklı bir yaklaşım gerektiren geriatik dönem periyodik sağlık muayenelerinin e-ASM bakış açısıyla önemini de göstermektedir.

Poster Presentation / Case Report**Efficacy of ketogenic diet in WWOX-related epileptic encephalopathy**Gürkan Gürbüz¹, Ozge Berfu Gürbüz²

1. Namik Kemal University, 59030 İlçe Seçiniz, Turkey E-mail: drgurkangurbuz@hotmail.com
2. Tekirdag State Hospital

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Gürkan Gürbüz

Keywords / Anahtar Kelimeler: Epilepsy; Ketogenic diet; WWOX gene mutation.

Introduction:

Infantile epileptic encephalopathies are rare diseases that is characterized by paroxysmal interictal activity on the electroencephalogram, frequent and severe seizures, and developmental delay. Etiology can be genetic, metabolic or structural.

Case:

The WWOX gene mutation is one of the rare cause of genetic epileptic encephalopathy with autosomal recessive inheritance. A homozygous p.L239R (c.716T> G) mutation in the WWOX gene was found in 3 siblings who were admitted to our center with epileptic encephalopathy, microcephaly, progressive spasticity and optic atrophy, and who have a second degree consanguinity in between their parents. Cessation of seizures of the youngest sibling was seen with the initiation of ketogenic diet.

Discussion:

This case report will shed light on new studies in terms of the effectiveness of the ketogenic diet in WWOX related epileptic encephalopathy.

Poster Presentation / Case Report

parkinsonizm bulguları geliştiğinde ayırıcı tanıda unutulmamalıdır.

Erken Başlangıçlı Parkinson Hastalığında Motor Olmayan Belirtiler Olan Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu: Olgu Sunumu

Demet Kelleci, Mervegül Kaya, Deniz Deniz Özturan, Özgür Enginyurt

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, 52200 ORDU, Turkey E-mail: dr.demet.kelleci@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Özgür Enginyurt

Keywords / Anahtar Kelimeler: Parkinson Hastalığı, Depresyon, Anksiyete Bozukluğu, Motor Olmayan Semptomlar

Introduction:

Parkinson Hastalığı(PH) motor, psikiyatrik ve kognitif bozukluklar ile karakterize, ilerleyici, nörodejeneratif bir hastalıktır. İlk olarak 1817 yılında James Parkinson tarafından tanımlanmış olup, görülme sıklığı 65 yaş üzeri popülasyonda %1, 85 yaş üzerinde ise yaklaşık %5'tir. Esasen nigrostriyatal dopaminerjik nöronların harabiyeti sonucu gelişmekte olup, bu harabiyet istirahat tremoru, bradikinezi, rijidite ve denge bozukluğuyla (postural insitabilite) ilişkilidir. Çoğu hastada motor olmayan belirtilere (MOB) rastlanır ve bunlar hastalığın dopaminerjik nigrostriyatal sistem dışındaki sinir sistemi yapılarını tutmasıyla ilişkilidir. Bu belirtiler halsizlik, depresyon, anksiyete, kognitif kapasitede azalma, uyku bozuklukları, kabızlık, mesane disfonksiyonu, diğer otonomik bozukluklar (cinsel, gastrointestinal) ve duyuşal şikayetler olup oldukça sık görülür.

PH başlangıç yaşına göre; 21 yaş öncesinde 'Juvenil', 21-50 yaş aralığında 'Erken Başlangıçlı', 60 yaşından sonra 'İleri Yaş Başlangıçlı' PH olarak isimlendirilmektedir

Case:

44 yaşında erkek hasta, psikiyatri kliniğine uykusuzluk, iştahsızlık, hayattan zevk alamama, sinirlilik, korku, kaygı, umutsuzluk, ara ara olan nefes almada güçlük, ellerde titreme, kalp çarpıntısı, bulantı şikayetleri ile başvurdu. Yaklaşık 10 yıldır benzer şikayetlerinin olduğu, aralıklı olarak antidepresan tedavi aldığı, fakat tedavisine düzenli devam etmediği öğrenildi.

2 yıl önce sağ kolda harekette kısıtlılık, flexiyon ve ekstansiyonda direnç, rijidite, her iki elde istirahat tremoru, hareketlerinde yavaşlama gelişen hastaya PH tanısı konmuş. Pexa(pramipeksol) ve Madopar(levodopa-benserazid) tedavisi başlanmış.

Alkol ve sigara kullanıyor, özgeçmiş ve soygeçmişte ek özellik yok.

Hastaya polikliniğimizde Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği uygulandı. Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu tanılarıyla Citoles(essitalopram) başlandı.

Discussion:

PH'da depresyon, anksiyete, apati, psikoz, konversiyon bozukluğu gibi psikiyatrik yakınmalar hastaların yaklaşık %60'ında mevcut olup olgumuzda olduğu gibi hastalık başlamadan önce başlayıp, giderek belirginleşebilir. Fakat hastaların bu belirtileri PH ile ilişkilendirememeleri, motor belirtileri kadar önemsememeleri veya hekimin yeterince sorgulamaması nedeniyle MOB ler gözden kaçabilir. Erken tanısı ve tedavisi hastaların morbiditesi açısından oldukça önemlidir.

PH nadir olguda erken yaşta başlayabilir. Genç hastada

Poster Presentation / Research**Evaluation of 25(OH) Vitamin D Levels in a Family Health Center**Hüseyin Acar¹, Seçil Arıca²

1. İstanbul Ümraniye Zeyneloğlu Aile Sağlığı Merkezi, 34775 Ümraniye, Turkey E-mail: hacar@windowslive.com

2. Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Hüseyin Acar

Keywords / Anahtar Kelimeler: family medicine, test, vitamin D

Aim:

25(OH)D is the available for testing form of vitamin D, which has important roles body. At the beginning of 2020, testing in family health centers and state hospitals were regulated, only to be requested by specialist. we aimed to define examination results of 2019 in Family Health Center in Ümraniye, İstanbul.

Method:

After concluding the results of vitamin D tested during 2019, using the family medicine informations system, we sorted out age, gender, dates of tests,

Results:

In our study, 913 patients had a total of 1184 vitamin D test results. 224(24.5%) of the patients were male. The mean age of the patients was 39.9±19.5 years. The average of the vitamin D results was found to be 19.6±9.6ng/mL. Test result mean of male gender was significantly higher than females. The average of test results aged 50 and over was significantly higher than those under 50 years old. The highest mean results were seen in November.

220(24.1%) patients had at least one control test during the year. 693(75.9%) patients didn't have control test result after treatment, if any. 650(93.7%) of latter had deficiency(<20ng/mL) or insufficiency(20-30ng/mL). 45(20.5%) of 220 patients follow-up results improved from Deficiency or Insufficiency to Insufficient or Adequate levels. Only 24 patients improved to an Adequate level within the year. Among all test findings, the results with sufficient vitamin D level were seen only in 108(9.1%) results.

Conclusions:

25(OH)Vitamin D is a test recommended in the elderly, obese, pregnant, during the lactation period, in some medicine usage, in the presence of other clinical conditions and suspicious symptoms, and follow-up after treatment. Although there are controversies about vitamin D testing, when clinical conditions need, it would be beneficial to control blood levels of a vitamin that is widespread deficient, causes secondary clinical conditions and is being investigated for its anti-inflammatory effects.

Poster Presentation / Case Report**Lütfen Kemerini Açalım: Muayenede tanısı atlanan bir kasık fıtığı olgusu**Ahmet Orhan Sunar¹, Yusuf Emre Aytin²

1. Gumushane State Hospital, 29000 Gumushane, Turkey E-mail: orhansunar@hotmail.com
2. Edirne Sultan 1. Murat State Hospital

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Ahmet Orhan Sunar

Keywords / Anahtar Kelimeler: inguinal, fıtık, inkarserasyon

Introduction:

Mekanik incebağırsak obstrüksiyonunun sık sebepleri arasında inkarsere ventral herniler bulunmaktadır. En sık ventral herni tipi ise inguinal hernidir. İnkarserasyon durumunda ise strangüstasyon (boğulma, dolaşımın bozulması) olasıdır. Strangüstasyon tanısı ameliyata ait bir bulgudur ve operasyon öncesi öngörülebilmesi mümkün olmadığından tüm inkarsere fıtıkların acil operasyon endikasyonu bulunmaktadır.

Case:

69 yaş erkek hasta acil servise sabah saat 05:05'te karında şişlik, bulantı, kusma şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde total tiroidektomi, prostatik asiner adenokarsinom nedeniyle radikal prostatektomi ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı mevcuttu. Acilde yapılan ilk muayenesinde karında orta düzey distansiyon değerlendirildi. Levotiroksin sodyum 150 mcg/ gün kullanan hastada takipte uyumsuzluk nedeniyle T4: 1,83 ng/dl 1,7 ve TSH: 0,025 mIU/L olarak değerlendirildi. Bunun dışındaki tam kan sayımı ve biyokimya değerleri normaldi. Ayakta direkt batın grafisinde multipl incebağırsak tipi hava-sıvı seviyeleri izlenmesi üzerine mekanik incebağırsak obstrüksiyonu ön tanısıyla etioloji belirlemeye yönelik olarak iv kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi ve incebağırsak obstrüksiyonunun sağ inguinal herniye bağlı olduğu görülerek tarafımıza danışıldı. Yapılan muayenesinde sağ inguinalde indirekt herni palpe edilmekle birlikte inkarsere segment bulunmamaktaydı. Hastanın acil serviste uygulanan tedavisinde 500 cc %0,9 NaCl içinde hiyosin-n-butilbromür ve metoklopramid uygulandığı anlaşıldı. Saat 06:16'da çekilen batın BT ile 08:00'daki muayenesi arasındaki sürede herninin spontan redükte olduğu anlaşıldı. Hastada spontan gaz gaita çıkışı mevcuttu. İyatrojenik hipertiroidi durumu da dikkate alınarak hastanın operasyonu elektif olarak uygulanmıştır.

Discussion:

İnkarsere herni tanısı gözden kaçtığına sıkışan ansın rezeksiyon ihtimali artmakta bu da hastane yatış süresinin uzamasına ve komplikasyon olasılığının artmasına yol açmaktadır. Özellikle yaşlılarda fıtık bölgesindeki ağrıya duyarsızlık ve yanıtızlık sonucunda bulantı, kusma bulguları ön planda olabilmektedir. Bu hastalarda mekanik incebağırsak obstrüksiyonunun diğer sebeplerine yönelerek tanı gecikebilir. Mevcut vakada da acile başvurusundaki ilk muayenede pantolon kemerini çözmemesi nedeniyle kasık bölgesinin değerlendirilemediği anlaşılmıştır. Batın muayenesinde her iki inguinal bölgenin de muayeneye dahil edilmesi tanıda gecikmelerin önüne geçecek, hastayı gereksiz görüntüleme sürecinden, hekimi de tıbbi hata yapmaktan koruyacaktır.

Poster Presentation / Case Report**Mor İdrar Torbası Sendromu: Bir olgu sunumu**

Nur Şimşek Yurt¹, Mahcube Çubukçu², Emine Öztürk³

1. Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, 55100 Samsun, Turkey E-mail: nursimsekyurt@gmail.com
2. Health Sciences University Samsun Education and Research Hospital
3. Aralık İlçe Devlet Hastanesi, Iğdır

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Nur Şimşek Yurt

Keywords / Anahtar Kelimeler: Mor idrar torbası sendromu, üriner sistem enfeksiyonu, idrar kateterizasyonu

Introduction:

Makroskopik muayenenin, idrar kateterizasyonu olan hastalardaki idrar tetkiklerinde önemli bir yeri vardır (1). Mor idrar torbası sendromu (MİTS), idrar drenaj sisteminde mor renk değişikliği ile karakterize ve oldukça nadir görülen, hasta yakınlarında ve sağlık çalışanlarında endişe uyandırabilecek bir durumdur (2). MİTS, idrar kateterizasyonu olan hastalarda bakteriyel kolonizasyona bağlı indigo (mavi) ve indirubin (kırmızı) pigment üretimi ile karakterizedir. Bu pigmentlerin polivinil klorür (PVC) içeren üriner kateter ve plastik bir idrar torbası ile temas etmesi, idrarda mor renk değişikliğine neden olmaktadır (3). MİTS etiolojisinde tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları, komorbid hastalıklar, kronik kabızlık, kadın cinsiyet, ileri yaş, böbrek yetmezliği, PVC içeren sonda ile uzun süreli kateterizasyon, triptofan ve alkali idrardan zengin diyetler yer almaktadır (4).

Bu olgu sunumunda, evde sağlık hizmeti alan ve uzun süreli idrar kateterizasyonu mevcut hastada gelişen MİTS'in değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Case:

85 yaşında kadın hasta, özgeçmişinde meme kanseri, kronik böbrek yetmezliği, inme ve hipertansiyon hastalıkları mevcut olup son bir yıldır yatağa tam bağımlı olarak Samsun Evde Sağlık Hizmetleri tarafından takip edilmekteydi. Sol hemiplejisi olan hastanın nörojenik mesane nedeni ile uzun süredir idrar kateterizasyonu mevcuttu. Hasta yakınlarının son başvuru şikâyeti idrar torbasında hiç görmedikleri renk değişikliği olan hasta, evinde ziyaret edildi. Vital bulguları normal olan hastanın genel durumu iyiydi. İdrar kateterizasyonu ile ilgili renk değişikliği haricinde bir şikâyeti yoktu. Kabızlık şikâyeti yoktu. İdrar torbası incelendiğinde idrarın mor renk aldığı görüldü. (Resim 1) Yapılan incelemelerde; tam idrar tetkikinde hemoglobinin: negatif, pH: 6, lökosit sayısı: 10/HPF, eritrosit sayısı: 2/HPF, bakteri: 53/HPF olarak saptanırken idrar kültüründe Escherichia coli üremesi görüldü. İdrar yolu enfeksiyonu tedavi edilen hastanın idrar rengi birkaç gün içerisinde giderek düzeldi.

Discussion:

İdrarda renk değişikliği pek çok önemli hastalığın belirtisi olabilir. MİTS tek başına iyi seyirli bir klinik tabloya sahip olmasına rağmen, altta yatan klinik faktörlerin ve üriner enfeksiyonların önemli morbidite ve mortalite kaynağı olması sebebi ile akılda tutulması gereken nadir bir klinik durumdur.

Poster Presentation / Case Report**Pediatric Hastada Kemoterapi Sonrası
İntestinal Perforasyon Olgu Sunumu**

Aykut Alkan, Osman Kula

Trakya University School of Medicine Department of Radiology, 22030 Edirne,
Turkey E-mail: drosmankula@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Osman Kula

Keywords / Anahtar Kelimeler: Non Hodgkin Lenfoma,
kemoterapi, perforasyon

Introduction:

İntestinal perforasyon barsak duvarında bütünlük kaybı olup en sık nedenleri travma, iatrojenik nedenler, inflamasyon, enfeksiyon, malignite, obstrüksiyon ve iskemidir. İntestinal perforasyon özellikle non-hodgkin lenfomada görülebilen bir komplikasyondur. Biz bu yazımızda, çocuk hastada kemoterapi sonrası gelişen karın ağrısında etyolojik neden olarak karşımıza çıkan intestinal perforasyon olgusunu anlatmayı amaçladık.

Case:

Nüks B hücreli ALL nedeniyle çocuk hematoloji servisinde yatmakta olan 6 yaşında erkek hasta, kemoterapi sonrasında gelişen karın ağrısı nedeniyle Trakya Üniversitesi Radyoloji Anabilim Dalı'nda tetkik edildi. Çekilen bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol kadranda düzeyinde jejunal anastomoz yaklaşık 2,5 cm'lik segmentte duvar kontrastlanmasında total kayıp ve bu alan komşuluğundaki mezenterik yağlı dokuda inflamatuvar dansite değişiklikleri görüldü. Ayrıca bu anastomoz komşuluğunda büyüğü 7 mm kısa aksı olmak üzere multiple patolojik lenf nodları izlendi. Lenfoma öyküsü olan olguda, bulgular olası intestinal tutulum ve buna sekonder tedaviye bağlı duvar nekrozu gelişimi lehine değerlendirildi. Sonrasında opere olan hastada patoloji sonucu tam kat intestinal nekroz ile uyumlu olarak raporlandı.

Discussion:

Kemoterapi sonrasında hastalarda karın ağrısı sık görülebilen bir semptom olup en sık nedenleri intestinal motilitede ve bakteriyel florada meydana gelen değişiklikler oluşturmaktadır. Bunun dışında tedavi sonrasında ciddi nötropeni (nötrofil sayısı <1000 per mikrolitre) gelişen hastalarda tiflit gibi inflamatuvar durumlar da karşımıza çıkabilmektedir. Ancak özellikle non-hodgkin lenfomalı hastalarda intestinal tutulumun ve buna sekonder tedavi sonrası perforasyonun karşımıza çıkabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Poster Presentation / Case Report**Possible symptomatology of systemic lupus erythematosus**Branka Sošić¹, Marijana Tomić Smiljanić²

1. Primary health center Rakovica, 11231 Belgrade, Serbia E-mail: sosicdrbranka@gmail.com

2. Civil Aviation Directorate of the Republic of Serbia

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Branka Sošić

Keywords / Anahtar Kelimeler: Lupus erythematosus systemicus, symptoms, therapy

Introduction:

- Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease that has a multisystem character. It affects blood vessels and connective tissue of various organs. It manifests on the skin, joints, lungs, heart, while the most severe forms affect kidneys and central nervous system.

Case:

In 2013, a 29-year-old patient complained of pain in the small joints of her hands, feet, shoulders and occasional swelling. She had photosensitivity and skin changes in places exposed to the sun, a short-term impaired consciousness, no cramps or foaming at the mouth. Clinical findings included mild facial erythema, suspected hard palate enanthem, pronounced PIP without clear arthritis, palpation sensitivity of most joints. In the immunological profile found positive ANA in a titer of 1: 320 homogeneous type, anti-RO antibodies significantly elevated 109.6, and anti-LANeg, anti-DNA over 200, anti-SM pos, C3 0.89. Prednisone 20 mg and hydroxychloroquine 200 mg were introduced as part of the therapy. After half a year, prednisone was replaced with methylprednisolone 2x16mg. In 2015, she got panic attacks, a feeling of suffocation, difficulty swallowing, palpitations, and tingling in the hands, referred to a psychiatrist, prescribed escitalopram 10 mg/day. Due to tingling in the hands and feet - polyneuropathy, pregabalin 75 mg/day prescribed by a neurologist. MRI of the brain, finding normal. On her own initiative, at the beginning of 2018, she stopped the therapy and the disease worsened. Livid erythema occurs in the area of the root of the nose and zygomatically, hospitalized at the dermatology department, mycophenolic acid 2x500 mg was introduced with antimalarial and corticosteroid. The patient is now under therapy, she feels well, the skin changes have receded, she does not need antidepressants. She goes for regular check-ups with a rheumatologist

Discussion:

Joint pain should be taken seriously and immediate immunodiagnosics should be made due to timely treatment.

Poster Presentation / Case Report**Sırt Ağrısı Semptomundan Akciğer Malignitesi Akla Gelir Mi?**

İdil Ceren Balci¹, Zarf Çagla Arslan¹, Nazlı Hacıağaoğlu¹, Engin Ersin Şimşek²

1. S.B.Ü. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, 34865 İstanbul, Turkey E-mail: cerengedik.54@gmail.com

2. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Training and Research Hospital Department of Family Medicine

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by İdil Ceren Balci

Keywords / Anahtar Kelimeler: sırt ağrısı, akciğer kanseri, kitle

Introduction:

Ağrı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlerin sık karşılaştıkları sağlık sorunlarından biridir. Ağrı kompleks bir sürecin sonucunda ortaya çıkan bir algıdır. Sık bir başvuru sebebi olmasının yanında ağrı çeşitli hastalıkların semptomu olabilmektedir. Olgu sunumunda; sırt ağrısı ile başvuran hastada akciğer malignitelerinde öykü ve semptom sorgulamasının yanında temel görüntüleme yöntemlerinden olan akciğer grafisinin önemini ortaya koyduk.

Case:

49 yaşında kadın hasta 15 gündür devam eden sırt ağrısı ile acil servise başvuruyor. Daha önce aynı şikayet ile FTR polikliniğine başvurduğu, vertebra MR istendiği ancak hastanın ağrılarının artması nedeniyle acil servise geldiği öğreniliyor. Hastada sorgulandığında dispne olmadığı ancak nefes alıp verirken batma olduğu, gece terlemesi ve son üç haftada 3-4 kilo kaybı olduğu öğreniliyor. Yapılan fizik muayenesinde ateş:36,7, saturasyon:%99, diğer vitaller stabil. Dinlemekle sağ akciğer bazalderde solunum sesleri azalmış. Bilinen kronik hastalığı bulunmamakta, 25 paket/yıl sigara öyküsü mevcut. Hastadan postero-anterior akciğer grafisi isteniyor. Sağ akciğer bazalde yaklaşık 7x7 cm'lik opasite artışı görülüyor. Öncelikle kitlesel lezyonu düşündüren ancak kitle, lobar pnömoni ayrımı yapılamayan hasta ileri tetkik amacıyla bir üst merkeze yönlendiriliyor. Bir üst merkezde çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt lob superior segmentte yaklaşık 7.5x8 cm boyutlarında lobule konturlu heterojen solid kitlesel lezyon ileri evre akciğer Ca ile uyumlu düşünülüyor. Hasta göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendiriliyor. Hastaya histopatolojik tanı amacıyla biyopsi yapılıyor.Çekilen PET CT raporunda boyunda-mediastende metastaz lehine lenfadenopati kitleleri, sağ parietal lobda metastaz lehine hipodens kitlesel lezyon, sağ sürrenal glandda metastaz lehine hipodens nodüler lezyon saptanıyor. Hasta onkoloji polikliniğine yönlendiriliyor.

Discussion:

Sırt ağrısı acil serviste sık karşılaşılan bir semptomdur. Olgudaki malignite için en önemli risk faktörü sigaradır. Sorgulandığında B semptomlarının eşlik ettiği görülmüştür. Akciğer grafisinde, kanseri düşündürecek ilk bulgu sıklıkla soliter pulmoner nodüldür. Olgunun akciğer grafisinde görülen lezyon >3cm olması nedeniyle malignite düşünmemize sebep olmuştur. Akciğer grafisi tümörlerin tespiti ve değerlendirilmesinde önemli role sahiptir. Olgumuzu bir üst merkeze yönlendirerek tanısının doğrulanmasının koruyucu hekimlik açısından değerli olduğu düşünülmektedir.

Poster Presentation / Case Report**Sjögren's syndrome, tubular acidosis and nephrocalcinosis**Branka Sošić¹, Marijana Tomić Smiljanić²

1. Primary health center Rakovica, 11231 Belgrade, Serbia E-mail: sosicdrbranka@gmail.com

2. Civil Aviation Directorate of the Republic of Serbia

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Branka Sošić

Keywords / Anahtar Kelimeler: Sjögren's syndrome, tubular acidosis and nephrocalcinosis

Introduction:

Sjögren's syndrome is an autoimmune disease characterized by dry mucous membranes of the eyes and oral cavity. The incidence of tubulopathy ranges from 2.6 to 33

GOAL: Indicate possible tubular acidosis and nephrocalcinosis in Sjögren's syndrome

METHOD: Conversation with the patient, examination, discharge lists, medical specialist assessment reports, laboratory analyses

%.

Case:

CASE REPORT: A 28-year-old patient complained of dry mouth and eyes due to parotitis. Schirmer's test revealed OD 12mm, OS 8mm, BUT 11.9sec. No synovitis of peripheral joints. Immunological tests performed included RF 63, ANA 1/640, anti-Ro 241.6, anti-La neg. Ultrasonographic changes of the salivary glands were highly suggestive of Sjögren's syndrome. Artificial tears and artificial saliva preparations were introduced into the therapy. After a year, the patient developed pain in the joints and bruising on the body. Hematological examination showed a slightly reduced F XII value. The existence of antiphospholipid antibodies was not confirmed, and elevated protein values with polyclonal hypergammaglobulinemia were most likely the result of immune stimulation within the autoimmune process. The rheumatologist introduced Prednisone and Chloroquine Phosphate into the therapy. After two years, the patient woke up at night to numbness and inability to walk. She reported to the Emergency Center, hypokalemia was 1.7, GFR > 60. She was hospitalized in the nephrology ward, where she was diagnosed with renal tubular acidosis II and nephrocalcinosis within Sjögren's syndrome. Potassium chloride substitute 3x1 gr was introduced into the therapy, chloroquine phosphate was replaced by hydroxychloroquine.

Discussion:

CONCLUSION: Patients with Sjögren's syndrome should have their potassium level measured, urinary tract ECHO test, and gas test performed timely

Poster Presentation / Research

Telephone and E-Mail Consultations During the Covid-19 PandemicTatjana Zdravković¹, Tatjana Egic²

1. Health Centre „Novi Sad“, 21000 Novi Sad, Serbia E-mail: tatjanazdravkovic67@gmail.com

2. Health Centre „Novi Sad“

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Tatjana Zdravković

Keywords / Anahtar Kelimeler: covid-19 pandemic, telephone consultations, e-mail consultations, general practice

Aim:

The aim is to determine how much the patients of the Health Center Novi Sad used the telephone and/or e-mail consultation during the COVID-19 pandemic.

Method:

The study is a retrospective analysis of data on services provided, recorded in the electronic health record of the patients of the General Medicine Service. The permission to use data from e-mail database was obtained by the Ethics Commission.

Results:

From March to December 2020, 69079 (99.28%) telephone services and 503 (0.72%) e-mail consultation services were recorded. They were used by people aged from 18 to 108, with an average age of 61.33 (SD 15,854). 41224 (59.68%) females and 27865 (40.32%) males used telephone services. Compared to other age groups, this service was used significantly more ($\chi^2=28,443$, $p<0,05$) by people aged 60-69 (25.84%) and 70-79 (24.12%). The telephone consultation service was used significantly more ($\chi^2=25,226$, $p<0,05$) in April and May. E-mail consultations were used by 503 people, of which 309 (61.43%) were female and 194 (38.57%) were male. There is no statistically significant difference in the frequency of e-mail consultations in relation to age groups, nor in relation to the month of using the service.

Conclusions:

Due to the epidemic of SARS CoV-2 virus, declared in Serbia on March 19, 2020, the service of telephone and/or e-mail consultations was introduced in the Health Center "Novi Sad". Telephone consultations were mainly used by elderly patients and males. A significantly smaller number of patients used e-mail consultation. Although these services are useful, there is a danger that the doctors do not have full insight into the health condition of patients.

Poster Presentation / Research

Üç Farklı Malnütrisyon Tarama Testinin Laboratuvar Sonuçları İle Karşılaştırılması

Aydan Çevik

Tekirdağ, 59000 Tekirdağ, Turkey E-mail: dracevik@gmail.com

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Aydan Çevik

Keywords / Anahtar Kelimeler: Dengeli beslenme, malnütrisyon

Aim:

İnsan sağlığında dengeli beslenmenin önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu dengenin bozulması malnütrisyon anlamındadır. Özellikle, yaşlılarda malnütrisyon önemli problemidir. Çünkü genellikle enfeksiyonlara yatkınlık, mortalite ve morbiditeyle birlikte seyretmektedir. Çoğu zaman malnutrisyon sinsi başladığı için tanısı gecikmektedir. Malnütrisyon taraması için birçok test geliştirilmiştir. Bu testler içinde altın standart bir metot veya yöntem yoktur. Aynı zamanda malnütrisyon değerlendirilmesinde tarama testleri ile birlikte bazı laboratuvar ve antropometrik ölçümlerine de ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada üç farklı malnütrisyon test sonuçlarının laboratuvar verileriyle birlikte değerlendirilerek karşılaştırması amaçlanmıştır.

Method:

Çalışmaya Evde Sağlık Hizmetleri alan araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri oryantasyonu iyi 178 hasta dahil edildi. Çalışmaya MNA, MUST ve NRS2002 testleri uygulandı. Hastaların total protein, albümin, CRP, hemoglobin, kolesterol, B12, kreatin testleri çalışıldı.

Results:

Çalışmaya katılan olguların yaşları 65 ile 103 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $81,19 \pm 8,22$ yıldır. Çalışmaya katılanların %32'si (n=57) erkek, %68'i (n=121) kadındır. MNA toplam değerlerine göre olguların %33,1'i Malnütre; % 39,3'ü risk altında malnütre ve %27,5'inde ise normal olarak saptanmıştır. Malnütrisyonlu olgularda; hemoglobin, demir, TDBK, B-12, folik asit ve lenfosit oranı düşüklüğü, ferritin ve CRP düzeyi yüksekliği diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksek oranda saptandı. Malnütrisyon riski altında bulunanların düşük demir ve albümin oranları normal olgulara göre anlamlı düzeyde yüksektir; düşük CRP oranları ise normal olgulardan anlamlı düzeyde düşüktür.

Conclusions:

MNA ve NRS tarama testlerinin laboratuvar sonuçları ile daha uyumlu olduğu ancak bu testlerin kullanımında kişilerin genel durumları da göz önüne alınarak karar verilmesi gerektiği düşünülmüştür. Malnütrisyon tanı konulup tedavi edilmediğinde; diğer mevcut klinik hastalıkların tedavisini güçleştirmekte, diğer taraftan hasta ile ilgili komplikasyonların artmasına sebep olacağından morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Malnutrisyonun biyokimyasal parametreleri, vücut homeostasisini ve vücudun tüm sistemlerini etkilediği için erken tanı ve tedavisi çok önemlidir.

Poster Presentation / Case Report**“Antithrombotic treatment dilemma in COVID-19”- a case report**

Nevena Ivanova

Medical University-Plovdiv, Bulgaria, 4000 plovdiv, Bulgaria E-mail: Nevena.Ivanova@mu-plovdiv.bg

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Nevena Ivanova

Keywords / Anahtar Kelimeler: COVID-19, GP, cardiovascular, antithrombotic treatment

Introduction:

COVID-19 (SARS-CoV-2 virus) is a novel coronavirus which emerged in Wuhan, China in December 2019 and became pandemic in March 2020. The symptoms are nonspecific and their severity can vary. Most common are fever, dry cough and tiredness. COVID-19 mainly affects the respiratory tract from mild symptoms to bilateral pneumonia and acute respiratory distress syndrome. Due to a global inflammatory response and endothelial damage, COVID-19 may predispose to cardiovascular thrombotic disorders and events such as stroke, myocardial infarction and peripheral artery disease.

Case:

A 83 years old male has been diagnosed for COVID-19 with PCR test. He was under home care because refused hospital treatment and had been consulted by his GP by phone. He suffered fever, headache, dry cough, shortness of breath during minimal exercise, chest discomfort and tiredness. The X-ray showed bilateral pneumonia. The patient has past history of acute anterior myocardial infarction 10 days ago and undergone emergency coronary angiography which revealed three vessel coronary artery disease-100% occlusion of left anterior descending artery in proximal segment, 70% stenosis of left circumflex artery, 80% stenosis of right coronary artery in proximal segment. The percutaneous coronary intervention included stenting of LADp with three drug eluting stents. For the period of 1 year he experienced two episodes of atrial fibrillation with pharmaceutical conversion to sinus rhythm.

Discussion:

GPs are first line doctors, so they make initial decision about diagnosis, complications, treatment and indications for hospital treatment. The distance between doctor and patient makes that hard and increases the risk of making life-threatening mistakes. Because of thrombotic predisposition in COVID-19, antithrombotic treatment plays a key role. Stenting requires double antiplatelet treatment, COVID-19 addition of anticoagulant. In elderly patients it increases the risk of bleeding. The GP has to balance risk and benefits.

Poster Presentation / Case Report**“COVID-19-the great imitator”- a case report**

Nevena Ivanova

Medical University-Plovdiv, Bulgaria, 4000 plovdiv, Bulgaria E-mail:
Nevena.Ivanova@mu-plovdiv.bg

Presentation on 25/03/2021 05:00 in "Poster Session" by Nevena Ivanova

Keywords / Anahtar Kelimeler: COVID-19, GP, diversity symptoms

Introduction:

: COVID-19 (SARS-CoV-2 virus) is a novel coronavirus which emerged in Wuhan, China in December 2019 and became pandemic in March 2020. Symptoms of infection are nonspecific and their severity can vary. COVID-19 mainly affects the respiratory tract from mild symptoms to bilateral pneumonia and acute respiratory distress syndrome. Due to a global inflammatory response and endothelial damage, COVID-19 may predispose to cardiovascular disorders. Some symptoms are due to nervous system involvement-headache, loss of taste and smell, muscle and joint pain, “brain fog”, anxiety, posttraumatic stress disorder, depression and insomnia. GPs are first line doctors, so it is of great importance to diagnose including complications and make a proper decision about the treatment

Case:

45 years old women has been diagnosed for COVID-19 with PCR test. She was under home treatment prescribed and followed by her GP by phone. She suffered fever, severe dry cough, tiredness loss of smell and appetite After a week complained extreme muscle, joint, abdominal and back pain, diarrhea, severe headache with no possible relief and hallucinations. She developed anxiety, insomnia and depressive thoughts after hair loss. On a 20th day reported chest pain, heaviness, dagners, palpitations and arrhythmias. Those were interpreted by GP as panic attacks, and treated with sedatives. Accompanying diseases-breast cancer with partial mastectomy, chemo and hormonal therapy 15 years ago, menopause. Neither lab test, ECG, X-ray or CT scan were recommended by GP. After a month she visited cardiologist who diagnosed pericarditis, episodes of atrial fibrillation and initiated treatment.

Discussion:

COVID-19 is a novel disease, without previous experience and data available. The mechanisms of damages are still unclear, so as treatment. That is a challenge for GPs to cope with diversity of symptoms and make proper diagnose of complications, especially in a distance and lack of financial recources

Author Index

Acar, Hüseyin	101, 351	Canbay Özdemir, Dilara	160
Ahçı Yılmaz, Seda	340	Çankaya, Soner	182
Akarsu, Büşra	160	Cankurtaran, Mustafa	126, 160
Akaydin, Çiğdem	71	Cansel, Neslihan	135
Akbaş Güneş, Nurcan	90, 98	Çayır, Yasemin	195
Akbayram, Hatice Tuba	289	Çaylan, Ayşe	124
Akin Poçanoğlu, Ayşenur	201	Çelik Güzel, Eda	107, 348
Akin, Fatih İlşad	114	Çelik, Mustafa	342
Akkuş, Aysun Fatma	190, 344	Çelik, Neşe Gül	340
Akkuş, Ömer Ferudun	344	Cengiz, Türkan	313
Aksoy, Hilal	126, 160, 222	Çetin, Hüseyin	217, 252
Alacahan, Sema	154	Çevik, Aydan	347, 359
Alagöz Ekti, Zeliha	161	Çevik, Gökhan	304
Albayrak, Dogan	213	Ceyhun Peker, Gülsen	196
Alkan, Aykut	147, 354	Ceylan Doğan, Mine	196
Alkin, Usum Utku	155	Cihan, Murat	182
Altay, Servet	344	Collins, Claire	41
Altuntaş, Bülent	287	Çubukçu, Mahcube	313, 353
Andaç, Burak	253	Dağaşan, Tuğba	346
Ardahanlı, İsa	281	Dagdelen, Daghan	268
Arica, Seçil	101, 351	Dağdeviren, Hamdi Nezh	110, 111, 112, 113, 114, 123, 124, 343
Arslan, İsmail	165	Dayan, Akın	238
Arslan, Zarf Çaçla	356	Demir, Ahmet	348
Asenova, Radost	55	Demir, Ahmet Muzaffer	271
Aşık, Zeynep	106, 200, 291	Demir, İlknur	221
Aşkin Turan, Suna	183	Demirbaş, Abdullah	105
Aslan Altaş, Roza	252	Demirbaş, Soner	319
Ata Doğan, Selin	336	Demirköse, Hacer	115
Ataçer, Mustafa Ozan	304	Deniz Özturan, Deniz	350
Ateş, Sinan	169	Desdicioğlu, Raziye	202
Aydın Kılıç, Melike Ülkü	317	Deveci, Murat	215
Aydın, Osman	165	Deveci, Şule	183
Aydoğan, Ümit	115, 210	Dilek İşcan, Gökçe	69
Aydoğmuş, Süheyla	165	Dirican, Emre	222
Ayhan Başer, Duygu	126, 160	Doğaner, Yusuf Çetin	115, 210
Aypak, Cenk	308	Döner Güner, Pınar	222
Aytin, Yusuf Emre	130, 133, 352	Duman, Tuğçe	348
Bağcı, Büşra	104	Dursun, Büşra	348
Baktir Altuntaş, Sibel	287	Edirne, Tamer	70, 71
Balaban, Burhan	291	Egic, Tatjana	358
Balci, İdil Ceren	356	Egici, Memet Taşkin	149
Balci, Merve	203	Emiroğlu, Canan	308
Balkan, Asım	317	Emre, Nilüfer	70
Basat, Okcan	309	Enginyurt, Özgür	182, 339, 346, 350
Basat, Sema Uçak	330	Er, Zafer Cengiz	209
Başbulut, Eşe	142	Erdogdu Ceylan, Elif	158
Bilmenoglu, Çağlar	237	Erkan, Neriman	85
Böcek Aker, Esra	210	Ersoy, Süleyman	225, 330
Bojaj, Gazmend	62	Eryılmaz, Mehmet Ali	201
Bolat, Ahmet	210	Eryılmaz, Müzeyyen	132
Bolcu Emir, Canan	183	Esen, Umut	330
Bozça, Rifat	242	Esra Yalçın, Ebru	115
Budak, Metin	276	Even, Özlem	107
Bulca Acar, Aysima	125	Fidancı, İlknur	126
Busneag, Iliana Carmen	45	Fidancı, İzzet	126, 160
Büyükkıyıcı, Onur	107, 348	Fişenk, Mehmet Fatih	342
Çalık, Görkem	138	Frese, Thomas	68
Can, Kamuran	107		

Garip, Rüveyde	263	Kuruçay, Didem	227
Gedik Tekinemre, Iılay	318, 329	Ku, Celal	154
Gelmez Ta, Beray	232	Levent, Cansu	341
Gomez Bravo, Raquel	65	Ma, ada Emin	138
Gönenç, Iık	172, 227	Marakolu, Kamile	105, 141, 203,
Grgn, Selim	347		246
Grpeliolu, Süleyman	308	Mercan Bapınar, Melike	309
Granek-Catarivas, Martine	27	Mert, Ertan	155, 336
Gl, zge	203	Michels, Nele	60
Gl, Tuba	182	Neves, Ana Luisa	50
Gmtakım, Raziye ule	154	Nur Eke, Remziye	125, 331
Gnal, zgr	142	ner, Can	252
Gne, Vahit	149	per, Meltem	71
Gürbüz, Gürkan	337, 338, 349	rken, Cihat	183
Gürbüz, Ozge Berfu	337, 338, 349	Orta, Selim	107
Hacıaaolu, Nazlı	217, 356	Ortanca, Duygu	123
Hadley-Brown, Martin	54	zdemir, Ali	132, 194
Haltaş, Mustafa	283	zdemir, ala	90, 98
Harding, Alex	24	zder, Aclan	287
Hatipolu, Nur ehnaz	18	zdil Yılmaz, İlkiz zge	258
Howe, Amanda	34	zen, Mehmet	106, 125, 331
İpek, Yıldız	104	Ozguzar, Esmâ Seda	110
İ Kara, Tuba	202	zmeral, Merve	330
Ivanova, Nevena	360, 361	zahin, Aysun	70, 71
Kamarlı Altun, Hlyâ	267	ztaş, Fatih	155
Kami, Faize	194	ztekin, Cokun	303
Karada, Hamza	309	Öztora, Serdar	111, 123
Karadeniz, Ramazan	308	ztrk, Cihan	93, 276
Karahan Gulsen, Aysegul	172	ztrk, Emine	353
Karahan, Tefvik Fikret	74, 77, 80, 82	ztrk, Güzin Zeren	221, 232
Karaku, Mehmet Fatih	182	ztrk, Murat	292
Karal, Yasemin	258	Pala, Emin	225, 330
Karasaliholu, Serap Tevhide	258	Pamuk, Gülseren	247
Karata, Ahmet	339	Paslı Uysalol, Ezgi	315
Kaya Zaman, Ferda	297	Perk Yücel, Peren	258
Kaya, alar	93	Petek, Davorina	51
Kaya, Mervegül	182, 339, 346,	Petrazzuoli, Ferdinando	38
	350	Poyraz, Necdet	319
Kaya, zge	343	Rahman, Zakiur	23
Kayhan Tetik, Burcu	318, 329	Rotar Pavlic, Danica	43
Kayır, Tuba	303	ahin, Ebru	221
Kelleci, Demet	350	ahin, Erkan Melih	189
Kidd, Michael	30	ahin, Mesut	70
Kılıç, İlhan	93	Sakallıolu, Ahmet Krad	325
Kılıç, Recep	70	Sakin, nder	314
Kırmızıbekmez, Heves	330	Sara, Vildan	226
Koç, Esra Meltem	247	Sarigül, Banu	189
Koç, Sema Nur	210	Savran, Mehtap	69
Kocabiakolu Vural, Damla	314	Selçuk, Mustafa Yasin	234
Kolesnyk, Pavlo	36	en, Ahmet	142, 313
Kopan, Esra	238	en, Gizem	332
Korkmaz, Celalettin	319	ener, Zeynep Ebru	203
Korkmazer, Baak	189	ensoy, Nazlı	161, 332
Komaz Kara, Tuba	200	Seremet Kürklü, Nilgün	267
Küçükarda, Ahmet	271	Sezer, nder	113, 343
Kula, Ezgi	144, 345	imek Yurt, Nur	313, 353
Kula, Osman	147, 354	imek, Engin Ersin	217, 226, 252,
Kumar, Raman	32		314, 317, 356
Kumcu, Bra Aybike	132	Sıncan, Gülden	295
Kurt ztrk, Mukaddes	234	Sıncan, Suat	294, 295

Soler, Jean Karl	21	Yılmaz, Pinar Didem	319
Solmaz, Umut Çağrı	71	Yosunkaya, Şebnem	319
Sošić, Branka	355, 357	Yüksel Salduz, Zeyneb İrem	287
Soyluoglu, Selin	179	Yurt, Nurdan	340
Sunar, Ahmet Orhan	72, 352	Zamani, Adil	319
Suvak, Özlem	308	Zdravković, Tatjana	358
Tağtekin Sezer, Binnur	100	Zekey, Fethi Sada	199, 209
Tamin, Furkan	111	Zekioğlu, Aysu	242
Taş, Sümeyye	294	Zeren Öztürk, Güzin	218
Taylan, Gökay	93, 276		
Teke, Turgut	319		
Tekiner, Ayşe Selda	223		
Tekiner, Selda	196		
Telatar, Berrin	132, 194, 340		
Titreğ, Aslıhan	246		
Tkachenko, Victoria	57		
Tok, Suzan	232		
Tomić Smiljanić, Marijana	355, 357		
Tsigarovski, Georgi	19		
Turan, Haticenur	242		
Türe, Eda	313		
Türkoğlu, Sezgin	331		
Türkyön, Fatma	69		
Tuşek Bunc, Ksenija	48		
Tuz Yılmaz, Canan	223		
Tuzcular Vural, Emine Zeynep	172, 227		
Uçar, Esmâ Nur	225		
Ulusal, Aslı	247		
Ungan, Mehmet	56		
Uraş, Hatice Buse	347		
Ürün Unal, Gülbahar	105		
Usanma Koban, Buğuş	156, 157		
Ustabaşioğlu, Fatma	233		
Uyar Zekey, Kübra	209		
Uyardı, Mehmet	319		
Uysal, Yücel	155, 336		
Uzunoğlu, Sernaz	253		
Varol, G. Füsün	169		
Vatansev, Hülya	319		
Vatansev, Hüsamettin	203		
Vinker, Shlomo	40		
Yalcin, Bektas Murat	74, 77, 80, 82		
Yalcin, Esra	74, 77, 80, 82		
Yalta, Ahmet Kenan	276		
Yalta, Kenan	93		
Yaprak, Büşra	124		
Yaprak, Oğuş	112		
Yaşar, Şeyma	318, 329		
Yaşkiran, Esra	141		
Yavuz, Erdinç	136, 142		
Yazla, Büşra	218		
Yelekin, Şenol	136		
Yengil Taci, Duygu	126, 342		
Yıldırım Baş, Funda	69		
Yıldırım, Duygu İlke	201		
Yıldırım, Gökhan	195		
Yıldırım, Yeşim	195		
Yıldız Çeltek, Nagihan	158		
Yılmaz Bülbül, Buket	288		
Yılmaz, Damla	113		



11.INTERNATIONAL TRAKYA FAMILY MEDICINE CONGRESS

11.ULUSLARARASI TRAKYA AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ



with ONLINE Contributions

23-27 March Mart 2022

Balkan Congress Center

EDİRNE-TURKIYE



www.tahek.org