www.egekonkongre.com

EgeKon

3. Ege Aile Hekimliği Uluslararası Katılımlı Kongresi

ULUSLARARASI KATILIMLI 3. EGE AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

18-21 MAYIS 2023

Seven Seas Sealight Elite Kuşadası, Aydın

BİLDİRİ KİTABI

Organizasyon Sekreteryası

MOTTO
www.motto.tc

0232 446 06 10
info@motto.tc

İÇİNDEKİLER;

	Sayfa
Davet	3
Kurullar	4 - 5
Ana Konular	6
Bilimsel Program	7 - 10
Konuşmacı Metinleri	11 - 14
Poster Bildiriler	15- 28
Sözel Bildiriler	29 - 36

Değerli Meslektaşlarımız;

Aydın, Denizli, Manisa ve Muğla Aile Hekimleri Dernekleri olarak 2. Ulusal Ege Aile Hekimliği Kongresi'ni (EGEKON 2022) değerli katılımlarınız ile büyük bir coşku ile gerçekleştirdik.

İlk iki kongremizden aldığımız enerji, edindiğimiz tecrübeler ve siz değerli meslektaşlarımızın geri bildirimleri doğrultusunda **18-21 Mayıs 2023** tarihinde **Kuşadası Seven Seas Sealight Elite Otel**'de **Uluslararası Katılımlı 3. Ege Aile Hekimliği Kongresi'ni (EGEKON 2023)** gerçekleştireceğiz.

Aile hekimliği pratiğimizde kullandığımız/uyguladığımız, bilgilerimizi paylaşmak ve geliştirmek, hepsi alanında uzman olan birbirinden değerli akademisyenlerimizle bilgilerimize güç katmak, mesleki sorunlarımızı tartışmak ve çözüm bulabilmek için ilk düzenlendiği günden bu yana adından övgüyle söz edilen kongremizde bir araya gelme fırsatı bulacağız.

Zengin bilimsel içerikli oturumlar, uzmana danış saatleri, tartışma panelleri, kurslar, sözel ve poster bildiriler ile birlikte günün yorgunluğunu atacağımız eğlenceli sosyal program sayesinde dopdolu geçeceğinden emin olduğumuz kongremize Ege Bölgesi başta olmak üzere tüm illerimizden siz değerli meslektaşlarımızın katılımlarını heyecanla bekliyoruz.

Bugüne kadar sağladığınız ve **EGEKON 2023** için sağlayacağınız değerli katkılarınız ve katılımlarınız için teşekkür ediyoruz ve kongremize davet etmekten mutluluk duyuyoruz.

KONGRE BAŞKANI

F. Bilge KARAOMCA ÖK

KONGRE BAŞKANI

F. Bilge KARAOMCA ÖK

ONURSAL BAŞKANLAR

İbrahim ÖK
Nebi SÖKMEN

KONGRE GENEL SEKRETERİ

Yunus Emre SARI

BİLİMSEL KURUL BAŞKANI

Çiğdem AKAYDIN

KONGRE SAYMANI

Bilal BATKAN

DÜZENLEME KURULU

Ahmet İPEK

Ediz AKIN

Emel YİĞİT

Erhan DEMİR

Fikret KURT

Mehmet ACAR

Mine IŞIK

Sinem GÜNDOĞDU

Süheyla ATALAY KAHRAMAN

Süleyman ÇİFTÇİ

Şükrü GÜNGÖR

BİLİMSEL KURUL

Prof. Dr. Alper ŞENER

Prof. Dr. Anıl ÇUBUKÇU

Prof. Dr. Ayşegül KETENCİ

Prof. Dr. Dilek YILMAZ

Prof. Dr. Emine Neşe YENİÇERİ

Prof. Dr. F. Necdet ARDIÇ

Prof. Dr. Hüseyin OFLAZ

Prof. Dr. Nazan UYSAL HARZADIN

Prof. Dr. Oğuz KILINÇ

Prof. Dr. Sefa KELEKÇİ

Prof. Dr. Selçuk YÜKSEL

Prof. Dr. Semin Melahat FENKÇİ

Doç. Dr. Aslan YÜREKLİ

Doç. Dr. Hüseyin CAN

Doç. Dr. Oğuzhan ÖZCAN

Doç. Dr. Sevnaz ŞAHİN

Bingül İSPİR

Gülçin ÖZKAN ONUR

Melike ARABACI

Olcay EROĞLU

EGEKON BİLİMSEL PROGRAM KONULARI

- Afette Primer Koruma
- Afeti Takip Eden Süreçte Ruh Sağlığı
- Afette ve Takip Eden Süreçte Bulaşıcı Hastalıklar
- Erişkin İmmunuzasyonunda Başarıya Giden Yol
- Öldüren Virüsler, Korunma ve Tedavi
- Aşı İle Önlenebilir Hastalıklar ve Mevcut Aşı Seçenekleri
- Diyabet Tanı ve Tedavisi; Diyabette Primer Koruma
- Hipertansiyon Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar
- Kardiyovasküler Hastalıklar; Ayırıcı Tanı, Risk Saptanması, Korunma, Tedavi
- Tiroit hastalıkları ve Beslenme
- Kronik Akciğer Hastalıklarına Ait Semptomların Yönetimi
- Çocukluk Çağı Enfeksiyonları Ayırıcı Tanısı ve Enfeksiyon Yönetimi
- Çocuklarda İşeme Bozuklukları ve İdrar Yolu Enfeksiyonlarına Yaklaşım
- Böbrek... Primer Koruma ve Tedavi Stratejileri
- Yaşlanan Pankreas…
- Tinnitus ve Vertigo
- Vitamin, Mineral, Eser Element ve Suplementlerin Klinik Kullanımında Güncel Bilgiler
- Fonksiyonel Tıp, Mikrobiata ve Fonksiyonel Besinler
- Menapoz Sürecinde Hormonlar ve Tedaviler
- Aile Hekimliğinde Mevzuat ve ASM Yönetimi
- Aile Hekimliğinde Acil Durum Müdahalesi
- Kas İskelet Sisteminin Sistematik Değerlendirilmesi ve Ağrı Tedavisi
- Kanser Taramaları; Kime? Ne Zaman? Hangisi?
- 2 Metrekare ile En Büyük Organımız Deri, Nasıl Koruruz, Yaşlanmayı Nasıl Yavaşlatırız, Yaşlanan Cildimize Neler Yapabiliriz?
- Akılcı İlaç Kullanımı
-Bilimsel Araştırma Yöntemleri
-Yapay Zeka ve Yeni Toplum Düzeni
- Yara Bakımı
- Yaşlı Sağlığı; Geriatrik Değerlendirme
- Tamamlayıcı Tıp

BİLİMSEL PROGRAM

1. GÜN (18 MAYIS 2023, Perşembe)

SALON A

OTURUM

13.30-14:10 | ***DOÇ. DR. HÜSEYİN CAN***
AFETTE KORUYUCU SAĞLIK
Oturum Başkanı: ***UZ.DR.OLCAY EROĞLU***

	SALON A	SALON B	SALON C
	OTURUM	**KURS (14:20 - 15:30)**	**KURS (14:20 - 15:30)**
14:20-15:00	***DOÇ. DR. ASLAN YÜREKLİ*** KAŞINIYORUM, UYUZ MUYUM? Oturum Başkanı: ***DR.FİKRET KURT***	BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR KURSU ***PROF. DR. EMİNE NEŞE YENİÇERİ*** ***DOÇ. DR. HÜSEYİN CAN*** ***DOÇ. DR. NİL TEKİN*** ***DOÇ. DR. HÜSEYİN ELBİ***	ASM DE EKG VE DEFİBRİLATÖR KURSU ***DR. HAYATİ ÇAKIR*** Kurs Sorumlusu: ***UZ.DR.NEBİ SÖKMEN***

15:00-15.30 ÇAY & KAHVE & STANT ARASI

SALON A

OTURUM

15:40-16:20 | ***UZM. DR. ŞAHABETTİN ÇETİN***
DEPREM SONRASI BİRİNCİ BASAMAK RUH SAĞLIĞI: NÖROBİYOLOJİDEN DAYANIŞMAYA
Oturum Başkanı: ***DR.BİNGÜL İSPİR***

	SALON A	SALON B	SALON C
	OTURUM	**KURS (16:30 - 17:10)**	**PANEL (16:30 - 17:40)**
16:30-17:10	***PROF. DR. NAZAN UYSAL HARZADIN*** FONKSİYONEL BESİNLER Oturum Başkanı: ***UZ.DR.ÇİĞDEM AKADIN***	GERİATRİK YAKLAŞIM KURSU ***DOÇ. DR. NİL TEKİN*** ***DOÇ. DR. HÜSEYİN CAN*** ***PROF. DR. EMİNE NEŞE YENİÇERİ***	AHEF AHBS
	OTURUM	**KURS (17:20 - 18.00)**	
17:20-18:00	***NURCİHAN BAHTİYAR*** YAPAY ZEKA İLE YENİ TOPLUM Oturum Başkanı: ***DR.HASAN GÖKÇE***	YARA BAKIM KURSU ***DOÇ. DR. HÜSEYİN CAN*** ***DOÇ. DR. YASEMİN KILIÇ ÖZTÜRK***	

18:00-19:00 | KONGRE AÇILIŞI

AKŞAM YEMEĞİ

2. GÜN (19 MAYIS 2023, Cuma)

	SALON A	SALON B
	OTURUM	**KURS (08:30 - 10.10)**
08:30-09:10	***PROF. DR. SEFA KELEKÇİ*** MENAPOZDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanı: ***DOÇ.DR. HÜSEYİN CAN***	LABORATUVAR KURSU ***DOÇ. DR. OĞUZHAN ÖZCAN*** "AİLE HEKİMLİĞİNDE RUTİN BİYOKİMYA TESTLERİNİN YORUMLANMASI" Kurs Sorumlusu: ***DR.FİKRET KURT***

OTURUM

09:30-10:10 ***PROF. DR. AYŞEGÜL KETENCİ***
ERGONOMİK KLİNİK
Oturum Başkanı: ***DR. ZAFER TOLGA İPEK***

SALON A

10:20-11:00 UYDU SEMPOZYUMU
DOÇ. DR. SEVNAZ ŞAHİN
BEN, YAŞLI HASTAM VE PEY (PANKREAS EKZOKRİN YETMEZLİK)

Abbott

11:00-11:30 ÇAY & KAHVE & STANT ARASI

11:30-12:10 UYDU SEMPOZYUMU
UZM. DR. GÖRKEM ASTARCIOĞLU
1 MENQUADFİ 1 HAYAT: YENİ NESİL MENİNGOKOK AŞISI

sanofi

SALON A	SALON B
OTURUM	**OTURUM**
12:20-13:00 ***PROF. DR. ANIL ÇUBUKÇU*** KANSER TARAMALARI Oturum Başkanı: ***UZ.DR. MELİKE ARABACI***	***DR. BURÇU BULUT HABİBOĞLU*** NE VAR BU GENÇLİK AŞISININ İÇİNDE ? Oturum Başkanı: ***UZ.DR. SÜLEYMAN ÇİFTÇİ***

13:00 - 14.00 YEMEK ARASI

SALON A

14:00-14:40 UYDU SEMPOZYUMU
PROF. DR. AYŞEGÜL KETENCİ
OMURGA AĞRILARINDA FARMAKOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Eczacıbaşı

SALON A	SALON B
OTURUM	**OTURUM (14:50-15:10)**
14:50-15:30 ***PROF. DR. EMİNE NEŞE YENİÇERİ*** MİKROBİYOTADAN SAĞLIĞA Oturum Başkanı: ***DR.AHMET İPEK***	***DOÇ. DR. HÜSEYİN CAN*** LİDERLİK Oturum Başkanı: ***UZ.DR.EMEL YİĞİT***
	OTURUM (15:10-15:30)
	DR. ÖĞR. ÜYESİ DİLEK AKDOĞAN İLETİŞİM VE BEDEN DİLİ Oturum Başkanı: ***UZ.DR.EMEL YİĞİT***

15:30 - 16:00 ÇAY & KAHVE & STANT ARASI

SALON A	SALON B
OTURUM	**OTURUM**
16:00 - 16:40 ***DOÇ. DR. OĞUZHAN ÖZCAN*** AİLE HEKİMLİĞİNDE HEMOGRAM TESTLERİNİN YORUMLANMASI Oturum Başkanı: ***UZ.DR.GÜLÇİN ÖZKAN ONUR***	***UZM. DR. SÜHEYLA ATALAY KAHRAMAN*** UZMANA DANIŞ: TİROİD HASTALIKLARI VE BESLENME Oturum Başkanı: ***DR.ŞÜKRÜ GÜNGÖR***

	SALON A	SALON B	SALON C
	OTURUM	OTURUM	BİLDİRİ OTURUMU
16:50-17:30	***PROF. DR. SELÇUK YÜKSEL*** ÇOCUKLARDA İŞEME BOZUKLUKLARI VE İDRAR YOLU ENFEKSİYONLARI Oturum Başkanı: ***DR. SİNEM GÜNDOĞDU***	***UZM.DR.HALİL VOLKAN TEKAYAK - UZM.DR.- YUNUS EMRE SARI*** UZMANA DANIŞ: 10 SORUDA ASM YÖNETİMİ Oturum Başkanı: ***UZ.DR.ÇİĞDEM AKAYDIN***	SÖZEL BİLDİRİLER ***DOÇ. DR. HÜSEYİN ELBİ, UZ. DR. SÜHEYLA ATALAY KAHRAMAN***
	OTURUM	OTURUM	
17:30-18:10	***PROF. DR. DİLEK YILMAZ*** ENFEKSİYONUN ATEŞİ Oturum Başkanı: ***UZ.DR.NEBİ SÖKMEN***	***DR. ŞÜKRÜ GÜNGÖR*** SOSYAL OTURUM: KISA KES AYDIN HAVASI OLSUN	

3. GÜN (20 MAYIS 2023, Cumartesi)

	SALON A	SALON B	SALON C
	OTURUM	OTURUM	BİLDİRİ OTURUMU
08:30-09:10	***PROF. DR. ALPER ŞENER*** AŞI-HIV-HPV (İYİ-KÖTÜ-ÇİRKİN) Oturum Başkanı: ***DR.EDİZ AKIN***	***DOÇ. DR. OĞUZHAN ÖZCAN*** AİLE HEKİMLİĞİNDE DİYABET TESTLERİNİN YORUMLANMASI Oturum Başkanı: ***UZ.DR.MELİKE ARABACI***	POSTER BİLDİRİLER Salon Sorumlusu: ***UZ.DR. HAKAN BİLGİÇ***
	OTURUM	OTURUM	
09:25-10:05	***PROF. DR. OĞUZ KILINÇ*** GEÇMEYEN ÖKSÜRÜK Oturum Başkanı: ***DR.ERSAN ERHAN DEMİR***	***PROF. DR. SEMİN MELAHAT FENKÇİ*** UZMANA DANIŞ: DİYABETLİ HASTA YÖNETİMİ/ SORU CEVAP Oturum Başkanı: ***DR. MEHMET ACAR***	

	SALON A
10:20-11:00	UYDU SEMPOZYUMU ***PROF. DR. DİLEK YILMAZ*** TÜRKİYEDE MENİNGOKOK B'NİN ÖNEMİ VE ERKEN KORUMA GSK

11:00-11:30 ÇAY & KAHVE & STANT ARASI

	OTURUM
11:30-12:10	***PROF. DR. SEMİN MELAHAT FENKÇİ*** DİYABET VE AŞILAMA Oturum Başkanı: ***PROF. DR. EMİNE NEŞE YENİÇERİ***

	SALON A	SALON B
	OTURUM	OTURUM
12:20-13:00	***PROF. DR. SELÇUK YÜKSEL*** ÇOCUKLARDA ENFEKSİYON DIŞI ATEŞ Oturum Başkanı: ***DR.MİNE IŞIK***	***UZM. DR. ÇİĞDEM AKAYDIN*** UZMANA DANIŞ: FONKSİYONEL BAKIŞ AÇISIYLA BAŞUCU TAKVİYELERİ Oturum Başkanı: ***UZ.DR. YUNUS EMRE SARI***

13:00 - 14.00 YEMEK ARASI

	OTURUM	OTURUM
14:00-14:40	***PROF. DR. F. NECDET ARDIÇ*** TİNNİTUS VERTİGO Oturum Başkanı: ***DR.BİLAL BATKAN***	***UZM. DR. HAKAN MUT- UZM.DR. CEMAL KAVASOĞULLARI*** (UZAKTAN BAĞLANTI) ALMANYA-İNGİLTERE -İSKOÇYA'DA GÜNCEL VERİLER İLE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMALARI Oturum Başkanı: ***UZ.DR.SÜHEYLA ATALAY KAHRAMAN***
14:50-15:30	***PROF. DR. HÜSEYİN OFLAZ*** VAKALARLA KALP DAMAR HASTA-LIKLARINA YAKLAŞIM Oturum Başkanı: ***UZ.DR. SÜLEYMAN ÇİFTÇİ***	***PROF. DR. YUSUF CEM KAPLAN*** (UZAKTAN BAĞLANTI) YAPAY ZEKA DOKTORLARIN YERİNİ ALACAK MI? Oturum Başkanı: ***DOÇ.DR. HÜSEYİN CAN***

15:40-16:20 ÇAY & KAHVE & STANT ARASI

SALON A

16:20-17:00 UYDU SEMPOZYUMU
DR. CEMRE KORKMAZ
HER YÖNÜYLE MAGNEZYUM

TABİLAÇ

SALON B

OTURUM

17:10-17:50 ***PROF. DR. HÜSEYİN OFLAZ***
KARDİYAK PROBLEMLER/ SORU CEVAP
Oturum Başkanı: ***UZM. DR. SÜHEYLA ATALAY KAHRAMAN***

4. GÜN (21 MAYIS 2022, Pazar)

SALON B

OTURUM

09:00-09:45 ***UZM. DR. MELİKE ARABACI***
AKILCI İLAÇ KULLANIMI
Oturum Başkanı: ***DR.ADEM ERTAŞ***

OTURUM

10:00-10:45 ***UZM. DR. UĞUR ALFATLI***
BİYOREZONANS UYGULAMALARI
Oturum Başkanı: ***DR. F.BİLGE KARAOMCA ÖK***

10:45-11:15 ÇAY & KAHVE & STANT ARASI

PANEL

11:15-13:00 AİLE HEKİMLİĞİNİN SORUNLARI

BERKO İLAÇ

• ***Konuşmacı Metinleri***

10 Soruda Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi

Uz. Dr. Halil Volkan Tekayak[1], Uz. Dr. Yunus Emre Sarı[2]

[1]Adana Çukurova Kurttepe Aile Sağlığı Merkezi

[2]İzmir Bornova 14 Nolu Pınarbaşı Aile Sağlığı Merkezi Aile Sağlığı Merkezi

Hukuk sistemi yapısında bulunan anayasa, kanun, tüzük, yönetmelik ve benzeri normlar, düzensiz olarak değil, alt-alta, üst üste bulunmaktadır. Normlar birbirleriyle ilişkilidir ve piramit düzeni şeklinde bulunmaktadır. Normlar birbirleriyle altlık üstlük ilişkisi içerisindedir. Bu ilişki ‘’Normalar hiyerarşisi’’ veya ‘’hukuk düzeni piramidi’’ olarak adlandırılmaktadır. Söz konusun piramitte alt kademede yer almakta olan norm, geçerliliğini üst kademede yer alan normdan almaktadır. Bu sebeple üst kademedeki norma aykırı olamaz. Bu kapsamda örnek olarak kanun anayasaya, yönetmelik de kanuna aykırı olamaz.

Aile hekimliği uygulamasına ülke genelinde geçilmesi 13.yılını geride bıraksa da halen uygulamanın sürdürülebilirliği açısından beklenen kanun ve yönetmelik hazırlıkları tamamlanmamıştır. Aile hekimliği yapan herkesin öncelikli olarak aile hekimliğine dair hazırlanan kanun ve yönetmelikler olmak üzere aşağıdaki mevzuat hükümlerini detaylarıyla bilmesi önerilmektedir. Bu anılan mevzuatların en güncel haline www.mevzuat.gov.tr adresinden ulaşılabilir.

- 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği
- Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği
- 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- 1219 sayılı Tababet Ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü
- 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu
- 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun
- Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge

Aile hekimliği uygulamasında çalışan herkesin asgari olarak hakim olması gereken konu başlıkları arasında yönetim karar defterinin oluşturulması, esnek mesai, zorunlu malzemeler-ilaçlar-cihazlar, soğuk zincir kuralları, merkezi hekim randevu sistemi, idari izinler, eraporlar, denetim, onam ve aydınlatma gibi birçok husus bulunmaktadır.

Bu sunumda sahada en sık karşılaşılan soru ve sorunlar geçerli mevzuat hükümlerine dair resmi belgeler ışığında aydınlatılmaya çalışılmıştır.

Deprem Sonrası Birinci Basamak Ruh Sağlığı: Nörobiyolojiden Dayanışmaya

Uzm. Dr. Şahabettin ÇETİN
Denizli Devlet Hastanesi

Kısa süre önce Türkiye'de, oldukça geniş bir coğrafyayı etkileyen depremler yaşandı. Bunun gibi doğal afetler ya da insan eliyle yapılan eylemler gibi kitlesel travmalar sıkça yaşanmaktadır. Kitlesel travmaya neden olan olaylar, sağlık hizmetleri açısından olağan olmayan, hızlı ve etkin yanıt verilmesi gereken, zaman zaman kapasiteyi aşan ihtiyaçlar ortaya çıkarabilmektedir. Deprem sonrasında uygulanan sağlık hizmetleri arasında acil cerrahi ve dahili işlemler ilk andan itibaren önem taşır. Ruh sağlığı müdahaleleri ise yeterince bilinmemektedir. Kuruluşlar arası daimi komite (IASC) tarafından Acil Durumlarda Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Kılavuzu hazırlanmıştır. Kılavuza göre çok sayıda insanın aynı anda etkilendiği olaylarda yapılması önerilen ruhsal destek sistemleri tanımlanmıştır. 'Psikolojik İlk Yardım' da bu kılavuzda önerildiği gibi akut dönemde kişinin temel ihtiyaçlarının karşılanmasını, güvende hissedebilmesini ve yaşananları anlamlandırabilmesini hedefleyen yaklaşımdır. Travmatik olaylar, kişisel özellikler ve olayın türüne göre değişmekle birlikte, bireylerin ruhsal gelişimin erken evrelerine gerilemesine yol açabilir. Bunun en bariz örneği dışarıyla kurulan ilişkideki temel güven duygusunun sarsılmasıdır. Kişi olaya maruz kaldığında yaşananları kendi sözcükleri ya da sembolleriyle anlamlandırmakta zorlanır. Beklenmeyen olaya verilen ilk tepki örtük belleği oluşturan subkortikal yolakta gerçekleşir. Bu yolak yaşamda kalmayı önceleyen bir mekanizma olup uzun süreli bellek oluşturamayıp bilinçli denetimin dışındadır. Dolayısıyla olaya dair rahatsızlık verici duyguların sürekli ve kontrolsüzce sürmesine yol açar. Güvensizlik, çaresizlik, yalnızlık duygusunun hafifletilebilmesinin en önemli yolu ise dayanışmayı sağlayarak kişilerin grubun diğer üyeleri tarafından sarmalanması, kapsanmasıdır. Ruhsal müdahale kişinin güven duygusunu yeniden tesis etmeye başlarken olayları kortikal düzeyde işlemlemesini sağlayarak söz konusu belirtilerin azalmasını sağlar.

Psikolojik ilk yardım müdahalelerinin ruh sağlığı uzmanları dışında, belli düzeyde, diğer sağlık çalışanları –özellikle hekimler- tarafından bilinmesi acil müdahalenin her anında önemli bir işlev görmektedir. Bu haliyle, başta travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olmak üzere gelişebilecek psikopatolojilerin önlenmesine katkı sağlayacak bir tür koruyucu sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir. Uzun dönemde ise travmatik olaya dair bazı belirtiler en fazla birinci basamak hekiminin karşısına çıkmaktadır. Bu belirtilerin tanınması, onlara müdahale edilerek gereğinde üst basamağa sevk edilmesi hastalığın komplike hale gelmemesi açısından oldukça önemlidir. Bu sunumda deprem gibi kitlesel travmaların ruhsal etkilerinin ve birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmesi, tedavisinin aktarılması amaçlanmaktadır.

Fonksiyonel Bakış Açısıyla Başucu Takviyeleri

Uzm. Dr. Çiğdem Akaydın,

Şeh. Jand. Uzm. Çvş. Burhan Acar ASM

Yaşlanmayla birlikte, vücudumuzdaki makro ve mikrobesin açıkları yaşa bağlı kronik hastalık riskini arttırır, buna **triyaj teorisi** diyoruz. Yapılan büyük çaplı araştırmalarda ve derleme çalışmalarında sağlıklı ve uzun yaşam için, doğrudan etkili üç vitamin- mineralin açığının olmaması gerektiği bulunmuş; D vitamini, Omega 3 ve Magnezyum.

D Vitamini, karaciğerde metabolize olup, 25(OH)D formuna dönüştükten sonra uzun süre vücutta endokrin işlevlerini yerine getirebilir ve bu formda yarılanma ömrü 3 haftadır. Ancak bağışıklık sistemini güçlendirmek ve çeşitli hastalıklarla mücadele etmek gibi otokrin ve parakrin işlevlerini yerine getirebilmesi için böbreklerde 25(OH)D formundan aktif hormon formu olan 1,25(OH)2 D 'ye dönüşmesi gerekir. Bu formda yarılanma ömrü yaklaşık 4 saat olduğundan mutlaka günlük dozlarda kullanılması ve kanda 80 ng/mL düzeyinin altına inmemesi gerekir.

Omega 3 - EPA DHA, Normalde 1 : 1 olması gereken Omega 6 : Omega 3 dengesi modern zaman beslenme alışkanlıkları ile 50 : 1 gibi tehlikeli sınırlara taşınmıştır. Bu dengenin bozulması özellikle kalp damar sağlığı ve lipit profili için çok tehlikelidir. Vücudumuza margarinlerle ve ay çiçek yağıyla aldığımız Omega 6 yükünü her gün balık yemediğimiz sürece Omega 3 ile dengeleyebilmemiz mümkün değildir. Bunu yaparken ağır metal almamaya da dikkat ederek, balık yemediğimiz her gün, EPA DHA toplamı en az 1000 gr/gün olan bir Omega 3 takviyesini almamız gerekmektedir.

Magnezyum, günlük 310-400 mgr/gün alınması gereken ama tedavi belirlenirken de semptoma yönelik tedavi seçmemiz gereken mineraldir.

ATA Mg (Magnezyum N-Asetil Taurinat) Asetillenmiş olduğundan beyne geçer ve migren, uyku bozuklukları tedavisinde bu formu öne çıkarır.

Magnezyum Glisinat Hem beyne hem de kasa geçen bu form, menstruasyon krampları, uyku bozuklukları ve anksiyetede kullanılır.

Kas içi magnezyumu en hızlı arttıran form olan Magnezyum Malat, fibromiyalji, kas ağrıları, kramplarda ilk tercihtir.

• ***Poster Bildiriler***

P-01 Afetlerde Salgın Hastalıkları Önleme

Damla Çakmak Sönmez[1], Ali Hüseyin Doğan[1], Hüseyin Can[2]
[1]Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Giriş: Afet sonrası yaşanan stres, kötü hijyen ve çevre koşulları salgın gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu bildiride afetlerden sonra ortaya çıkabilecek enfeksiyon, temiz su ve gıda güvenliğinde oluşacak sorunlar ve alınacak önlemlerin özetlenmesi amaçlanmıştır. Tartışma: Afetlerden sonra çok sayıda insanın yer değiştirmesi, toplu yaşam alanları, su birikintileri, temiz su kaynaklarına ulaşılamaması, çoğalan vektörler, beslenmedeki yetersizlikler, yetersiz aşılama ve yaralanmalar enfeksiyonlara zemin hazırlamaktadır. Salgınlar sıklıkla deprem sonrası 4-30. günler (faz 2) arasında görülmektedir. Gıda, su kaynaklı veya damlacık yoluyla bulaşan enfeksiyon etkenlerinin yol açtığı salgınların ilk vakalarının görüleceği dönemdir. Depremden bir ay sonrasında (faz 3) ise inkübasyon süresi uzun, latent enfeksiyonlarla (örn: tüberküloz) karşılaşılmaktadır. Geçici barınma kamplarındaki ölümlerin en önemli nedenlerinden biri ishal salgınlarıdır. Hasarlanan su şebekeleri nedeniyle kirlenen su ve kontamine gıdalar ishal salgınlarının başlıca sebeplerindendir. Doğal afetlerden sonra meydana gelen salgınların başka bir nedeni de kızamıktır. Aşılama kızamık bulaşını azaltmada en büyük etkendir (1). Deprem bölgesindeki toplu yaşam alanlarındaki hijyen eksikliği uyuz salgınlarına yol açmaktadır. Salgını önlemek için el temasından kaçınmak, eldiven kullanımı, ellerin yıkanması ve antiseptik kullanılması, vücutla teması olan eşyaların ortak kullanılmaması, barınma alanlarının temizlenmesi önerilmektedir (2). Besin kaynaklı olası salgınların önlenebilmesi için yemek hazırlayanların kişisel hijyeni, besin hijyeni, yemek alanlarının, depoların ve araç-gereç hijyeni sağlanmalıdır. Risk grupları iyi belirlenmeli ve gıdalar bireylerin gereksinimlerini karşılayacak şekilde verilmelidir. Gıda kaynaklı sağlık risklerinin önlenmesinde en güvenilir ve pratik yol seyyar mutfaklar kurularak yemek hazırlanmasıdır (3). Afet sonrasında şebeke sistemi güvenilir seviyede olana kadar ambalajlı su kullanılmalıdır. Ambalajlı su verilemediği durumlarda su tankerle getirilmelidir. Tankerdeki su klorlanıp 30 dakika bekletildikten sonra kullanılmalıdır. Suyun depolandığı madde paslanmaz çelikten olmalıdır. Depolardaki suyun klorlama işleminde sodyum hipoklorit veya kalsiyum hipoklorit kullanılmalıdır (4). Sonuç: Afetzedelerin barınma merkezlerindeki düzensizlik, güvenli gıda ve suya ulaşımdaki zorluk bu bölgede salgınların oluşumunu kolaylaştırmaktadır. Deprem bölgesindeki su, kanalizasyon, elektrik ve gaz ulaşımındaki aksama da koşulları daha zor hale getirmektedir. Barınma alanlarında gerekli planlama ve organizasyonların yapılması şarttır. Afet olmadan önce her kuruluşun alacağı önlemler hazır olmalı ve olası afet durumlarından sonra ortaya çıkacak salgın durumlarıyla mücadele edebilecek yeterlilikte olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Afet, deprem, salgın, aile hekimliği

P-03 Yaşlılarda Düşme Yaralanmaları ve Yönetimi: Olgu Sunumu

Tuğba Elagöz[1], Cansu Çakmak[2], Hüseyin Can[3]
[1] Uzm. Dr., Şirvan İlçe Devlet Hastanesi, Siirt
[2] Hemş., Özel Saba Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi, İzmir
[3] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

GİRİŞ Yaşlılarda fiziksel düşmeler sağlığı ciddi şekilde olumsuz etkiler ve sakatlık, ölüm gibi sonuçları olabilir. Yaralayıcı tarzda düşmelerde kalça kırılması ve beyin hasarı gibi sonuçlar yaşlılarda önemli sıkıntılar doğurur. Düşme yaralayıcı olmasa bile, yaşlının yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen anksiyete, depresyon ve azalmış hareket kabiliyeti gibi olumsuz etkiler yaşlıda görülebilir. Yaşlılarda yara iyileşmesi ile ilgili problemlerin nedenlerinin bilinmesi, yara tedavisi ve bakımında alınacak etkili çözümler için önemlidir. Çünkü yaşlılarda zamanla ortaya çıkan fonksiyonel, sistemik bozukluklar ve kronik hastalıklar yara iyileşmesini etkilemektedir. Olgumuzda kaza ve yaralanmalara açık olan yaşlı hastaların, yaşlılığa özgü yara gelişme ve iyileşme sürecindeki değişimleri iyi bilmenin, bakımını da ona göre şekillendirmenin önemini vurgulamayı amaçladık. Hasta: H.G.E, 87 yaşında, erkek hasta Yakınma: Düşme sonrası sol kolda ve bacakta oluşan yara Öykü: Hasta 6 Mart'ta evde tekerlikli walker yürütecin kayması sonucu düşüyor ve kolunda ve bacağında yaygın yaraları oluşuyor. Hasta acil servise başvuruyor. İstenen kan tahlillerinde önemli bir bulgusu yok. Direkt Grafi ve tomografi sonucunda herhangi bir fraktür ya da patoloji saptanmıyor. Kafa travma öyküsü bulunmamaktadır. Kişinin bilinen ayak bileklerinde kireçlenmesi ve buna bağlı olarak kuvvetsizliği,yürümede dengesizliği mevcut. Hasta 7 sene önce by-pass ve lumbal disk hernisinden dolayı opere olmuş. Sigarayı yaklaşık olarak 3 ay önce , alkolü 3 yıl önce bırakan hasta oluşan yaralar sonucu Özel Saba Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi'ne tedavi için başvuruyor. Özgeçmiş: Hipertansiyon (HT), Benign Prostat Hipertrofisi (BPH), Hiperlipidemi (HL) Kullandığı ilaçlar: Lustral 50 mg tb 1x1 , Coversyl 19 mg tb 1x1, Fludex SR 1.5 mg tb 1x1, Ator 10 mg tb 1x1, Ürorec 8 mg kapsül 1x1, Geralgine-K tb 1x1 Yara tanımlanması: Sol ön kol triceps bölgesi ve sağ dizi üzerinde laserasyonlar mevcuttu. Bu alanlardaki yaralar dermis ve epidermis kaybına sebep olan enfekte yaralardı. Tedavi: Öncelikle yaşam tarzı değişikliklerine yönelik önerilerde bulunuldu. Tekerlekli walker yerine düz walker önerildi. Ev içi düzenlemelerle ilgili görüşüldü. 1. Crystalin (Hipokloröz asit asit /HOCI) 2. Mekanik debritman 3. Hyalo Plus (Hiyalüronik Asit sodyum tuzu %0,2 ve Gümüş sülfadiazin %1) (1 hafta) 4. Hyalo Skin (Hiyalüronik Asit sodyum tuzu %0,2) (1 hafta) 5. Hirudoid forte jel (Kondroitin polisülfat / Mukopolisakkarit polisülfat) (Ekimoz için) Postüral hipotansiyon açısından değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Düşme yarası, Yaşlı, Birinci basamak

P-04 Diyabetik Ayak Yara Yönetimi: Olgu Sunumu

Fazilet Yorgancıoğlu[1], Tuğba Şen[1], Hüseyin Can[2]
[1]Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Giriş: Diyabetik popülasyonda yıllık ayak ülseri insidansı yaklaşık %2'dir. Diyabetik ayak ülserleri, ciddi morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Diyabetik yaraların yetersiz iyileşmesi, tüm DM hastalarının yaklaşık %25'ini etkilediği, çoğunun alt ekstremite amputasyonuyla sonuçlandığı ve yüksek ekonomik-psikososyal maliyetlere yol açtığı tahmin edilmektedir (1-2). Olgumuzda diyabetik ayak enfeksiyonu sonrası gelişen nekrotik yara ve süreç yönetiminin birinci basamak açısından öneminin tartışılması amaçlanmıştır. Olgu Sunumu: Sağ ayak topuğunda yara şikayeti olan, yatağa bağımlı 76 yaş diyabetik kadın hastanın ileri evre demans tanısının olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde basınç yaraları dışında patolojik bulgu saptanmadı. Yara yeri değerlendirildiğinde; sağ ayak topuk bölgesinde çevresi eritem ve ödemli yaklaşık 5x4 cm alanda nekrotik, enfekte görünümde yara gözlemlendi (Fotoğraf 1). Periferik nabızlar alınıyordu. Kan şekeri regülasyonu iyi olan hastanın bakılan diğer tahlilleri olağandı. Hastaya sistemik antibiyoterapi (500 mg siprofloksasin tablet 2x1, 1000 mg amoksisilin + klavulanik asit tablet 2x1) başlandı. Beslenmesi 2300 kcal/gün, 1,5 gr/kg/gün protein, çinko, omega 3 içerikli olacak şekilde düzenlendi. Öncelikle hipokloröz asit içerikli antiseptik solüsyon ile cilt temizlendi. Ardından debritman ile yara yerinden ölü ve nekrotik dokular uzaklaştırıldı. Ringer solüsyonu içeren hidroaktif yara örtüsü kullanıldı ve üzeri şeffaf örtü ile kapatılıp üç gün boyunca bekletildi (Fotoğraf 2). Aynı prosedür izlenerek hastaya 4 kez pansuman yapıldı. Sonrasında yara yerinin temiz, nekrotik dokundan arınmış olduğu ve yara içinde granülasyon dokusunun oluştuğu saptandı (Fotoğraf 3). Yara tedavisinin devamında hiyalüronik asit %0,2 ve gümüş sülfadiazin%1 içerikli krem kullanıldı. (Fotoğraf 4). Cilt bütünlüğü sağlandıktan sonra çinko içerikli bariyer krem ile tedavi sürdürüldü (Fotoğraf 5). Hastanın bakım verenine tekrar yara oluşmaması için yara bakım ve ayak bakımı hakkında eğitim verildi. Tartışma: Diyabetik ayak ülserleri çoğunlukla periferik nöropati, periferik arter hastalığı ve farkedilmemiş travma gibi faktörlerin kombinasyonu sonucu gelişir. Eşlik eden hastalıklar ve ileri yaş bu faktörlerin gelişmesini kolaylaştırır. Olgumuz da yatağa bağımlı, kaşektik, DM ve demans tanıları olan bir hasta olması nedeniyle bası yarası oluşması için kolaylaştırıcı faktörleri bulunmaktaydı. Aile hekiminin DM tanılı hastada yıllık olarak ve her muayenede ayrıntılı ayak ve ayakkabı muayenesini yapması ve önerilerde bulunması son derece önem arz etmektedir. Diyabetik yaranın en iyi tedavisi yarayı oluşturmamaktır.

Anahtar Kelimeler: Bası yarası, diyabetes mellitus, aile hekimliği

P-05 Birinci Basamakta Kronik Yara Bakımı

Ali Hüseyin Doğan[1], Zehra Balbay[1], Hüseyin Can[2], Fatih Özcan[2]
[1]Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Giriş: 6-8 haftadan daha uzun süre içerisinde iyileşmeyen veya 4 haftalık süre içerisinde iyileşme belirtisi göstermeyen yaralara kronik yara denir. En sık sebepleri; diyabetik ayak, venöz ülser, basınç yarası, arteriyel yetmezlik ve radyasyon hasarı olarak sıralanabilir (1). İyileşmeyen alt ekstremite ülseri olan tüm hastalar, yara yeri, boyutu, derinliği, drenajı ve doku tipi dahil olmak üzere vasküler bir değerlendirmeye tabi tutulmalı, periferik nabızlar değerlendirilmelidir(2). Bildiride kronik yarası olan bir olgu üzerinden aile hekimliği açısından kronik yara yönetiminin tartışılması amaçlanmıştır. Olgu sunumu: Parkinson, HT, KAH (bypass) tanılı 64 yaş erkek hasta sol ayak tabanında kronik yara şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Trafik kazası (yıl:1993) sonrası yılda 1-2 kere sol ayak tabanında tekrarlayan yaralarının olduğunu, yapılan tetkiklerinde sol ayak venöz yetmezliği tanısı konulduğunu, bu süre içerisinde sol ayak 3.parmak amputasyonu yapıldığı belirtildi. 2022 yılında sol ayak tabanında akıntılı yara olması nedeni ile enfeksiyon hastalıkları bölümüne başvuran hastanın istenen MR görüntülemesinde osteomiyelit tanısı konularak yatarak tedavi aldığı,yatışında yapılan arteriyel ve venöz doppler USG'sinde herhangi bir patoloji saptanmadığı öğrenildi. Fizik muayenede sol ayak tabanı lateralde 3x4 cm boyutlarında, derinliği 1 cm, yara kenarları masere kronik yara mevcuttu. Sol arteriadorsalispedisten nabız zayıf alınmaktaydı. Yara yerinde enfeksiyon bulguları yoktu. Sol ayak tabanı altındaki yaraya minör debridman sonrası yara bakımı yapıldı (Fotoğraf 1-2). Cilt antiseptik solüsyon (Hipokloröz asit) ile temizlendikten sonra otolitikdebridman özelliği olan hidrojel ile boşluklar dolduruldu. Emici özelliği olan köpük örtü ile yara kapatıldı. Eşine ve kendisine evde pansuman konusunda eğitim verildi. Polikliniğe sık gelme şansları olmadığı için haftada bir yara yeri fotoğrafı paylaşılması istenerek 1 ay sonra kontrol önerildi. Tartışma: Yaşı, kronik hastalıkları, kardiyovasküler problemleri, ameliyat geçmişi ve osteomyelit öyküsü ile değerlendirildiğinde olgumuzda nöropati açısından yeteri kadar etken bulunmaktaydı. Öz bakımını yapamaması ve kronik rahatsızlıkları nedeniyle yara tedavisinin sürdürülememesi nedeniyle sık sık kronik yara gelişen olguya ve yakınına aile hekimliği açısından etkin bir danışmalık verilmesi önem arzetmektedir. Kronik yara yönetiminde hasta uyumu, ilaçların doğru zaman ve dozda kullanımı, kontrollerin aksatılmaması, diyetin düzenlenmesi, yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması, ayak bakımı, ayakkabı seçimi çok önemlidir. Kullanılan yara bakım ürünleri hastanın ihtiyacına yönelik konunun uzmanları ile birlikte seçilmeli ve süreç birlikte yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik yara, önleme, birinci basamak

P-06 Boyun Ön Tarafında Ağrı Şikayetiyle Başvuran Subakut Granülomatöz Tiroid: Olgu Sunumu

Zehra Bilbay[1], Özgecan Elçi[1], Hüseyin Can[2]
[1]Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Giriş: Subakut granülomatöz tiroidit (SGT); genellikle viral üst solunum yolu enfeksiyonunu (ÜSYE) takiben 2-8 hafta içerisinde ortaya çıkan, ani başlangıçlı boyun ağrısı ve şişliği ile kendini gösteren inflamatuar bir rahatsızlıktır. Ağrılı tiroid bezinin en sık sebebidir. Bildiride; boyun ön tarafında ağrı şikayetiyle başvuran ve SGT tanısı alan olgunun sunulması amaçlanmıştır. Olgu sunumu: Tip2 DM, HT ve Anksiyete bozukluğu tanıları olan 47 yaşındaki kadın hasta, boyun ön tarafında ağrı şikayeti ile polikliniğine başvurdu. Travma öyküsü, eşlik eden ateş ve boğaz ağrısı olmadığı, başvurudan yaklaşık 3 hafta önce yüzünün sağ tarafında ve sağ kulakta ağrı nedeniyle KBB hekimince yapılan muayenesinin normal olduğu, ayrıca şikayetleri başlamadan önce yaklaşık 2 hafta süren ishal öyküsünün olduğunu belirtti. Sağ yüzde ve kulakta olan ağrı şikayeti gerilemesine rağmen boyun ön taraftaki ağrı şikayeti devam etmekteydi. Fizik muayenede tiroid lojunda sağ tarafta hafif asimetri oluşturan şişlik ve dokunmakla hassasiyet vardı. Kızarıklık, ısı artışı yoktu. Diğer sistem muayeneleri ve vital bulguları olağandı. Hastada SGT düşünülerek kan tahlili ve tetkikler istendi. Hastanın laboratuvar değerlerinde; lökositozu yoktu, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı (TSH: 1.15 uU/mL, sT4: 0.93 ng/dL, sT3: 3.7 pg/mL), CRP: 5.2 mg/dl, sedimentasyon: 75 mm/h değerlerindeydi. Tiroid Doppler USG bulguları subakut granülomatöz tiroidit ile uyumlu şeklinde raporlandı. Hastaya SGT tanısı ile non-steroid antiinfilamatuar ilaç başlandı. Hastanın takibinde ilaçlarını düzenli kullandığı, yapılan kontrol laboratuvar tetkiklerinde sedim, CRP değerinin gerilemesi ve şikayetlerinin hafif olması üzerine Endokrinoloji polikliniği ile birlikte kontrol randevusu oluşturuldu. Tartışma: SGT genellikle viral ÜSYE sonrası görülürken hastamızın gastroenterit dışında enfeksiyon öyküsünün olmaması ve ağrı, yorgunluk, ateş, myalji, subfebril ateş, yorgunluk gibi sistemik semptomlardan birinin görülmemesi tiroiditi hangi faktörün tetiklediği konusuna bir belirsizlik yaratmaktadır. Hastalığın klinik seyri; tirotoksikoz (1-2 ay), ötiroidi (2 hafta), hipotiroidi (2-6 ay), ötiroidi şeklindedir. Olgunun ötiroid dönemde tarafımıza başvurduğu düşünüldü. İlerleyen dönemde olguların %50'sinde hipotiroidi bulguları görülürken %10'unda kalıcı hipotiroidi gelişebilmektedir. Bu nedenle tedavi sonrası hastaların kontrol randevularının organize edilmesi önem arzetmektedir. 2-8 hafta şeklinde takiplerin atlanmamasının önemi konusunda hasta aydınlatılmalı ve semptomlarında değişiklik olması durumunda hemen hekime başvurması belirtilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Subakut granülomatöz tiroidit, ağrı, aile hekimliği

P-07 Diyabetik Ayak Enfeksiyonu ve Yara Bakımı: Olgu Sunumu

Tuğba Şen[1], Fazilet Yorgancıoğlu[1], Hüseyin Can[2]
[1]Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Giriş: Diabetes mellitus (DM), toplumda en sık görülen kronik, metabolik hastalıktır. Akut metabolik komplikasyonlar ve uzun dönemde oluşan makrovasküler komplikasyonlar (koroner kalp hastalığı, periferik damar hastalığı, serebrovasküler hastalık) ve mikrovasküler komplikasyonlara (nefropati, retinopati) neden olmaktadır. Diyabetik ayak hastalığı, DM'un yaygın ve yıkıcı bir komplikasyonudur. Diyabetik ayak ülserasyonu yıllık insidansı %2,2'dir, diyabetli kişilerde ayak ülserasyonu gelişme riski ise %34'e kadar çıkmaktadır (1). Olgumuzda birinci basamakta diyabetik ayak enfeksiyonu olan kişinin yara tedavisi sürecinin paylaşılması amaçlanmıştır. Olgu sunumu: Her iki ayak baş parmakta yara ve enfeksiyon nedeniyle ampütasyon önerisinde bulunulan, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve kronik venöz yetmezliği tanıları olan, yatağa bağımlı hasta yara tedavisi amacıyla başvurdu. Her iki baş parmakta nekrotik, enfekte görünümle, ağrılı (VAS:8) yara mevcuttu. Ayak ve tırnak bakımı çok kötü durumdaydı (Fotoğraf 1 ve 2). Oral alımı olan hastanın öncelikle beslenmesi düzenlendi (1,5 gr/kg protein, omega 3, çinko, vb takviye). Her iki parmak enfekte görünümde olduğu için ciprofloksasin 500 mg tb 2x1 başlandı. Mantar enfeksiyonu olması nedeniyle izokonazol nitrat krem, siklopiroksolamin tırnak cilası tedavisi uygulandı. Cerrahi debridman yapıldı, tırnaklar ve ölü dokular uzaklaştırıldı. Hipokloröz asit ile her pansumanda temizliği yapıldı. Sodyum hyaluronat %0,2 ve metalik gümüş %2 içerikli sprey 2x1 kullanıldı.1. haftanın sonunda parmaklardaki enfekte görünüm geriledi. Ağrı yakınması kalmadı. Hyalüronik asit sodyum tuzu %0,2 ile 1 hafta pansuman yapıldıktan sonra yara yeri tamamen iyileşti (Öncesi-sonrası fotoğralar). Tartışma: Diyabetik ayak, diyabetik nöropati ve periferik vasküler hastalık ile ilişkilidir ve insidansı artmıştır. Ülserasyon, doğru tedavi edilmezse amputasyonlara yol açan dramatik bir sürecin ilk nedenidir. Hem nöropati, hem nöro-iskemi hem de enfeksiyonlar, lezyonların iyileşmesini veya kötüleşmesini belirlemede rol oynar ve diyabetik hastalardaki tüm amputasyonların %85'inden önce şiddetli bir kangren veya enfeksiyona dönüşen bir ayak ülseri gelir (2). Birinci basamakta öncelikle hastalığın regülasyonun sağlanmalı, ilaçların doğru bir şekilde kullanılması ve diyete dikkat edilip yaşam tarzı değişiklikleri yapılmalıdır. Diyabetik ayak geliştikten sonra ise amputasyonların önlenmesine yönelik tedavileri ele almak için multidisipliner bir yaklaşım ile hasta günlük ayak bakımını yapmalı, ayaklarını düzenli yıkamalı, özellikle kuru cilt için nemlendirici ajanlar kullanılmalı, çorapları temiz ve pamuklu olmalıdır. Ayağa uygun sıkmayan ayakkabılar tercih etmelidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ayak, yara tedavisi, birinci basamak

P-08 Birinci Basamakta Basınç Yarasının Yönetimi: Olgu Sunumu

Sıdıka Ece Yokuş[1], Damla Çakmak Sönmez[1], Hüseyin Can[2], Hüseyin Elbi[2]
[1]Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

GİRİŞ Basınç yaralanmaları genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ya da tıbbi veya başka bir cihazın cilde temas noktalarında meydana gelen yumuşak doku hasarları olarak tanımlanır. Hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve sağlık maliyetini büyük ölçüde artıran bu durum özellikle evde bakım alan yatağa bağımlı hastalar için risk oluşturmaktadır. Olgumuzda kapsamlı ve sürekli sağlık hizmetinin sunulduğu birinci basamak açısından konunun öneminin tartışılması amaçlanmıştır. OLGU SUNUMU 76 yaş kadın hasta, sağ skapula bölgesinde yara şikayeti ile başvurdu. Bilinç açık, non-koopere olan hastanın öyküsü ve aydınlatılmış onamı hasta yakınından sözel olarak alındı. Hastanın 1 yıldır yatağa bağımlı olduğu, nazogastrik sonda ile beslendiği, ileri evre demans ve tip 2 Diyabetes Mellitus tanıları ile takip edildiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde hastanın genel durumunun orta, vital bulgularının stabil olduğu görüldü. Kuru, turgoru ve tonusu azalmış cilt ile beraber kaşektik görünüm mevcuttu. Sağ skapula alt uç hizasında büyük olanı yaklaşık 5x8 cm çapında, nekrotik, enfekte görünümde ve bu yaranın 3 cm lateralinde yaklaşık 3x3 cm çapında, nekrotik, enfekte görünümde evre 3 basınç yaralanmaları mevcuttu. Hastanın diğer fizik muayene ve laboratuvar bulgularında patolojik bulgu saptanmadı. Debritman sonrası her iki yara arasında tünel olduğu tespit edildi. Yara derinliklerinin yaklaşık 2 cm olduğu görüldü. Her pansumanda hipokloröz asit ile yara yeri temizliği yapıldı. Yara yerine gümüş içerikli örtü yerleştirilerek dolduruldu. Yara kenarlarına çinko içerikli bariyer krem sürüldü. 14 günlük sistemik antibiyoterapi, 500 mg siprofloksasin tablet 2x1 ve 1000 mg amoksisilin-klavulanik asit tablet 2x1 şeklinde başlandı. Günlük kalori alımı 2300 kcal/gün, protein alımı ise 1,5 gr/kg/gün olacak şekilde beslenmesi düzenlendi. Tedavi ve yara bakımı sonrası 4. günde enfeksiyonun kontrol altına alındığı saptandı. 14. günden sonra aljinat hidrofiber içeren ürün kulanıldı. 2 aylık sürenin sonunda büyük olan yaranın boyut ve derinliğinin azaldığı, küçük olan yara yerinin ise cilt şekilde kapandığı gözlendi. TARTIŞMA Basınç yaralanmalarının tedavisi zor ve maliyetlidir. "Birincil koruma" kapsamında basınç yarası oluşmadan önce risk gruplarının belirlenip olası nedenlerin ortadan kaldırılması bireyin yaşam kalitesinin korunması ve iyileştirilmesini sağlayacaktır. Bu amaca yönelik her ev ziyaretinde uygulanacak 5 ana hedef belirlenmiştir: risk yönetimi, deri bakımı, beslenme, pozisyon verme ve eğitim. Aile bireyleri de tedavi sürecine dahil edilmeli ve bu konuda eğitim verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: basınç yarası, yara yönetimi, birinci basamak

,

P-09 İyileşmeyen Yara Ile Başvuran Olguya Birinci Basamakta Yaklaşım: Olgu Sunumu

Erkan Ata[1], A. Özgür Yaraşır[1], Hüseyin Can[2], Fatih Özcan[2]
[1]Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Giriş: Dokuların bütünlüğünün ve işleyişlerinin bozulmasına yara adı verilir.1 Günümüzde yara etrafında oluşturulan nemli ortamın yara iyileşmesinde daha etkili olduğu anlaşılmıştır.2 Debridman ile cansız, ölü dokular ortamdan uzaklaştırılarak yara iyileşmesinin önündeki engeller kaldırılmalıdır.1 Bu bildiride polikliniğimize yara ile başvuran bir olgunun sunulması ve aile hekimliği açısından yara yönetimin tartışılması amaçlanmıştır. Olgu sunumu: Bozulmuş glukoz toleransı, KBY, HT tanılı 57 yaş kadın hasta sağ elde yara şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 10 gün önce şikayeti başlayan olgunun aile hekimine başvuru sonrası topikal antibiyotik tedavisi verildiği öğrenildi. Başlangıçta tırnak yanında olan enfeksiyonun yaklaşık 2 gün içinde parmağın yarısına kadar ilerlediği, bu sürede enfeksiyon hastalıkları ve ortopedi polikliniğine muayene olduğu, hastaya debridman yapıldıktan sonra sistemik (Sefuroksim aksetil 750 mg 2x1 oral tablet) antibiyoterapi başlanarak 14 güne tedavisinin tamamlandığı öğrenildi. Herhangi bir travma öyküsü ya da yaralanmayı hatırlamadığını belirten olgu yara yerinin iyileşmemesi üzerine tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde sağ elin 4. parmak tırnak yatağından itibaren distal ve interfalagial falanksta yaklaşık 4 cm uzunluğunda, 2 cm eninde akıntılı, yer yer kurutlu, enfekte görünümde yarası için öncelikle mekanik debridman yapıldı (Fotoğraf 1-2). Debridman yapıldığı esnada yara yerinin iyileşmesini zorlaştıran yabancı cisim (spanç ipleri) görülmesi üzerine yabancı cisimler yaradan uzaklaştırıldı. Yara üzerine enzimatik debridman özellikli krem uygulandı. Pansumanı yapılan yara tül örtü ve şeffaf örtü ile kapatıldı. Eşine ve kendisine evde pansuman konusunda eğitim verildi. Polikliniğe sık gelme imkanları olmadığı için haftada bir yara yeri fotoğrafı paylaşılması istenerek 1 ay sonra kontrol önerildi. Enfeksiyon bulgusu gelişirse, yara yeri kötüye giderse ve beklenmeyen bulgu saptanması halinde kontrol günü beklenmeden başvuru yapması söylendi. Tartışma: Akut yaranın kronik hale gelmesindeki en önemli etkenler arasında kronik hastalıklar, yaş, yara iyileşmesini bozan etkenler (enfeksiyon, yabancı cisim, vb), beslenme bozuklukları ve benzeri etkenler sayılabilir. Olgumuzda da kronik hastalıklarının yanı sıra evde yapılan kontrolsüz pansumanlar sonrası yara yerinde yabancı cisim (spanç lifleri) kalması nedeniyle yara iyileşmesinin geciktiği tespit edilmiştir. Yara debridmanı sırasında bu yabancı cisimlerin ve ölü dokuların uzaklaştırılması sonrası canlı doku görülmüş ve uygun yara bakım ürünleri önerilerek yara pansumanı konusunda eğitim verilmiştir. Birinci basamakta yara iyileşmesini bozan etkenlerin aile hekimleri tarafından bilinmesi, buna göre tedavi ve pansuman planının belirlenmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yara, yara bakımı, yabancı cisim, aile hekimliği

P-10 Arı Sokması Sonrası Gelişen Anafilaksi: Olgu Sunumu

Abdurrahman Özgür Yaraşır[1], Erkan Ata[1], Hüseyin Can[2], Adnan Bilge[3]
[1]Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[3] Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD

Giriş: Anafilaksi, ani olarak ortaya çıkan yaşamı tehdit eden ciddi bir sistemik aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Çok çeşitli semptomlarla karşımıza gelebilmektedir. Hastaların %90'dan fazlasında cilt ve mukoza semptomları, %50'den fazlasında solunum ve kardiyovasküler semptomlar görülmektedir. Coğrafik bölgelere ve yaşa bağlı olarak anafilaksi etiyolojisi değişmekle birlikte yaygın olarak besinler (özellikle çocuklar), ilaçlar ve böcek ısırıklarına karşı gelişmektedir (1-2). Anafilaksi immünolojik ve non immünolojik mekanizmalarla gerçekleşmektedir. İmmünolojik anafilaksik reaksiyonlarda IgE, IgG ve immün kompleks-kompleman sistemi aktif olurken, non immünolojik reaksiyonların hangi mekanizma ile anaflaksiyi tetiklediği tam olarak aydınlatılamamıştır (3-4). Anafilaksi tanısı hastanın anamnez ve fizik muayenesine bakılarak klinik olarak konulmaktadır. Bu olguda acil servise arı sokması sonrası başvuran hastanın tanı ve tedavi süreci paylaşılmıştır. Olgu Sunumu: 27 yaşında erkek hasta posterior servikal bölgeden arı sokması şikayeti ile hastanemizin acil servisine başvurdu. Başvuru anında hastanın ekstremitelerinde yaygın kızarıklıklar, hareketlerde azalma ve titreme mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde uvula ve dudak şiş, tüm ekstremitelerde yaygın basmakla solan kaşıntılı kızarıklıklar vardı. Solunum sayısı artmış, kan basıncı 101/57 mmHg, oksijen satürasyonu %96, kalp hızı 117/dk olarak ölçüldü. Elektrokardiyografide normal sinüs ritmi gözlenip, taşikardi dışında ek bir patolojik durum saptanmadı. Hasta muayene sırasında bulantısı olduğunu ve üşüdüğünü belirtti. Verilen komutları yerine getirmede zorluk yaşıyordu. Hastanın olası alerjene maruziyet sonrasında sistemik belirtilerinin olması nedeniyle anafilaksi olarak değerlendirildi. 0,5 mg İM adrenalin enjeksiyonu uyluk anterolateraline uygulandı. Damar yolu açılıp İV sıvı tedavisi ve maske ile oksijen desteği verildi. Adrenalin tedavisine ek olarak 60 mg metilprednizolon ve feniramin verildi. Tedavi sonrası hastanın şikâyetleri hızla düzeldi. Bifazik reaksiyon açısından 6 saat gözlem altına alındı. Gözlem sonunda hasta ve yakınlarına anafilaksi konusunda bilgilendirilme yapıldı ve alerji uzmanına yönlendirildi. Tartışma: Arı (hymenoptera venomu) sokmaları lokal veya sistemik reaksiyonlardan ölümcül alerjik reaksiyonlara neden olabilir. İlaçlar ve yiyeceklerle birlikte, hymenoptera venomu insanlarda anafilaksinin en yaygın nedenlerindendir. Yaşam boyunca Hymenoptera türleri tarafından sokulma prevalansı yetişkinlerde %56,6-%94,5 arasında gösterilmiş (5). Son yıllarda çevresel alerjenlere maruziyetin artmasıyla alerjik reaksiyonların görülme sıklığı artmıştır. Anafilaksiyi tanımak ve erken müdahaleyle oluşabilecek hayati riskin önüne geçmek mümkündür. Tüm hekimlerin hastane içi veya dışında anafilaktik reaksiyon geçiren hasta ile karşılaşma riski vardır.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, alerjik reaksiyon, adrenalin, hymenoptera

P-11 Olgu Sunumu: Her Başvuru Bir Fırsattır

Aynur Özdemir[1], **Sibel Karadağ**[2]
[1] Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
[2] Muğla Yatağan 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimi

ÖZET: Kronik hastalığa sahip olan hastaların ilaç yazdırmak için aile hekimliğine gelmesi sık görülen bir durumdur. Fakat ilaçların bittiği sürelerde yapılan doktor başvurusunda ilaç tedarik etmenin yanında tedavi süreci ve komplikasyonların değerlendirilmesi gerekir. Bu olgu sunumuyla her hasta için bütüncül değerlendirmenin gerekliliğini, tekrarlanan eğitimlerin önemini vurgulamak istedik. Bilinen Tip 1 diyabet(DM) tanılı 25 yaşındaki erkek hasta insülinlerinin bitmesi üzerine tedarik amacıyla başvurdu, ek şikayeti yoktu. Hastanın hastalık geçmişi sorgulandı ve fizik muayene esnasında lipohipertrofi alanlarına rastlanıldı. Hastaya tekrar insülin kullanma eğitimi verildi ve kontrole çağırıldı. Birinci basamaktaki her başvuru hastaların ve hastalıkların bütüncül olarak değerlendirildiği bir fırsat olarak görülmeli; ''minimum teknoloji, maksimum dokunuş'' ile koruyucu sağlık hizmetleri, tanı, tedavi ve takipler yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, Öz değerlendirme, Kronik hastalık

P-12 Kaşıntı Deyip Geçme: Biyopsikososyal Yaklaşım Örneği

Sibel Karadağ[1], Aynur Özdemir[2]
[1] Muğla Yatağan 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimi
[2] Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği

Aile hekimliği ayrışmamış hastalıkların sık görüldüğü, öykü ve fizik muayenenin daha da önem kazandığı branştır. Detaylı öykü ve fizik muayene ile semptomların etiyolojisini bulmak mümkündür. Bu olgu sunumuyla doğru ve etkin iletişimin önemini vurgulamak istedik. 67 yaşındaki kadın hasta kaşınma şikayetiyle başvurdu. Bunun için birçok kez doktor başvurusu ve çeşitli ilaçlar kullandığını fakat geçmediğini belirti. Hastanın semptomu detaylı sorgulandığında psikolojik olarak destek alması gerektiği, kimseye durumunu anlatamadığı ve semptomunun psikolojik kökenli olabileceği düşünüldü. Semptomların ya da hastalıkların etiyolojisinde fiziksel, çevresel ya da psikolojik etmenler rol oynar. Bu nedenle hasta değerlendirmesi yaparken bütüncül yaklaşılmalı, hekimlik sanatının bir parçası olan öykü almada hastanın güveni kazanılarak doğru tanı ve tedaviye ulaşılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Biyopsikososyal yaklaşım, kaşıntı, güven

P-13 9 Aylık Bebek İzlemlerinde Saptanan Hemoglobin Düzeyleri

Hülya Uçar[1], Emine Neşe Yeniçeri[1]
[1] Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Ülkemizde aile hekimliğine kayıtlı her bebek ilk 1 yaşta 9 kez izlenmektedir. Dokuzuncu ay izleminde bebeğin rutin sağlık muayenesinin yanı sıra anemi değerlendirmesi amacı ile Hb(Hemoglobin) ve/veya Htc(hematokrit) ölçümü yapılması gerekmektedir. Anemi yoksa (Hb ≥ 11g/dL veya Htc ≥ %33) demir proflaksisine devam edilir. Anemi varsa (Hb < 11g/dL veya Htc < %33) demir eksikliği anemisi tedavisi (3 mg/kg /gün)verilmelidir. Bir aylık tedavisi sonrasında Hb düzeyinde artışın olmadığı durumda ya da ilk Hb düzeyinin 7g/dl altında veya Htc in %21 altında olması durumunda diğer anemi nedenleri açısından değerlendirilmelidir. Bu çalışmada eğitim aile hekimliği biriminde izlenen ve 9 aylık olan bebeklerin tümünden Hb değeri elde edilmiştir. Elde edilen bu verinin ışığında özellikle Hb değeri düşük bebeklerin Hb değerinin düşme nedenlerine yönelik emzirme ve beslenme özelliklerinin ayrıntılı inceleneceği bir araştırma planlanmıştır. GEREÇ ve YÖNTEM: Muğla 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezi Eğitim Aile Hekimliği Birimlerinde yapılan bebek ve çocuk sağlığı izlemleri için başvuran 9 aylık bebeklerin hemoglobin değerleri Aile Hekimliği ve TC Sağlık Bakanlığı ortak veri tabanında depolanmaktadır. 01 Ekim 2017-01 Ekim 2022 tarihleri arasında kayıt edilen bu verilere ulaşılarak retrospektif bir çalışma yapılmıştır. BULGULAR: Kayıt bilgilerine ulaşılan 9 aylık 367 bebeğin 202 (%55,0) erkek, 165 (%45,0) kız bebekti. 367 bebeğin ortalama Hb değeri 11,8 (min:7,6, max:14,0) olarak bulunmuştur. 42 bebeğin (%11,4) Hb değeri 11 in altında, 262 (%71,4) bebeğin Hb değeri 11-13 arasında ve 63 (%17,2) bebeğin Hb değeri 13 ve üzeri saptanmıştır. Erkek bebeklerin 28 (%13,9) inin Hb değeri 11 g/dL nin altında iken kız bebeklerin 14 (%8,5) ünün Hb değeri 11 g/dL nin altında saptanmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. SONUÇ: Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda demir eksikliği sıklığı %5,9 ile %67,8 arasında bildirilmiştir. 2009 yılında Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü sorumluluğunda yapılan bir çalışmada 12-23 aylık çocukların %7.8'inde anemi saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise 9 aylık bebeklerde %11,4 oranında anemi saptanmıştır. Çocukluk çağında anemilerin saptanmasına yönelik yapılan taramalarin yanında annelere anne sütü alımı ek gıdaya geçiş gibi beslenmeye yönelik eğitim verilmesi ve bu konuda da araştırmaların yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anemi,pediatrik anemi,bebek izlem,hemoglobin

P-14 Bir Aile Hekimliği Biriminde Antihipertansif Kullanan Erişkin Hipertansiyon Hastalarının Özellikleri

Ali Demirbaş[1]
[1] Muğla Eğitim Araştırma Hastanesi

Bir Aile Hekimliği Biriminde Antihipertansif Kullanan Erişkin Hipertansiyon Hastalarının Özellikleri AMAÇ: Ülkemizde hipertansiyon görülme sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalardan PATENT-1 çalışmasında erişkinlerde Hipertansiyon (HT) sıklığı %31.8 olarak rapor edilmiş, PatenT-2 çalışmasında %30.3 olarak rapor edilmiştir. Aile hekimliği birimine kayıtlı erişkin nüfusun tümünün tansiyonu ölçülerek taranması yoluyla kayıtlı nüfusta HT prevalansı bulunabilir. Bu araştırma, aile hekimliği biriminde kayıtlı erişkin nüfusta hipertansiyon görülme sıklığı ve HT hastalarının özelliklerini incelemek amacıyla yapılmıştır. GEREÇ ve YÖNTEM: Bu çalışmadaki veri, bir aile hekimliği birimine kayıtlı 18 yaş üzeri 2670 kişinin elektronik kayıtları taranarak elde edilmiştir. BULGULAR: 2670 kayıtlı nüfusu olan Aile Hekimliği biriminde 18 yaş üzeri bireyler arasında 309 kişinin bilinen hipertansiyonu olduğu ve antihipertansif ajan kullandığı, hipertansiyon prevalansı %11,5 olarak saptanmıştır. saptandı. 309 kişinin yaş ortalaması 61,5 ±11,1 (min:34, max:98) olarak saptandı. 309 kişinin 189 (%61,2) u kadın, 120 (%38,8) si erkek idi. 192 (%62,1) kişinin kombine preparat kullandığı tespit edilmiştir. Hastaların 120 (%38,8) sinin ek bir hastalığı olmadığı, 94 (%30,4) ünün bir ek hastalığı, 69 (%22,3) unun 2 ek hastalığı, 24 (%7,8) ünün 3, 2 (%0,6) sinin 4 ek hastalığı olduğu saptanmıştır. Ek hastalık varlığının cinsiyet ve 65 yaş altı ve üzeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. SONUÇ: Bu çalışma ile bir aile hekimliği biriminin kayıtlı popülasyonunda hipertansif hastaların özellikleri incelenmiştir. Çalışmada bulunan HT prevalansı, çalışma yapılan aile hekimliği biriminde 18 yaş üzeri populasyon Türkiye popülasyonuna benzer olmasına rağmen Türkiye'de yapılan çalışmalara göre düşük olarak saptanmıştır. Bunun nedeni hasta kayıtlarından antihipertansif ilaç kullanan HT hastalarının incelenmesi ve HT olup da ilaç kullanmayan kişilerin dışlanması olabilir. Her ne kadar aile hekimliğine her başvuran kişinin tansiyonu ölçülse de sistematik olarak tüm nüfusun taranması yeni HT olgularının ortaya çıkması ve HT regülasyonunun sağlanması açısından önemlidir. PATENT-1 çalışmasında kadınlarda HT prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Benzer olarak bu çalışmada da kadınlarda HT görülme sıklığı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Aile hekimliği uygulamasında her bir başvurunun bir fırsat olarak değerlendirilmesi, ilaç yazımı nedeniyle başvuran bireylerin tansiyonlarının ölçülmesi, düzenli ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz, sigara bırakılması konularında bireysel danışmanlık verilmesi ve bireysel risk değerlendirmesi yapılması toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antihipertansif,Kronik Hastalıklar,Tansiyon,Prevelans

• ***Sözel Bildiriler***

S-01 Demir Eksikliği Anemisi Sebebiyle 1. Basamaktan Yönlendirilen Hastaların Kolonoskopi Sonuçları

Ali Emre Naycı[1]
[1] İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Demir Eksikliği Anemisi Sebebiyle 1. Basamaktan Yönlendirilen Hastaların Kolonoskopi Sonuçları Giriş: Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre anemi ; Hemoglobinin 15 yaşın üstünde erkekte 13g/dl altında, gebe olmayan kadında 12 g/dl nin altında, gebelerde ise 11 g/dl'nin altında olarak tanımlanır. Demir eksikliğinde iki basamak vardır. Birincisi demir eksikliğidir. Vücudun toplam demirinin azalması olarak tanımlanır, anemi henüz yoktur. İkincisi ise demir eksikliği anemisi olarak tanımlanır (DEA) demir eksikliğinin eritropoyezi azaltması sonucu anemi gelişmiştir. Demir eksikliğinin serum göstergeleri düşük ferritin, düşük demir, artmış total demir bağlama kapasitesi, artmış eritrosit protoporfirini ve artmış transferrin bağlayan reseptörlerdir. Serum ferritini demir eksikliğini gösteren en güçlü testdir. DEA düzeyi ne olursa olsun nedeni araştırılmalıdır. Erkek ve menopoz sonrası kadınlarda DEA genellikle kan kaybına bağlıdır. Demir eksikliği anemisinin en önemli sebebi premenapozal kadınlarda menstrüel kanamalar iken; postmenapozal kadınlar ve erişkin erkeklerde ise gastrointestinal sistemden olan kronik kan kayıplarıdır. Üst ve alt endoskopik işlem yapılan hastaların %48-71'inde DEA'nın nedeni bulunmuş; açıklanamayan olgularda ise tekrar endoskopik işlem yapılan olguların %35'inde gözden kaçan lezyonların tespit edildiği bildirilmiştir. Metod: 2022-2023 yılları arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Polikliniklerine 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarından anemi tetkik amacıyla yönlendirilen ve DEA tanısı alan hastaların kolonoskopi sonuçlarının inceledik. Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi ve toplam 1 Basamaktan yönlendirilen ve kolonoskopi yapılan hasta sayısı 570'dir. Bulgular: Toplam yapılan 570 kolonoskopi incelemesinin 96 tanesi kirlilik sebebiyle incelenememiş değerlendirmeye 474 hasta katılmıştır. Bu hastalardan toplamda 94 tanesinde DEA etiyolojisini açıklayacak patoloji saptanmıştır. Bu patolojiler saptanırken benign anal bölge hastalıkları hemoroid, anal fissür, anal fistül hariç bırakılmıştır. Hastaların 30 (31,9) tanesinde polip , 28 (%29,7) hastada divertikül, 19 (%20,2) hastada anjiodisplazi , 10 (%10,6) malignite, 4(%4,2) hastada ise enflamtuar barsak hastalığı tespit edilmiştir. Sayı Yüzde % Polip 30 31,9 Malignite 10 10,6 Divertikül 28 29,7 Anjiodisplazi 19 20,2 Enflamtuar Barsak h. 4 4,2 Diğer… 3 3,2 Tartışma: Bizim analiz ettiğimiz hasta grubunda malignite oranı literatürle uyumlu sonuçlanmıştır. Yine DEA etiyolojisi tespit etme oranımız literatür ile uyumludur. Demir eksikliği anemisi laboratuvar çalışmaları ile doğrulandıktan ve diyete bağlı demir eksikliği, demir ihtiyacında artış ve gastrointestinal sistem dışı kan kaybına bağlı anemi dışlandıktan sonra, gastrointestinal traktüsün endoskopik incelemesine geçilmelidir. DEA'nın sebebi

Anahtar Kelimeler: Demir,Anemi,Kolonoskopi,

S-02 Ülkemiz Verileri Işığında Sağlık Turizmi ve Aile Hekimliği İlkeleri

Özgecan Elçi[1], Sıdıka Ece Yokuş[1], Hüseyin Can[2]
[1]Arş. Gör., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Giriş: Sağlık turizminin; medikal turizm, termal turizm, yaşlı turizmi ve engelli turizmi gibi farklı çeşitleri bulunmaktadır. Tedavi sürecinin kalitesi ve hasta güvenliği açısından alanında nitelikli sağlık profesyonelleri tarafından yürütülmesi önem taşımaktadır. Bu bildirideki amacımız; ülkemizin sağlık turizmi verileri ışığında aile hekimliği ilkeleri açısından sağlık turizmini değerlendirmektir. Gereç ve Yöntem: Ülkemizin 2015-2022 yılları arasındaki turizmi verileri Türkiye İstatistik Kurumu, Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. ve Türkiye Seyahat Acentaları Birliği resmi raporları incelenerek değerlendirilmiştir. Bulgular: Grafik 1 ve tablo 1'de gösterilmektedir. Tartışma: Teknolojik gelişmeler ile paralel olarak yaygınlaşan ve erişimi kolaylaşan sağlık turizmi alanı giderek büyümeye devam etmektedir. 2015-2022 yılına ait veriler ışığında ülkemize sağlık turizmi kapsamında gelen kişi sayısının artmakta olduğu görülmektedir. Bu artış, olası suistimaller ve etik ihlaller gibi birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Aile hekimliği çekirdek yeterliliklerinden olan "birinci basamak yönetimi" hastanın savunucusu olabilme yetilerini içerir. Aile hekimi savunuculuk ilkesi gereği tüm sağlık sorunlarında hastalarının yanında olmalıdır. Medikal turizmin tanıtımında kullanılan materyallerdeki bilgi eksikliği ve sadece olumlu yönlerin ön plana çıkarılması hastaların yanlış yönlenmesine sebep olabilmektedir. Bu durumda savunmanlık görevi çerçevesinde hastalara olası komplikasyonlar ve süreç hakkında ayrıntılı bilgi vermek, yapılacak tıbbi müdahalenin olumlu ve olumsuz etkilerini öngörerek hastayla paylaşmak, hastayla ortak karar verme süreci başlatmak gerekmektedir. Bakımın sürekliliği sağlık turizmi ile ilgili bir başka sorundur. Hastalar tedavi için başka ülkelere seyahat ettiğinde aile hekiminin takibinden uzaklaşmış olacaklardır. Bu nedenle tedavisine başka bir ülkede devam etme kararı veren kişilerin aile hekimleri ile teması sürdürmeleri gerekmektedir. Bunun haricinde yurtdışında aldıkları bakımla ilgili eksik bilgiyle ve evrakla dönülmesi muhtemeldir. Bu durum aile hekimini olası komplikasyonlara karşı savunmasız bırakarak vereceği sağlık hizmetini karmaşıklaştırabilmektedir. Medikal turizmle ameliyat öncesi hızlı karar verilmesi ve sonrası kısa taburculuk süreleriyle hastanın sürece adaptasyonu ve olası komplikasyonların yönetimi de zorlaşmaktadır. Hastaların ameliyat öncesinde ve sonrasında ruhsal-toplumsal bozukluklar açısından rutin olarak bütüncül bir şekilde değerlendirilmeleri gerekmektedir. Hastalar mevcut riskler konusunda yeterince aydınlatılmalıdır. Sonuç olarak sağlık turizmi kapsamında hizmet almak isteyen kişilere danışmanlık yapmalı, bakımlarının devamlılığı sağlanmalı ve 'dördüncül koruma' kapsamında bu kişilerin aşırı tanı ve aşırı tedaviden korunmasını sağlayarak suistimal riskinin önüne geçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anahtar kelimeler: Sağlık turizmi, aile hekimliği, savunuculuk, dördüncül koruma

S-03 Bir Bakım Evinde Kurum İçi Mortalite ve Demografik Veriler İle İlişkisi

Merve Vatansever Balcan[1], Hüseyin Elbi[2], Hüseyin Can[2]
[1] Uzm. Dr., Kemalpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü
[2] Doç. Dr., Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

Dünya Sağlık Örgütünün tanımlamasına göre yaşlılık "65 yaşından büyük olup bireyin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğini kaybetmesi" olarak tanımlamıştır. Giderek artan yaşlı nüfus popülasyonu, bu nüfusa verilecek sağlık hizmetlerinin uygulanabilir, ulaşılabilir ve etkin olmasının önemini arttırmaktadır. Bakım evlerinde uzun süreli kalabilen yaşlılar sürekli kişisel ve sosyal bakım hizmeti alırlar. Çoğu yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için farklı seviyelerde ihtiyaçlar vardır ve bu ihtiyaçları profesyoneller tarafından karşılanır. Bu çalışmada bir bakım evinde kalanların kurum içi mortalite oranlarını değerlendirerek demografik veriler ile karşılaştırmayı amaçladık. 2014-2022 yılları arasında kuruma girişi yapılan hastaların verileri incelenmiştir. Yaşları 43 ile 100 arasında değişen 393 kişinin demografik verileri ve kurumdan çıkış sebepleri incelenmiştir. Yaşları ortalaması 78,6'dır. Bu hastaların bakım muhtaçlığı durumu değerlendirilerek dinç ve bakım hastası olarak gruplandırılmıştır. 252 (%64,1) hasta bakım hastası, 141 (35,9) hasta dinç olarak tanımlanmıştır. 220'si kadın, 173'ü (%44) erkektir. 57 hasta halen kurumda bakım hizmeti almakta olup 174 kişi (%44,3) kurum içi exitus olmuştur. 162 kişi taburcu olmuştur. Bakım hastalarının %50,8'i vefat ile kurumdan ayrılmış olup dinç hasta grubunun %32,6 sı vefat etmiştir. ($p<0,01$) Kadınların %45,5'i , erkeklerin %42,8'i vefat etmiştir. Anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p=0,2$) Yaşa göre gruplandırıldığında kurumdaki 36 kişi 64 yaş ve altı olduğu görülmüştür. 64 yaş ve altındakilerde %22,2 oranında mortalite gözlenmiştir. Mortalite 65 yaş ve üzeri grupta anlamlı olarak daha yüksektir, bu grubun %46,5'i vefat etmiştir. ($p=0,01$) Türkiye'de 65 ve üstü nüfus 2022 yılında 8 milyon 451 bin 669'a ulaşarak Türkiye nüfusunun %9,9'unu oluşturmaktadır. Dünyadaki yaşlı nüfus ortalaması %9,8'dir. Şubat 2022 itibarıyla Bakanlığa bağlı, özel ve diğer kamu kurumlarına ait toplam 452 huzurevi bulunuyor. Toplamda 13 bin 202 yaşlının bakımı gerçekleştirilmektedir. Aydın Söke'de yapılan çalışmada bir huzurevinde altı yıllık bir süreçte bakım hizmeti alan 224 yaşlıda mortalite oranı %29 olarak bulunmuş ve bu oranın yaşla birlikte artığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda mortalite oranı %44,3 olarak bulunmuş olup yaş arttıkça bu oran artmaktadır. Türkiye'nin nüfus yapısı yaşlanma sürecinin göstergesidir. Dolayısı ile yaşlı sağlığı planlamasının ülkemiz için önemi artmaktadır. Yaşlı bakım hizmetlerine yönelik uygun politikaların geliştirilmesi, etkinlik ve verimliliğin sağlanması yönünde planlamalar yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım evi, yaşlılık, mortalite

S-04 Pnömoni Hastalarında Prokalsitonin, C-Reaktif Protein, Kan Beyaz Küre Sayılarının ve Hemogram Alt Parametrelerinin Karşılaştırılması

Mustafa İlteriş Bardakçı[1]
[1] SBÜ Şişli Hamidiye Etfal EAH

Giriş ve Amaç: Pnömoni antimikrobiyal tedavi, destek tedavisi ve korunma yöntemlerindeki ilerlemelere rağmen, günümüzde halen morbidite ve mortalitesi yüksek bir infeksiyon hastalığıdır. Pnömoni, akciğerlerin klinik ve radyolojik olarak tespit edilen inflamasyonudur. Tanıyı desteklemekte ve tedavinin takibinde hemogram ve C-reaktif proteinin (CRP) kullanımı yaygındır. Prokalsitonin, daha az erişilebilir ve pahalıdır. Ve hemogram alt parametrelerinin kullanımı pek yaygın değildir. Bu çalışmanın amacı, pnömonisi olan olgularda prokalsitonin, CRP, Beyaz Küre sayısı (WBC) ve hemogram alt parametreleri arasındaki ilişkiyi ve ayırıcı tanıda yeni hematolojik oranların etkinliğini araştırmaktır. Gereç ve Yöntem: Polikliniğimize pnömoni tanısı ile başvuran olgular retrospektif olarak incelendi. Kadın-erkek farketmeksizin klinik ve radyolojik olarak olarak tanı almış 67 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların prokalsitonin, CRP ve hemogram (WBC değeri ve nötrofil-lenfosit oranı (NLR), monosit-lenfosit oranı (MLR) ve trombosit-lenfosit oranı (PLR) hesaplandı.) kaydedildi. Sonuçlar alıcı işlem karakteristikleri (ROC) eğrisi tarafından belirlenen NLR kesme noktasına göre gruplandırıldı ve değişkenler açısından karşılaştırıldı. Bulgular: Hastalarımızın yaş ortalaması 57 (18-71)'idi. 41 (61,19) kadın ve 26 (38,81) erkek hasta vardı. Hastalarda; 48 (71,64) prokalsitonin, 56 (83,58) CRP, 32 (47,76) WBC, 52 (77,61) NLR, 34 (50,74) PLR ve 38 (56,71) MLR değerleri yüksekti. Prokalsitonin, C-RP ve NLR değerleri diğer alt parametrelerinden daha anlamlı yüksekti. Korelasyon analizlerinde prokalsitonin, CRP ve NRL arasında güçlü korelasyon vardı, diğerleri arasındaki korelasyon anlamlı değildi. ($p < 0.001$). Sonuç: Bu çalışma, Prokalsitoninin pahalı bir test olduğu ve prokalsitonin ve C-RP'nin aile sağlığı merkezlerinde bulunamayacağı düşünüldüğünde klinik pratikte rutin olarak kullanılan laboratuvar testlerine ek olarak başka bir tetkik yapmadan hematolojik alt parametrelerinin hesaplanarak kullanılmasının tanıyı destekleyeceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, Prokalsitonin, Nötrofil/Lenfosit oranı

S-05 Yenidoğan Göz Taraması İçin Üçüncü Basamak Hastaneye Başvurularda Saptanan Göz Hastalıklarının Dağılımı

Emine Kaya Güner[1], Duygu İnci Bozbıyık[1]
1 Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Çalışmamızda tarama için üçüncü basamak bir hastanenin göz hastalıkları polikliniğine başvuran 0-3 ay arası hastaların ayrıntılı verilerini değerlendirmeyi, ayrıca aile hekimliği tarama programında bulunan bu yaş grubu için görme takibi ve kırmızı refle testinin önemini vurgulamayı amaçladık. Gereç ve yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi göz hastalıkları polikliniğine, yenidoğan göz taraması için 01 Ekim 2022-31 Mart 2023 tarihleri arasında, izlemlerini yapan çocuk hastalıkları hekimleri veya aile hekimleri tarafından yönlendirilerek başvuran 244 hastanın 488 gözü çalışmaya dahil edildi. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinden anomali veya prematüre retinopati (PR) taraması için yapılan konsültasyonlar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların cinsiyeti, yaşı, göz hastalıkları tanıları ve tedavi ihtiyaçları kaydedildi. Türk Neonatoloji ve Türk Oftalmoloji Derneği Türkiye Prematüre Retinopatisi Rehberi 2021 güncellemesinde 34 hafta altında doğan tüm bebekler PR açısından taranması önerildiği için hastalar doğum haftasına göre 3 gruba ayrıldı. Grup 1 34 hafta altı; grup 2 geç prematürite sınırı olan 34 hafta üzeri ile 36+6 arası, grup 3 ise 37 hafta ve üzeri idi. Çalışmamız retrospektif kesitsel bir çalışmadır. Bulgular: Ortalama başvuru yaşı 59.46 ±25.77 gün idi. Hastaların %48.4'ü erkek, %51.6'sı kız idi. Hastalardan 115'i grup 1'de, 22'si grup 2'de ve 107'si grup 3'teydi. Gözlerin %92.2'sinde herhangi bir hastalık tespit edilmedi. En sık görülen patolojik muayene bulgusu 34 gözde görülen prematüre retinopatisi idi. Diğer görülen patolojik muayene bulguları ise 2 gözde optik disk hipoplazisi, 1 gözde konjenital ptozis, ve 1 gözde proptozis idi. Hastaların başvuru yaşı ve cinsiyet ile tanı almaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki yok idi (sırasıyla; p=0.10, p=0.25). Fakat başvuran hastaların doğum haftasına göre yapılan gruplandırma ile tanı alma arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı idi (p=0.02). Sonuç: Çalışmamızda en yaygın tespit edilen tanı prematüre retinopatisi idi. Çalışmamız üçüncü basamak bir hastaneye başvuruları incelediği için prematüre doğan hasta başvuru oranı ve prematüre retinopati tanısı sık izlenmiştir. Diğer gruplarda izlenen hastalıklar ise aile hekimleri tarama programında bulunan kırmızı refle testi ve görme izlemi ile kolayca tanı konulabilecek tanılar idi. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde her yenidoğanın göz hastalıkları uzmanına ilk üç ayda ulaşma olasılığı bulunmayabilir. Bu nedenle aile hekimleri tarama programında bulunan görme takibi ve kırmızı refle testi çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, göz, tarama

S-06 Bir Hastanede Destek Hizmetlerinde Çalışan Kadınların İdrar Yapma Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Merve Alban[1], Gülseren Pamuk[1], Serap Öksüz[2], Esra Meltem Koç[1], Nurdan Özlü[1], Melih Kaan Sözmen[3]
1 İkçü Atatürk Eah Aile Hekimliği Abd
2 İkçü Atatürk Eah Evde Sağlık Birimi
3 İkçü Atatürk Eah Halk Sağlığı Abd

Amaç Bu çalışmanın amacı bir hastanenin destek hizmetlerinde çalışan kadınların üriner inkontinans durumları ile idrar yapma alışkanlıklarının değerlendirilmesidir Metod Tanımlayıcı kesitsel tipte planlanan çalışma 01.06.2021-30.09.2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmaya gönüllü onam veren ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesinde destek hizmetlerinde çalışan kadınlar alınmıştır. Etik kurul izni alınmıştır. Katılımcılara ilgili literatür doğrultusunda, araştırmacılar tarafından hazırlanmış 26 soruluk sosyodemografik veri anketi, 4 soruluk Uluslararası İnkontinans Sorgulama Formu (ICIQ-SF) ve 15 soruluk "Tuvalet Davranışı-Kadınların Boşaltım Davranışları (TD-KBD) Ölçeği" uygulanmıştır. Toplam 540 kadın çalışan vardır. Literatürde üriner inkontinans sıklığı %26.5 olarak belirtildiğinden, örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı %5 hata payı ile en az 193 kişi olarak hesaplanmıştır. İstatiksel analizler SPSS 22 programı ile yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi p <0,05 alınmıştır. Bulgular Çalışmaya katılan 212 kadının yaş ortalaması 39.57±7.78 idi. Kadınların %68.4' ü evliydi ve %66.6'sının kronik hastalığı yoktu. %74.5' i en az bir kez doğum yapmıştı. BKI ortalamaları 25.30±4.40 idi. Kadınların %26.4' ünde üriner inkontinans(UI) saptandı. Yaş, BKI, eğitim durumu, doğum yapma durumu, sezaryan durumu, menopaza girme ve kabızlık ile üriner inkontinans arasında anlamlı ilişki bulundu. Katılımcıların %16.5' inin, idrar kaçırma şikayetinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği tespit edildi. Kadınların TD-KBD ölçeği puan ortalaması 34.91±8.62 idi. ICIQ-SF anketi ile TD-KBD ölçeği arasında aynı yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon vardı. Üriner inkontinansı olan kadınların diğerlerine göre tuvalet boşaltım davranışlarının daha olumsuz olduğu görüldü. Erken işeme, işemeyi geciktirme, işemede zorlanma ve işeme pozisyonu tercihlerinde üriner inkontinansı olan kadınların idrar boşaltım davranışları p<0.05 olup üriner inkontinansı olmayan kadınlara göre daha olumsuz idi. Sonuç Bu çalışmada kadınların %26.4' ünde üriner inkontinans tespit edilmiştir. Üriner inkontinansı olan kadınların diğerlerine göre mesanelerini boşaltmakta olumsuz davrandıkları tespit edilmiştir. Kadın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen üriner inkontinansı önlemek için kadınların işeme davranışları sorulmalı ve doğru işeme davranışı kazandırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: üriner inkontinans, inkontinans, idrar yapma alışkanlığı

S-07 Covid-19 Pandemi Dönemi Öncesi ve Sonrası Konjenital Dakriyostenoz Olgularında Uygulanan Cerrahi Tedavilerin Karşılaştırılması

Sibel Yavuz[1]
1 Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran konjenital dakriyostenoz olgularınının covid 19 pandemi dönemi öncesi ve sonrası uygulanan cerrahi yöntemleri karşılaştırmak. Materyal ve Metod: Retrospektif olarak Ocak 2018- Aralık 2019 (grup 1: pandemi öncesi) ve Mayıs 2021- Nisan 2023 (grup 2: pandemi sonrası) tarihleri arasında üçüncü basamak sağlık kuruluşuna konjenital dakriyostenoz tanısı ile başvuran olgularda uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri incelendi. Sonuçlar: Grup 1'de cerrahi müdahale gerektiren 38 gözün 32'sine (%84,2) sadece gözyaşı yollarının prob ile sondalama ve dilatasyon işlemi uygulandı. Beş (%13,1) gözde probing sondalama ile birlikte silikon tüp implantasyonu ve 1 (%2,6) gözde dakriyosistorinostomi uygulandı. Grup 2'de ise cerrahi müdahale gerektiren 56 gözün 36'sına (%64,2) gözyaşı yollarının prob ile sondalama ve dilatasyon işlemi uygulanmış iken, 15 göze (% 26,7) probing sondalama ile birlikte silikon tüp implantasyonu ve 5 göze (%8,9) dakriyosistorinostomi uygulanmıştır. Tartışma: Covid 19 pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşım ve cerrahi müdahale imkanlarının kısıtlı olmasına bağlı olarak pandemi sonrası dönemde cerrahi müdahale gerektiren konjenital dakriyostenoz olguları artmış olmakla birlikte komplike cerrahi müdahale oranları da (grup 1/grup 2 : %15,7/%35,6) 2,2 kat daha yüksek bulundu.

Anahtar Kelimeler: konjenital dakriyostenoz, covid 19 pandemisi