

AHEKON 2024

14. ULUSLARARASI KATILIMLI
1. ULUSLARARASI
TÜRKİYE'NİN EN BÜYÜK

AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

30 EKİM - 3 KASIM 2024
Royal Seginus Hotel, Antalya

BİLDİRİ KİTABI



AHEKON 2024

14TH INTERNATIONALLY
PARTICIPATED,
1ST INTERNATIONAL LARGEST
**CONGRESS ON
FAMILY MEDICINE**

OCTOBER 30 - NOVEMBER 3, 2024
Royal Seginus Hotel, Antalya

ABSTRACT BOOK



İÇİNDEKİLER:

CONTENTS:

	<u>Sayfa</u>
	<u>Page</u>
Davet	3
<i>Invitation</i>	4
Kurullar	6-8
<i>Committees</i>	9-11
Bilimsel Program	12-18
Sözel Bildiriler (<i>Oral Abstracts</i>)	19-31
Poster Bildiriler (<i>Poster Abstracts</i>)	32-45

14. Uluslararası Katılımlı 1. Uluslararası Aile Hekimliği Kongresi AHEKON 2024
(14th With International Participation 1st International Family Medicine Congress)

Değerli Meslektaşlarımız:

Bu yıl 14. sünü düzenleyeceğimiz Türkiye'nin Aile Hekimliği alanındaki en prestijli, en büyük ve en yüksek katılımlı kongresi olan **AHEKON, 30 Ekim - 3 Kasım 2024** tarihleri arasında **Royal Seginus Hotel Antalya**'da gerçekleşecektir.

Kongrenin güçlü bilimsel içeriğini oluştururken konferans, panel, tartışmalı oturumlara, poster ve sözel bildirilere, aynı zamanda Aile Hekimlerinin gelişimine yönelik farklı alanlarda kurslara da yer veriyor olacağız.

30.000 Aile Hekiminin Ulusal kongresi olan **AHEKON 2024**'ün içeriği Aile Hekimlerinin emeği ile hazırlandı. Alanında önde gelen yurt içinden ve yurt dışından akademisyen hocalarımızın sunumları ile bilimsel bir şölen havasında gerçekleşecek olan **AHEKON 2024**'de sizleri de aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

Türkiye'nin Aile Hekimlerinin bir arada olacağı, tamamen sahaya dönük olarak deneyimlerimizi, zorluklarımızı, başarılarımızı paylaşacağımız, sektörün saha ile buluşmasının gerçekleşeceği, bilimsel ve sosyal yönlerimizi ön plana çıkaracağımız kongremizde buluşmanın heyecanını şimdiden hissediyoruz

AHEKON 2024 Kongremizde buluşmayı ümit ediyor, sevgi ve saygılarımızı sunuyoruz.

Saygılarımızla

Dr. Zeynep Özsevimli
Kongre Başkanı

Dr. Türkü Yağmur Nehir
AHEF Yönetim Kurulu Başkanı

14. Uluslararası Katılımlı 1. Uluslararası Aile Hekimliği Kongresi AHEKON 2024
(14th With International Participation 1st International Family Medicine Congress)

Dear Colleagues

AHEKON, the most prestigious, largest and most well-attended congress in the field of Family Medicine in Turkey, which will be held for the 14th time this year, will be held in Royal Seginus Hotel Antalya between 30 October - 3 November 2024.

While creating the strong scientific content of the congress, we will be including conferences, panels, discussion sessions, poster and oral presentations, as well as courses in different fields for the development of Family Physicians.

The content of AHEKON 2024, the national congress of 30,000 Family Physicians, was prepared with the labour of Family Physicians. We will be happy to see you among us at AHEKON 2024, which will take place in the atmosphere of a scientific feast with the presentations of our leading academicians from Turkey and abroad.

We already feel the excitement of meeting at our congress where Turkey's Family Physicians will be together, where we will share our experiences, difficulties and successes, where the sector will meet with the field, and where we will highlight our scientific and social aspects.

We hope to meet at our AHEKON 2024 Congress, and we offer our love and respect.

Sincerely regards

Dr. Zeynep Özsevimli
Congress President

Dr. Türkü Yağmur Nehir
AHEF Chairman of the Board of Directors

AHEF YÖNETİM KURULU

Yönetim Kurulu Başkanı

Dr. Türkü Yağmur Nehir

Genel Sekreter

Dr. Gökhan Erdoğan

2. Başkanlar

Dr. Yakup Şahin

Dr. Yavuz Altınbaş

Sayman

Dr. Yusuf Başak

Yönetim Kurulu Üyeleri

Dr. Ali Demir

Dr. Dilek Şahin

Dr. Ömer Ufkun Yıldırım

Dr. Zeynep Özsevimli

AHEKON 2024 DÜZENLEME KURULU

Kongre Başkanı

Dr. Zeynep Özsevimli

Genel Sekreter

Dr. Yakup Şahin

Düzenleme Kurulu Başkanı

Dr. Gökhan Erdoğan

Bilimsel Kurul Başkanı

Dr. Dilek Şahin

Kongre Saymanı

Dr. Yusuf Başak

Düzenleme Kurulu

Dr. Kamile Berfin Çevik

Dr. Devrim Erol

Dr. Mustafa Akdoğan

Dr. Oğuzhan Ergican

Dr. Elif Kuruefe

Dr. Murat Çevik

Dr. Halil Aktaş

Dr. İsmail Çifçi

Dr. Fatih Aykal

Dr. Bilgin Çiftçi

Dr. Kadir Yıldırım

Dr. Metin Aksakal

Bilimsel Kurul

Prof. Dr. Hüseyin CAN
Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK

Uluslararası Bilim Kurulu

Prof. Dr. Hüseyin CAN (Türkiye)
Prof. Dr. Goran DİMİTROV (North Macedonia)
Prof. Dr. Mohamed HASSANEİN (UAE)
Assoc. Prof. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK (Türkiye)
Assoc. Prof. Dr. Esra Meltem KOÇ (Türkiye)
Assist. Prof. Dr. İkuko MURAKAMİ (Japan)
Spec. Dr. Albiona POCI (Albania)
Spec. Dr. Matilda IMERAJ (Albania)
Spec. Dr. Yanica VELLA (Malta)
Dr. Marius CIURLIONIS (Litvanya)
Dr. Onur DİKA (North Macedonia)
Dr. Eva TURK (Austria)

AHEF BOARD OF DIRECTORS

Chairman of the Board

Dr. Türkü Yağmur Nehir

Secretary General

Dr. Gökhan Erdoğan

2nd President

Dr. Yakup Şahin

Dr. Yavuz Altınbaş

Accountant

Dr. Yusuf Başak

Board Members

Dr. Ali Demir

Dr. Dilek Şahin

Dr. Ömer Ufkun Yıldırım

Dr. Zeynep Özsevimli

AHEKON 2024 ORGANIZING BOARD

President of Congress

Dr. Zeynep Özsevimli

Secretary General

Dr. Yakup Şahin

Chairman of the Organizing Board

Dr. Gökhan Erdoğan

Chairman of the Scientific Committee

Dr. Dilek Şahin

Accountant

Dr. Yusuf Başak

Organizing Board

Dr. Kamile Berfin Çevik

Dr. Devrim Erol

Dr. Mustafa Akdoğan

Dr. Oğuzhan Ergican

Dr. Elif Kuruefe

Dr. Murat Çevik

Dr. Halil Aktaş

Dr. İsmail Çifçi

Dr. Fatih Aykal

Dr. Bilgin Çiftçi

Dr. Kadir Yıldırım

Dr. Metin Aksakal

Scientific Committee

Prof. Dr. Hüseyin CAN
Doç. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK

International Scientific Committee

Prof. Dr. Hüseyin CAN (Türkiye)
Prof. Dr. Goran DİMİTROV (North Makedonia)
Prof. Dr. Mohamed HASSANEİN (UAE)
Assoc. Prof. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK (Türkiye)
Assoc. Prof. Dr. Esra Meltem KOÇ (Türkiye)
Assist. Prof. Dr. İkuko MURAKAMİ (Japan)
Spec. Dr. Albiona POCI (Albania)
Spec. Dr. Matilda IMERAJ (Albania)
Spec. Dr. Yanica VELLA (Malta)
Dr. Marius CIURLIONIS (Litvania)
Dr. Onur DİKA (North Makedonia)
Dr. Eva TURK (Austria)

30 EKİM 2024, ÇARŞAMBA

KURSLAR

	KURS 1 SALONU	KURS 2 SALONU	KURS 3 SALONU	KURS 4 SALONU
14.00- 17.00	Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Terapötik Görüşme Becerileri Doç. Dr. Rabia NAZİK EKİNCİ Salon Sorumlusu: Uzm. Dr. Murat ÇEVİK	Aile Boyu Tıbbi Aromaterapi Reçeteleri Ecz. Hülya KAYHAN Salon Sorumlusu: Dr. Oğuzhan ERGİCAN	Yara Bakımı Prof. Dr. Hüseyin CAN Salon Sorumlusu: Uzm. Dr. İsmail ÇİFÇİ	Aile Hekimliği Pratiğinde Dermatitlere Yaklaşım Prof. Dr. Emel BÜLBÜL BAŞKAN Salon Sorumlusu: Dr. Berfin ÇEVİK
17:30- 18:30	AÇILIŞ			
20:00- 22:00	AHEF İl Başkanları Toplantısı			

31 EKİM 2024, PERŞEMBE

	A SALONU
08:30-09:20	Aile Hekimliği Pratiğinde Oral Antidiyabetik Tedavisi Prof. Dr. Okan Sefa BAKİNER Oturma Başkanları: Dr. Gamze ERDOĞANOĞLU, Dr. Mehmet ACAR
09:20-09:30	KAHVE ARASI
	A SALONU
09:30-10:15	UYDU SEMPOZYUMU İnfluvac Tetra ile Grip Bağışıklama Prof. Dr. Esin Şenol

14. Uluslararası Katılımlı 1. Uluslararası Aile Hekimliği Kongresi AHEKON 2024
(14th With International Participation 1st International Family Medicine Congress)

10:15-10:45	KAHVE ARASI		
	A SALONU	B SALONU	
10:45-11:30	Aile Hekimliği Pratiğinde Astım Yönetimi Prof. Dr. Arzu YORGANCIOĞLU Oturma Başkanları: Dr. Merve EMLİK, Dr. Ahmet Bahadır UÇAR	WORKSHOP Cilt ve Saç Bakımında Güncel Yaklaşımlar Doç. Dr. Esra Meltem KOÇ	
11:30-11:45	KAHVE ARASI		
	A SALONU		
11:45-12:30	UYDU SEMPOZYUMU Aile Hekimi ve Pediatrist Bakış Açısıyla Meningokok B Aşılması Prof. Dr. Dilek Yılmaz & Prof. Dr. Hüseyin Can		
12:30-14:00	ÖĞLE YEMEĞİ		
14:00-14:15	Aile Sağlığı Merkezlerinde Zona Teşhisi ve Tedavisi Uzm. Dr. Halil Volkan Tekayak		
14:15-14:45	UYDU SEMPOZYUMU Zonaya Karşı Güçlü Koruma: Rekombinant İnovatif Zona Aşısı Prof. Dr. Esin Şenol		
	A SALONU	B SALONU	C SALONU
14:45-15:30	İbs ve Konstipasyonda Tedavi Yaklaşımları Prof. Dr. Ömer ÖZÜTEMİZ Oturma Başkanları: Dr. Murat GÖNÜL, Dr. Arzu ÖZTÜRK	Birinci Basamakta Sağlık İletişiminin Önemi ve Şiddet Prof. Dr. Yasin BULDUKLU Oturma Başkanları: Dr. Ramazan ALTUN, Dr. Selami ÇELİKBAŞ	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 1 Oturma Başkanları: Prof. Dr. Hüseyin Can, Doç. Dr. Esra Meltem Koç, Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk, Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer (Sözel bildiri listesi için tıklayınız)

14. Uluslararası Katılımlı 1. Uluslararası Aile Hekimliği Kongresi AHEKON 2024
(14th With International Participation 1st International Family Medicine Congress)

15:30-16:00	KAHVE ARASI	
	A SALONU	
16:00-16:45	UYDU SEMPOZYUMU Bir Soru Bir Cevap: Rotavirus Aşılmasında Güncel Konular Prof. Dr. Dilek Yılmaz	
	A SALONU	B SALONU
16:45-17:30	Bıktım Bu Öksürükten Prof. Dr. Çağlar ÇUHADAROĞLU Oturum Başkanları: Dr. Elif KURUEFE, Dr. Kadir YILDIRIM	Reflüde Güncel Tedavi ve Nsai/ Asa Kullananlarda Profilaksi Prof. Dr. Cem KALAYCI Oturum Başkanları: Dr. Gökmen ERENDOR, Dr. Zekeriya GÜNDOĞDU
17:30-18:15	Başarı Hikayeleri... Ecz. Berat BERAN	
1 KASIM 2024, CUMA		
	A SALONU	B SALONU
08:30-09:20	Yaş Almanın Ödülleri Nelerdir? Yeni 40, Yeni 60 Kavramları ve Sağlıklı Yaş Almak Doç. Dr. Rabia NAZİK EKİNCİ Oturum Başkanları: Dr. Bekir YILDIRIM, Dr. Funda DÜVEN	Session Chair: Prof. Dr. Hüseyin CAN Cervical Cancer Prevention and HPV Vaccination Prof. Dr. Goran DİMİTROV Dr. Onur DIKA
09:20-09:30	KAHVE ARASI	
	A SALONU	
09:30-10:15	UYDU SEMPOZYUMU Her Nefeste Sağlık: Burun Tıkanıklığı Yönetimine Multidisipliner Yaklaşım Prof. Dr. Fikret KASAPOĞLU, Prof. Dr. Ayper SOMER	

14. Uluslararası Katılımlı 1. Uluslararası Aile Hekimliği Kongresi AHEKON 2024
(14th With International Participation 1st International Family Medicine Congress)

10:15-10:45	KAHVE ARASI		
	A SALONU	B SALONU	
10:45-11:30	Çocukluk Çağı Enfeksiyon Hastalıkları Yönetimi Prof. Dr. Dilek YILMAZ Oturum Başkanları: Dr. Kemal NOYAN, Dr. Arzu YILMAZ	Session Chair: Prof. Dr. Hüseyin CAN - For a Safer Ramadan for People with Diabetes Prof. Dr. Mohamed HASSANEIN - When to refer my patient with diabetes to a diabetologist? Prof. Dr. Mehmet Akif BÜYÜKBEŞE	
11:30-11:45	KAHVE ARASI		
	A SALONU		
11:45-12:30	UYDU SEMPOZYUMU 5 Soru Tek Cevap: Devit-3 Doç. Dr. Hamit YILDIZ		
12:30-14:00	ÖĞLE YEMEĞİ		
14:00-14:45	UYDU SEMPOZYUMU Nimenrix ile Tam Zamanında ve Uzun Süreli Koruma Doç. Dr. Feyza Umay KOÇ		
	A SALONU	B SALONU	C SALONU
14:45-15:30	Aile Hekimliği Pratiğinde Üriner İnkontinansa Yaklaşım Prof. Dr. Cüneyd ÖZKÜRKÇÜGİL Oturum Başkanları: Dr. Hümevra GÜZEL, Dr. Meriç ÖĞRETMEN İSTİF	Aile Hekimliği Pratiğinde Gebelik Takibi-Riskli Gebelikler Prof. Dr. Özhan ÖZDEMİR Oturum Başkanları: Dr. İsmail TOSUN, Dr. Diler GÜRKAN	Session Chair: Assoc. Prof. Dr. Esra Meltem KOÇ - Home Care in Family Medicine: The Example of Malta Dr. Yanica VELLA - Reimagining care: Enhancing Outcomes through Person-Centered Care Dr. Eva TURK
15:30-16:00	KAHVE ARASI		

	A SALONU	
16:00-16:45	UYDU SEMPOZYUMU Oral, Genital, Tırnak Mantarlarında Özel Aromatik Reçeteler Ecz. Hülya KAYHAN	
	A SALONU	B SALONU
16:45-17:30	Tıpta ve Psikiyatride Dijital Çağ: Gelecekteki Psikiyatrim Bir Robot Olabilir mi? Prof. Dr. Kürşat ALTINBAŞ Oturum Başkanları: Dr. Yıldız ATİK, Dr. Mesut YETKİN	Aile Hekimliği Pratiğinde Jinekolojik Problemlere Yaklaşım Prof. Dr. Özhan ÖZDEMİR Oturum Başkanları: Dr. Derya ATEŞ - Dr. Ayhan KARAGÜL
17:30-18:15	Bir Aile Hekiminin Hikayesi Dr. Halil AKTAŞ	Session Chair: Assoc. Prof. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK - End of Life Care at Home Dr. Marius CIURLIONIS - When to refer my patient with kidney diseases to a nephrologist? Spec. Dr. Matilda IMERAJ - Breast Cancer Screening Spec. Dr. Albiona POCI
2 KASIM 2024, CUMARTESİ		
	A SALONU	B SALONU
08:30-09:20	Aile Hekimliği Pratiğinde Baş Ağrısı Yönetimi Prof. Dr. Necdet KARLI Oturum Başkanları: Dr. Kasım FIRAT, Dr. Esin Ayfer ÇULHA DİLDÖK	Session Chair: Assoc. Prof. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK - Retirement Life and İkigai in Japan Asist. Prof. Dr. İkuko MURAKAMI - Palliative care in Türkiye Assoc. Prof. Dr. Yasemin KILIÇ ÖZTÜRK
09:20-09:30	KAHVE ARASI	

14. Uluslararası Katılımlı 1. Uluslararası Aile Hekimliği Kongresi AHEKON 2024
(14th With International Participation 1st International Family Medicine Congress)

	A SALONU		
09:30-10:15	UYDU SEMPOZYUMU Dermatolojik Hastalıklarda Topikal Tedaviler Prof. Dr. Bilal DOĞAN		
10:15-10:45	KAHVE ARASI		
	A SALONU	B SALONU	C SALONU
10:45-11:30	Aile Hekimliği Pratiğinde Biyolojik Varyasyon ve Preanalitik Hataların Yönetimi: Kapsayıcı Bir Bakış Açısı Prof. Dr. Güzin AYKAL Oturum Başkanı: Dr. Fatih AYKAL	ASM de Acil Yönetimi -Kırmızı Bayraklar Doç. Dr. Mustafa KEŞAPLI Oturum Başkanları: Dr. Ahmet Sefa EYLEVLER, Dr. İbrahim BÖLEK	SÖZEL BİLDİRİ OTURUMU - 6 Oturum Başkanları: Prof. Dr. Hüseyin Can, Doç. Dr. Esra Meltem Koç, Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk, Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer (Sözel bildiri listesi için tıklayınız)
11:30-11:45	KAHVE ARASI		
	A SALONU		
11:45-12:30	UYDU SEMPOZYUMU Prevenar 20 ile Kökleri Sağlam, Genişleyen Kapsam Prof. Dr. Esin ŞENOL		
12:15-14:05	ÖĞLE YEMEĞİ		
	A SALONU		
14:05-14:45	UYDU SEMPOZYUMU Duyuyorum ama Anlamıyorum Uzm. Ody. Erdem KAPLAN Prof. Dr. Mustafa CANKURTARAN		
	A SALONU	B SALONU	

14. Uluslararası Katılımlı 1. Uluslararası Aile Hekimliği Kongresi AHEKON 2024
(14th With International Participation 1st International Family Medicine Congress)

14:45-15:30	Kronik- Akut Ağrılar Prof. Dr. Ayşegül KETENCİ Oturum Başkanları: Dr. Özlem SEZEN, Dr. Burak SUIÇMEZ	Gelişimsel Sorunları olan Çocuğa Yaklaşım Doç. Dr. Sanem KESKİN YILMAZ Oturum Başkanları: Dr. Tuğrul Kadir DÜNDAR, Dr. Mustafa SAĞLAM
15:30-15:50	KAHVE ARASI	
	B SALONU	
15:50-17:15	Vitamin - Takviye Sohbetlerinde En Popüler İlk 11 D, B12, C, Mg, Çinko, Omega3, Sitikolin, Gingko, Nadh-nmn, Kollajen, Melatonin Doç. Dr. Mert EŞME, Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER, Prof. Dr. Mustafa CANKURTARAN Oturum Başkanları: Dr. Ulaş ÇELEBİ, Uzm. Dr. Şükrü Ümit EREN	
3 KASIM 2024, PAZAR		
	A SALONU	
09:00-10:00	Akılcı İlaç Kullanımı Uzm. Dr. Murat ÇEVİK	
10:00-11:00	Uzmanı Danış Prof. Dr. Hüseyin CAN	
11:00-11:15	KAHVE ARASI	

SÖZEL BİLDİRİLER

ORAL ABSTRACTS

S-03 Gebelerin Gestasyonel Diyabet ve Oral Glukoz Tolerans Testi Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Davranışlarının Belirlenmesi

Esra Gündoğdu Öztürk¹, Nilüfer Emre ², Aysun Özşahin ², Tamer Edirne ²

1 D.b.b.halil Çarkıt Aile Sağlığı Merkezi

2 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Amaç: Gebelikte en yaygın görülen medikal komplikasyonlardan biri gestasyonel diyabettir. Gestasyonel diyabet, ‘anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyen, öncesinde diyabeti olan ancak tanısı konulmamış ve gebelik döneminde ortaya çıkan ya da gebeliğin ilerleyen döneminde tanısı konulan karbonhidrat intoleransı’ olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada Denizli ilinde D.B.B. Halil Çarkıt Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı gebelerde; gestasyonel diyabet ve tarama testi olan oral glukoz tolerans testi (OGTT) hakkındaki bilgi düzeyi ve yaklaşımlarını belirlemek amaçlandı. **Yöntem:** Bu çalışma; tek merkezli, tanımlayıcı tiptedir. 1Temmuz 2023 ile 1Şubat 2024 tarihleri arasında D.B.B.Halil Çarkıt Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı, farklı gebelik haftalarında olan, 125 gebe çalışmaya dahil edildi. Sosyodemografik özellikler, gebelik öyküleri, gestasyonel diyabet ve OGTT hakkındaki bilgi düzeyleri ve gestasyonel diyabet taramasını yaptırma durumları ile ilgili 27 sorudan oluşan anket formu kullanıldı. Anketler yüzyüze uygulandı. Veriler SPSS25 paket programı ile analiz edildi. **Bulgular:** Çalışmaya yaş ortalaması 28,31±4,91 olan 125 gebe dahil edildi. Gebelerin %24’ü(n=30) üniversite mezunuydu. OGTT hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen gebeler %41,5 (n=19) lise mezunu gebelerden saptandı(p:0,01). Gelir düzeyine göre gebelerin OGTT yaptırma durumu incelendiğinde, gelir-gider dengesi eşit olan gebelerin OGTT yaptırma oranının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu (%58,5) saptandı (p:0,007). Daha önceki gebeliğinde GDM tanısı konan gebe oranı %7,2 (n=9) olarak bulundu. Ankete katılan gebelerde gebelik haftası ortalaması 22,98 ± 6,6 idi. İlk gebelik yaşı; en düşük:17; en yüksek:35 yaş idi. Daha önce OGTT’yi duymuş olan gebe oranı %75,2(n=94) ve OGTT’nin kaçınıcı gebelik haftasında yapıldığını bilen gebe oranı %40,2(n=51)idi. Gebelik haftası 24.haftadan önce olup; OGTT’yi yaptırmayı düşünen gebe oranı %43,5(n=40); 24.haftanın üzerinde gebelik haftası olup OGTT’yi yaptırmış olan gebe oranı %45,1(n=37) bulundu. OGTT hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen gebe %42,4(n=53) iken; ilgili soruya cevap olarak ‘hayır’ %34,4(n=43); ‘karasızım’ %23,2(n=29) idi. OGTT hakkındaki olumsuz düşüncelere en yüksek oranda verilen cevap :’’Vücuda anlık şeker yüklemesini doğru bulmuyorum ‘’idi(%11,4 n=8). Bebeğine zarar geleceğinden korku duyan gebe %18,9 (n=23) idi (p:0,01). Gebelerin GDM ve OGTT hakkında bilgiye ulaşma kaynağı %86,9 oranla sağlık çalışanları idi. Kendi ve bebeğinin sağlığı için OGTT’nin gerekli olduğunu düşünen gebe oranı %45,6 (n=57)saptandı.Sonuç:Gebelerin OGTTyi yaptırmaları gebenin eğitim düzeyi,gelir düzeyi,önceki gebeliğinde GDM varlığı ve tarama testi ile ilgili yeterli açıklamanın yapılmış olmasıyla ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik,gestasyonel diyabet,oral glukoz tolerans testi,bilgi düzeyi

S-05 Kronik Hastalıklarda İlaç Kullanımında Bilinç ve Sorumluluk

Uzm. Dr. Elif KURT

Akdağmadeni İlçe Sağlık Müdürlüğü / YOZGAT

eliffkurt06@gmail.com

Amaç:

Bu vaka sunumunun amacı, Tip 2 diyabet tedavisinde doğru ilaç dozunun kan şekeri kontrolü üzerindeki etkilerini değerlendirmek, böylece kronik hastalıklarda bilinçli ilaç kullanımının önemini vurgulamak ve birinci ile ikinci basamak sağlık birimleri arasındaki iş birliğinin tedavi süreçlerine katkısını ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem:

52 yaşında kadın hasta, 3 yıl önce Tip 2 diyabet tanısı almıştır. Özgeçmişinde hipertansiyon ve hiperlipidemi tanıları da bulunan hastanın soy geçmişinde annede Tip 2 diyabet, babada hipertansiyon öyküsü mevcuttur. Hastanın diyabet tedavisi, süreçteki kontrolleriyle iç hastalıkları uzmanınca metformin+sitagliptine (dpp-4 inh.) yükseltilmiştir. Tedavisi bu şekilde süren hasta, birinci basamağa başvurusunda evde kan şekeri ölçümlerinin yüksek olduğunu belirtmiş, kullandığı ilaçlar aile hekimi tarafından yeniden değerlendirildiğinde iç hastalıkları tarafından ilacının 2x1 reçete edildiği halde hastanın yaklaşık 4 aydır 1x1 dozda kullandığı fark edilmiştir. Bunun üzerine doz düzenlemesi önerilmiş ve hasta ikinci basamağa yönlendirilmiştir. Obezitesi de olan hastaya (BKİ:32) yaşam tarzı değişiklikleri önerilerinde bulunularak diyetisyen yönlendirmesi yapılmıştır. Hastanın ikinci basamağa başvurusunda tedavi dozu 2x1 olarak yeniden düzenlenmiştir. Bu ziyarette ölçülen HbA1c'si ise 8.1 olarak saptanmıştır.

Bulgular:

Düzenleme sonrası ilacı 2x1 dozda kullanan ve bu süreçte yaşam tarzı değişiklikleriyle 8 kilo veren hastanın 4 ay sonraki iç hastalıkları hekimi kontrolünde HbA1c düzeyinin 6.5'e gerilediği gözlemlenmiştir.

Sonuç:

Çalışmalar, ilaç ve tedaviler ile yaşam tarzı değişikliklerinin HbA1c düzeyleri üzerinde farklı etkinliklerini göstermektedir. Ancak vakamızda hasta, ilacını uygun dozda kullanmadığı için HbA1c seviyeleri hedeflenen düzeylere ulaşamamıştır. Öte yandan, hasta eğitimi ve sağlık birimleri arasındaki iş birliği, doğru doz ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleriyle kilo kaybını teşvik ederek olumlu katkı sağlamış; hasta ve hekim arasında paylaşılan ortak sorumluluk, tedavi sürecinin etkinliğini artırmıştır. Aile hekimlerinin, etkili hasta-hekim ilişkisinin yanında hasta savunuculuğunu üstlenerek ileri basamak tedavilere rehberlik ve koordinasyon sağlamadaki rolü de bu vaka ile bir kez daha ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak, bu vaka, Tip 2 diyabet tedavisinde doğru ve bilinçli ilaç kullanımının hasta sonuçları üzerindeki belirleyici etkisini göstermektedir. Yanlış doz kullanımı tedavi sürecini zorlaştırabilirken, doğru

doz uygulamasıyla hem kan şekeri kontrolü sağlanmış hem de ek müdahalelerin önüne geçilmiştir. Ayrıca, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki iş birliğinin, hasta tedavi süreçlerinde oynadığı etkin rol ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 Diyabet, Doğru İlaç Kullanımı

S-05 Awareness and Responsibility in Medication Use for Chronic Diseases

Aim:

This case report aims to evaluate the effects of appropriate drug dosage on blood glucose control in the treatment of Type 2 diabetes, thereby emphasizing the importance of appropriate drug use in chronic diseases and highlighting the contribution of collaboration between primary and secondary healthcare units to the treatment process.

Materials and Methods:

A 52-year-old female patient was diagnosed with Type 2 diabetes three years ago. Her medical history includes hypertension and hyperlipidemia, and her family history reveals Type 2 diabetes in her mother and hypertension in her father. The patient's diabetes treatment was escalated to metformin + sitagliptin (DPP-4 Inh.) by the internal medicine specialist during follow-up visits. During a visit to the primary healthcare unit, the patient reported high home blood glucose measurements. Upon reassessment by the family physician, it was discovered that although her medication was prescribed as 2x1 by the internal medicine specialist, she had been taking it as 1x1 for approximately four months. A dosage adjustment was recommended, and the patient was referred to secondary care. Given her obesity (BMI: 32), lifestyle modifications were suggested, and she was referred to a dietitian. During her visit to the secondary care unit, her treatment dosage was adjusted to 2x1. Her HbA1c level measured during this visit was found to be 8.1.

Findings:

Following the dosage adjustment, the patient adhered to the 2x1 medication regimen and lost 8 kilograms through lifestyle changes. At her four-month follow-up with the internal medicine specialist, her HbA1c level had decreased to 6.5.

Conclusion:

Studies show the differing impacts of medications and lifestyle changes on HbA1c levels. However, in this case, the patient's failure to use her medication at the correct dosage prevented her HbA1c levels from reaching target levels. On the other hand, patient education and collaboration between healthcare units have made a positive contribution by promoting weight loss through appropriate drug dosing and lifestyle modifications; the shared responsibility between the patient and physician has enhanced the effectiveness of the treatment process. This case further emphasizes the critical role of family physicians in fostering effective patient-physician relationships, advocating for patients, and providing guidance and coordination for advanced treatments.

In conclusion, this case demonstrates the decisive impact of correct and conscious drug use on patient outcomes in the treatment of Type 2 diabetes. While incorrect dosing can complicate the treatment process, appropriate dosing has enabled blood glucose control and prevented the need

for additional interventions. Moreover, the effective collaboration between primary and secondary healthcare services has been shown to play a vital role in patient treatment processes.

Keywords: Type 2 Diabetes, Appropriate Drug Use

References:

1. Makrilakis, K. (2019). The role of DPP-4 inhibitors in the treatment algorithm of type 2 diabetes mellitus: when to select, what to expect. International journal of environmental research and public health, 16(15), 2720.
2. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu - 2024,
<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetesmellitus2024.pdf>, erişim tarihi 24.09.2024
3. WONCA Europe, (2023). The European Definition Of General Practice / Family Medicine. WONCA EUROPE 2023 Edition
[https://www.woncaeurope.org/file/0dce3f9f-e60f-4416-b257-4698590bd0c9/WONCA_European_Definitions_2_v7%20\(1\).pdf](https://www.woncaeurope.org/file/0dce3f9f-e60f-4416-b257-4698590bd0c9/WONCA_European_Definitions_2_v7%20(1).pdf)

S-06 Anevrizmal Subaraknoid Kanamalarda Hiponatremi

Ömer Şahin¹, Ayhan Tekiner², Mehmet Akif Bayar²

1 Beştepe Devlet Hastanesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

2 Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Beyin Ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

Hiponatremi gelişmesi, hasta morbiditesini ve mortalitesini etkileyen önemli bir faktördür. Hiponatremi, subaraknoid kanama hastalarının yaklaşık %10-34'ünde görülür ve genellikle hipovolemi, ozmotik diürez, hipotalamik disfonksiyon ve artmış ölüm oranlarına yol açabilen serebral tuz kaybıyla ilişkilidir. Bu çalışma, anevrizmal subaraknoid kanama sonrası hiponatremi ve serebrovasküler spazm arasındaki ilişkiyi araştırmaktadır. Çalışmamızda, 1993 ve 2005 yılları arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniğinde tedavi edilen spontan subaraknoid kanama ve intrakraniyal anevrizmal subaraknoid kanaması gelişen hastalarının verilerini analiz ettik. Temel bulgularımız arasında hiponatremik hastaların %85,2'sinin şiddetli vazospazm yaşadığıdır. Karşılaştırdığımızda hiponatremik hastalarda (%30,8) hiponatremik olmayan hastalara (%25) kıyasla daha yüksek bir mortalite oranı olduğunu tespit ettik. Çoğu anevrizma, hiponatremi prevalansının %48,1'e ulaştığı ön serebral arterde (ACA) yerleşmiştir. Hiponatremi başlangıcı genellikle kanamadan sonraki 6 ila 15. günler arasında meydana gelir ve en şiddetli vakalar Fisher derece 3 kanamada görülür. Vazospazm derecesi ile hiponatremi arasında açık bir korelasyon vardı ve Tip 1 vazospazm en yüksek hiponatremi insidansını (%59) göstermektedir. Sonuç olarak, subaraknoid kanamalı hastalar için serum sodyum seviyelerinin günlük olarak izlenmesi önemlidir çünkü hiponatreminin hızlı bir şekilde tanımlanması ve tedavisi ciddi komplikasyonları önleyebilir ve hasta sonuçlarını iyileştirebilir. Hiponatremi ve vazospazmın altında yatan nedenleri anlamak, etkilenen bireylerde morbidite ve mortaliteyi azaltmaya yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: hyponatremi, anevrizma, kanama

S-07 Basınç Yarası Olan Hastalara Bakım Verenlerin Stres Düzeyi

Ayça Asma Sakallı¹

1 Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi

Giriş: Yatak yarası veya dekübit ülseri olarak da bilinen basınç yaraları etkilenen bölgeye uzun süreli basınç uygulanması sonucu ortaya çıkan deri ve deri altı yaralanmalarıdır. Genellikle kronik hastalığı olan, immobil hasta grubunda görülen morbidite ve mortalitesi yüksek bir patolojidir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında basınç yaralarının önlenmesi eğitimi, basınç yarası tedavi ve takibi yapılmaktadır. Hasta ve bakım verenleri etkileyen bu durum; bakım yükünü artırmakta, sosyal, psikolojik, ekonomik ve fiziksel açıdan olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada bakım verenlerin stres düzeyinin tespit edilmesi ve yüksek stres düzeyi olan kişilerin saptanması ile streslerini azaltacak çözümlerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Yöntem: Araştırma prospekif, kesitsel olarak Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesinin evde sağlık hizmetlerine kayıtlı basınç yarası olan hastaların bakım vericileri üzerinde yürütüldü. Güncel olarak tedavisi devam eden 48 basınç yaralı hasta tespit edildi. Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmamış olup, evrenin tümü araştırmanın örneklemini oluşturdu. “Hasta ve Bakım Verici Tanıtım Formu” ve Bakım Veren Stres İndeksi (BVSİ) veri toplama aracı olarak kullanıldı. Veriler ev ziyaretleri sırasında, yüz yüze görüşme ile toplandı. Hastanın basınç yarasının evresi ve konumu araştırmacı tarafından kaydedildi. Bulgular: Çalışmaya katılan 48 bakım vericinin yaş ortalaması 49,06 idi ve %79,2’si (n=38) kadındı. Çalışmaya katılan 48 hastanın yaş ortalaması 79,58 idi ve %70,8’i (n=34) kadındı. Bakım vericilerin Basınç yarası en sık sakrumda (%44,3), ardından topuk (%19,7) ve trokanter bölgede (%14,8) izlendi. BVSİ puan ortalaması 6.75 ± 2.83 bulunmuştur. BVSİ puanı, bakım verenin kiminle yaşadığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.001$). Basınç yarası evresi ve BVSİ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ($F=11.800, p < 0.001$). Hastanın immobilité süresi ve BKSİ puanı arasında zayıf negatif bir ilişki vardır ($\rho: -0.377, p: 0.008$). Sonuç: Basınç yarası olan hastaların bakım vericilerinin stres düzeyi yaranın evresi, bakım vereninin birlikte yaşadığı kişi ve hastanın immobilité süresi ile ilişkilidir. Bu çalışmada sadece hasta ile birlikte yaşayan ve kısa süre önce immobil olmuş hastaların bakım vericilerinde daha yüksek stres riski saptandı. Bu özelliklere sahip olan bakım vericilere psikososyal destek sağlanması, bakım verici ve evde sağlık hizmetleri ekibi arasında işbirliği kurulması ve hasta bakımının iyileştirilmesini sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Bası ülser, dekübit ülseri, psikolojik stres

S-07 Stress Level of Caregivers of Patients with Pressure Injuries

Introduction: Pressure sores, also known as bedsores or decubitus ulcers, are skin and subcutaneous injuries caused by prolonged pressure on the affected area. It is a pathology with high morbidity and mortality, usually seen in immobile patients with chronic diseases. Within the scope of home health services, pressure sore prevention education, pressure sore treatment and follow-up are carried out. This situation, which affects patients and caregivers, increases the burden of care and negatively affects social, psychological, economic and physical aspects. In this study, it is aimed to determine the stress level of caregivers and to identify people with high stress level and to develop solutions to reduce their stress.

Method: The study was conducted cross-sectionally on the caregivers of patients with pressure sores registered to the home health services of Balıkesir Atatürk City Hospital. Forty-eight pressure sore patients with ongoing treatment were identified. No sampling method was used in the study, and the entire population constituted the sample of the study. 'Patient and Caregiver Introduction Form' and Caregiver Strain Index (CSI) were used as data collection tools. Data were collected by face-to-face interviews during home visits. The stage and location of the patient's pressure sore were recorded by the researcher.

Results: The mean age of 48 caregivers was 49.06 years and 79.2% (n=38) were female. The mean age of the 48 patients who participated in the study was 79.58 years and 70.8% (n=34) of them were female. Pressure sores were most commonly observed in the sacrum (44.3%), followed by the heel (19.7%) and trochanter region (14.8%). The mean CSI score was 6.75 ± 2.83 . CSI score showed a significant difference according to who the caregiver lived with ($p < 0.001$). There is a statistically significant difference between pressure sore stage and CSI score ($F=11.800, p < 0.001$). There is a weak negative correlation between the duration of immobility and CSI score ($\rho: -0.377, p: 0.008$).

Conclusion: The stress level of caregivers of patients with pressure injury is associated with the stage of the wound, the person with whom the caregiver lives, and the duration of immobility of the patient. In this study, a higher stress risk was found only in caregivers who lived with the patient and who were recently immobilised. Providing psychosocial support to caregivers with these characteristics, establishing co-operation between the caregiver and the home health care team and improving patient care can be provided.

Keywords: Pressure ulcer, decubitus ulcer, psychological stress

**S-08 Allgrove (Triple A) Sendromu: Bir İlçe Devlet Hastanesi Aile Hekimliği
Polikliniğinde Tani Alan İki Bağımsız Olgu**

Zeynep Durukal Salihoğlu¹

1 Korkut Devlet Hastanesi

ÖZET Allgrove(Triple A) Sendromu Alakrimi, Akalazyza ve Adrenal Yetmezlik birlikteliğiyle seyreden,nadir görülen ve az bilinirliği nedeniyle atlanma veya geç tanı alma olasılığı yüksek bir multisistem hastalığıdır. Zamanında tanı almamış bir hastayla adrenal kriz nedeniyle ölümcül bir tablo içinde karşılaşılabilir. Tüm hekimlerle birlikte aile hekimlerinin bu sendromu ve semptomlarını tanıması gecikmiş tanı ve ölümcül komplikasyonların önlenmesi açısından önem arz etmektedir. GİRİŞ Allgrove sendromu üç temel bulgusu olan Alakrimi Akalazyza ve Adrenal yetmezliğin bir arada görüldüğü ve beraberinde mental gerilik, hipernazal konuşma ve nörolojik bozuklukların eşlik edebildiği otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Sendromun sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte yaklaşık 1/1milyondur. Alakrima sıklıkla erken bebeklik döneminde farkedilen ilk bulgudur. Akalazyza değişen seviyelerde yutma güçlüğü ile geç ergenliğe kadar tespit edilebilir. Adrenal yetmezlik ise yaşamın ilk yirmi yılında ciddi belirti göstermeyebilir. OLGU 1: 20 Yaş kadın hasta ellerde uyuşma ve avuç içi derisinde kalınlaşma şikayetleri ile başvurdu. Hastada hipernazal konuşma ve hafif mental gerilik farkedilmekte idi. Özgeçmişte tonsillektomi, akalazyza ameliyatı vardı. Anamnezde hastada doğuştan gözyaşı yokluğu olduğu öğrenildi. Diğer 2 kardeşte de izole olarak gözyaşı yokluğu mevcuttu. Anne baba arasında 1.derecede akrabalık olduğu öğrenildi. kas gücü zayıflığı, halsizlik ve çabuk yorulma mevcuttu. Ayrıca tansiyonu hep düşüktü ve areolar bölgede koyulaşma görüldü. OLGU 2: İlk olgudan 4 Ay sonra polikliniğimize annesiyle birlikte başvuran 20 yaş kadın hasta halsizlik, baş dönmesi, gözlerde kararma şikayetleri olduğunu belirtti. Hipernazal konuşma dikkat çekiciydi. İlk olguyla benzer şekilde hafif mental gerilik farkediliyordu ve aynı şekilde gözyaşı olmadığı öğrenildi. 9 yaşında mide kapağından(akalazyza) ameliyat olmuştu ancak yutkunma güçlüğü hala devam ediyordu. Anne baba arasında akraba evliliği yoktu. Olguların her ikisinde de sabah 8.00 kortizol değerinin düşük olduğu görüldü ve literatür taraması sonrası Allgrove Sendromu ön tanısıyla endokrinolojiye yönlendirilerek ACTH dirençli adrenal yetmezlik teyit edildi. Dış merkezde genetik uzmanına yönlendirildi. Tanı genetik olarak da doğrulandı. SONUÇ Aile Hekimliği poliklinikleri yaş cinsiyet ve hastalık farketmeksizin her türlü hastanın çoğu zaman ilk başvuru yeri olmaktadır. Bu ayrışmamış hasta popülasyonuna insidans ve prevalansa dayalı karar verilmesi beklenmektedir. Bununla birlikte bütüncül yaklaşım ışığında iyi anamnez, detaylı fizik muayene ve literatür okuması eşliğinde oluşan şüphe yıllarca tanı almamış bir hastanın bir Aile Hekimliği Polikliniğinde tanı almasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Allgrove, Triple A, Akalazyza, Alakrimi, Adrenal Yetmezlik

S-09 Sigara İçen Bireylerde Artmış Serum Kinürenin Düzeyleri

Mustafa Onmaz¹, Duygu Eryavuz Onmaz², Nur Demirbaş³, Ruhuşen Kutlu³, Ali Ünlü⁴

1 Karatay No 72 Fetih Aile Sağlığı Merkezi, Konya, Türkiye

2 Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Balıkesir,
Türkiye

3 Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya,
Türkiye

4 Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), her yıl tütün kullanımına bağlı olarak yaklaşık 8 milyon kişinin öldüğünü ve bunlar arasında pasif olarak sigara dumanına maruz kalan ve 1,3 milyon sigara içmeyen kişininde yer aldığını bildirmiştir. Sigara içmenin romatoid artrit, multipl skleroz ve inflamatuvar bağırsak hastalığı dahil olmak üzere birçok inflamatuvar hastalığın patogeneziyle ilişkili olduğu yapılan çeşitli çalışmalarla gösterilse de sigara kimyasallarının etki mekanizmaları henüz tam olarak aydınlatılamamış olup yapılan çalışmalarda çelişkili bulgular mevcuttur. Son yıllarda giderek artan sayıda çalışma kinürenin yolağının enflamatuvar hastalıklardaki rolünü ortaya koymuştur. Triptofanın kinürenine metabolizmasından sorumlu olan İndolamin 2, 3 dioksijenaz (IDO) enziminin proenflamatuvar sitokinlerin etkisiyle enflamatuvar koşullarda indüklenmektedir. Kinürenin/Triptofan oranı IDO enzim aktivitesinin dolayısıyla enflamatuvar yükün dolaylı bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Dolayısıyla bizim bu çalışmadaki amacımız sigara içen bireylerde serum triptofan ve kinürenin düzeylerinin ölçerek sigara tüketiminin enflamatuvar hastalıkların patogenezindeki etki mekanizmalarının aydınlatılmasına katkıda bulunmaktır. Çalışmaya Aile Hekimliği Polikliniđine rutin kontrol için başvuran 82 sigara içen birey ve 63 kontrol dahil edildi. Serum triptofan ve kinürenin konsantrasyonları tandem kütle spektrometrisi ile ölçüldü. Sigara içen grupta kinürenin/triptofan oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti [0.06 (0.02-0.24) vs 0.03 (0.01-0.06) (p<0,001)]. Bulgularımız sigara içen bireylerde triptofanın kinürenin yolağı aracılı metabolizmasının indüklendiğini göstermektedir. Bulgularımız bir ön çalışma niteliğinde olup bundan sonraki aşamada çalışma grubumuzda kinürenik asit, 3-hidroksikinürenin, 3-hidroksiantranilik asit, kinolinik asit gibi diğer kinürenin yolağı metabolitlerinin ve rutin enflamasyon göstergelerinin de araştırılarak ileri çalışmalar yapılması planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sigara, triptofan, kinürenin, enflamasyon

S-10 Aile Hekimlerinin Astım Hastalığının Yönetimi ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

İsmail Cifçi¹, Umut Gök Balcı²
1 İzmir Karabağlar 27 Nolu Asm
2 İzmir Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

Amaç: Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerinin astım yönetimi ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmektir. Çalışmamızda hekimlerin astım yönetiminde temel kılavuzları takip etme düzeyleri, kılavuzların içeriği hakkında bilgi durumları, kılavuzlara uyum ve astım yönetimine bakış açılarını görmeyi hedefledik. **Giriş:** Astım, semptomların kontrolü ve alevlenmelerin önlenmesi için dikkatli yönetim gerektiren kronik bir hastalıktır. Klinik uygulama kılavuzları, astım tanı ve tedavisi için kanıta dayalı öneriler sunmaktadır. Ancak bu kılavuzlara uyum ve hasta yönetimi aile hekimleri arasında değişkenlik göstermektedir. Astım yönetiminin birinci basamaktaki yansımaları görmek ve hekim yaklaşımlarını değerlendirmek, olası eksiklikleri saptayarak bu hastalığın tanı, tedavi ve takip süreçlerini iyileştirecek uygulamalara katkı sağlayacaktır. **Yöntem:** Kesitsel analitik tipteki çalışmamızın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanmış online anket yöntemiyle toplanmıştır. Ankette katılımcıların demografik bilgilerine ek olarak; Astım kılavuzlarını takip etme düzeyleri, GINA 2024 kılavuzu referans alınarak hazırlanmış bilgi soruları ve (tanı testleri, ilaçlar, basamak tedavisi, cihaz kullanımı, komorbidler, takip yöntemleri) Tutum soruları (tanı, tedavi, ilaçlar, takip, atak yönetimi, ihtiyaçlar) yer almaktadır. **Ön Bulgular:** Çalışmada veriler toplanmaya devam etmektedir. Mevcut haliyle 201 aile hekimi çalışmaya katılmıştır. Hekimlerin %72,1'i son bir yıl içinde astım yönetiminde kullanılan herhangi bir klinik kılavuzu takip etmediğini bildirirken, yalnızca %37,8'i GINA Astım kılavuzunda belirtilen basamak tedavisini biliyordu. Hekimlerin %68,2'si astım tanısında peakflowmetri de kullanıldığını belirtmekte. Astımda kurtarıcı ve idame tedavide inhale kortikosteroid+ formeterol kullanımı %76,6 oranında biliniyordu. Hekimlerin sadece %12,9'u astım kontrolünü pratik olarak Astım Kontrol Testi ile değerlendirilebileceğini düşünüyor en büyük kesim sadece atak sayısına bakılabileceğini düşünüyordu. Rahatlatıcı inhaler ilaç/SABA kullanımı %90 hekim tarafından kontrolsüz astım olarak değerlendirilmişti. Hekimlerin sadece %27,4'ü astım tanısı koymada, %15,4'ü de tedavi düzenlemede kendine güveniyordu. Hekimlerin %22,9'u astımın birinci basamakta tedavi edilmesi gerektiğini düşünürken, %63,2 si hasta takibi ve ilaç değişiminde aktif rol almıyordu. **Sonuç:** Çalışmamız mevcut veriler sonucunda özellikle astım yönetiminde kılavuzları takipte eksiklikler olduğunu ve tanı testlerinde peakflowmetrinin kullanımının yeteri kadar bilinmediğini göstermiştir. Hekimlerin astım yönetiminde kendilerini yeterli hissetmediklerini, yeteri kadar aktif rol almadıklarını ve bu konuda eğitim ihtiyaçlarının olduğunu göstermiştir. Kılavuz kullanımının yaygınlaştırılması, başta birinci basamakta kullanılmak üzere alanın gereklilikleri ve şartlarına uygun kılavuzların geliştirilerek bu konudaki engellerin giderilmesi ve tanı araçları ile ilaç kullanımı hakkında eğitimlerin artırılması birinci basamakta astım yönetiminin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Astım yönetimi, aile hekimliği, klinik uygulama kılavuzları

S-10 Evaluation of Family Physicians' Knowledge and Attitudes Regarding the Management of Asthma

İsmail Cifçi¹, Umut Gök Balcı²

Objective: This study aims to evaluate family physicians' knowledge and attitudes toward asthma management. Specifically, we sought to assess their adherence to guidelines in asthma management, their knowledge of the content of these guidelines, their compliance with the recommendations, and their perspectives on asthma care.

Introduction: Asthma is a chronic disease that requires meticulous management to control symptoms and prevent exacerbations. Clinical practice guidelines provide evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of asthma. However, adherence to these guidelines and patient management practices can vary among family physicians. Evaluating the reflection of asthma management in primary care and assessing physicians' approaches can help identify potential gaps and contribute to improving the diagnosis, treatment, and follow-up processes of this condition.

Methods: This cross-sectional analytical study collected data using an online questionnaire developed by the researchers. In addition to demographic information, the survey included questions about the level of adherence to asthma guidelines, knowledge-based questions derived from the GINA 2024 guidelines (diagnostic tests, medications, stepwise treatment, device usage, comorbidities, follow-up methods), and attitude questions (diagnosis, treatment, medications, follow-up, exacerbation management, needs).

Preliminary Findings: Data collection is ongoing. Currently, 201 family physicians have participated in the study. Among them, 72.1% reported not following any clinical guidelines for asthma management in the past year, while only 37.8% were aware of the stepwise treatment outlined in the GINA Asthma guidelines. Additionally, 68.2% of physicians indicated that peak flowmetry is used in asthma diagnosis. The use of inhaled corticosteroid + formoterol for both rescue and maintenance therapy was recognized by 76.6% of participants. Only 12.9% of physicians considered using the Asthma Control Test (ACT) to practically assess asthma control; the majority relied solely on the frequency of exacerbations. High doses of reliever inhalers/SABA use were identified as uncontrolled asthma by 90% of physicians. Only 27.4% of participants felt confident in diagnosing asthma, and 15.4% felt confident in managing treatment. Additionally, 22.9% believed asthma should not be treated in primary care, and 63.2% did not take an active role in patient follow-up or medication adjustments.

Conclusion: Our preliminary findings reveal significant deficiencies in adherence to asthma management guidelines, including limited awareness of the use of peak flowmetry in diagnostic tests. Physicians reported feeling inadequate in asthma management, with limited active engagement and a clear need for further education on this topic. Expanding the use of guidelines, developing primary care-specific guidelines tailored to the field's requirements and conditions, and increasing educational initiatives on diagnostic tools and medication use could significantly contribute to improving asthma management in primary care.

POSTER BİLDİRİLER

POSTER ABSTRACTS

P-02 Almanyada Aile Hekimi Olmak

Sevinç Yılmaz Yeltekin¹

1 Mutlukent Asm

Bu bildiri 12. ankakon kongresinde 5 ekim 2024 de sözel bildirilerde sunulmuştur. Almanyada aile hekimi olmak Amaç: hiç Almanyada aile hekimlerinin çalışmalarını tanımlayabilmek Yöntem: Almanyada çalışan bir Aile hekimini yerinde görerek röportaj yaptık. Giriş; Almanyaya 1996 yılında göçen bir hekim arkadaşımızla röportaj yaptık. Gelişme: Almanyaya 1996 yılında gittim. 1991 yılında Hacettepe İngilizce tıptan mezun olmuştum. Almanyaya giderek orada çalışmaya karar vermem de en büyük etken Türkiye'deki torpil olayları ve haksızlıklar olmuştur. Almanyaya gitmeye karar verip araştırmalara başlayınca Almanyada yaşayan Alman vatandaşı olan bir Türk genç kızla tanıştım ve onunla evlenerek Almanyaya taşındım böylece Almanyada yaşamam daha kolay oldu eşim çalışıyordu mali desteği desteği eşimden kazanıyordum. Ayrıca bence hekim dışı işlerde çalışmaya başlamıştım. Almanca kursa aldıktan sonra B iki seviyesinde Almanca mı geliştirdikten sonra Almanyada tıp fakültesi'nde, diplomamın ve derslerden aldım notların Almanca çevirisini yaparak üniversiteye verdim ve aile hekimliği ihtisasımı da Almanyada tamamladım. Almanyada çalışma hakkını elde etmiştim. Uzmanı olarak çalışmaya başladım. Aile hekimliği de şimdi kendime ait birimim var. Bu birimde işlerim yoğun olduğu için bir başka Ekim arkadaşı çalıştırabiliriz, yetkimiz var. Ayrıca yanımda 5 tane sağlık çalışanı daha var ebe, hemşire tıbbi sekreter gibi. Aile sağlığı merkezinin binasını satın aldım revizyonunu yaptırdım. 2000'e yakın hasta takip ediyorum. bu Almanyaya için üst bir sayı. Merkezimizde EKG Efor ile EKG çekip yorumlarız. laboratuvar için kanları alıp, laboratuvara yollarız. Muayene yapar ve tedavilerini veririz. Her bir muayene için sosyal güvenlik kuruluna başvuru yapılır ve 50 euro ücret ödenir. İkinci de ücret 25 Euro düşüyor. Her sevk karşılığında bize mektup yazarak sonucu bildirir, sevk ettiğimiz hekim biz de bunları bilgisayara işleriz. Mesaimizi ayarlayarak esnek mesai yapabilir, bazı günler yarım gün çalışılabilir , mühürlüğe bildirerek. Sonuç: Almanyaya diplomanızı ve transkripti almancaya çevirerek eyaletlerin tabip odalarına başvurarak kabul aldığınızda B2 düzeyinde Almanca da biliyorsanız Almanyada çalışabilir.

Anahtar Kelimeler: AİLE HEKİMİ ALMANYA

P-02 Becoming a family doctor in Germany

Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

Purpose: In this article, how family physicians work in Germany is discussed.

Method: In September 2024; an interview is conducted with a family physician who works in Germany.

Introduction: We interviewed a physician friend of ours who immigrated to Germany in 1996. First of all, we went to Germany or Frankfurt with our own means in September 2024. We wanted to meet with a physician of Turkish origin who works as a Family Physician in Germany. We went to the city of Viersen for an interview.

This doctor we met is a specialist who we met when we were Medicine students in Turkey. The doctor's initial is Ç.Ö and he currently runs the Family Medicine Clinic in Viersen, Germany. We visited his clinic. We examined each work area one by one. In the interview, the following questions were asked. What do Family Physicians do in Germany? What are the working hours? What is their post-graduation education like? How is the Family Medicine Clinic financed in Germany? How do Family Physicians make money? We asked these questions to our doctor friend. We would like to share the information we received in this poster.

Development:

Dr.Ç.Ö told us:

"I went to Germany in 1996. I graduated from Hacettepe University Department of Medicine (English) in 1991. The biggest factor that made me decide to go to Germany and work there was the turmoil and injustice in Turkey. When I decided to go to Germany and started researching, I met a young Turkish girl who was a German citizen living in Germany, and I married her and moved to Germany. So, it was easier for me to immigrate to Germany. My wife was working and she was supporting me financially. I also started working in non-physician jobs. After taking a German course; I received a B2 certificate in German. I made my diploma and transcript translated into German and gave them to the medical school in Germany. Later on, I started family medicine specialist training. I completed my Family Medicine Specialization Training in Germany. Each State issues a work permit separately. I also applied to the German Medical Chamber and received permission from there. These were compulsory permissions to work. For working as a physician in Germany, I had to get those permissions. After that, I had right to work in Germany. I started working as a Family Medicine Specialist. I now have my own unit in family medicine. Since I follow a lot of patients in this unit, I can employ another physician friend. When we start following more than 800 patients, we are given the right to employ another physician, we have the authority. I also have 5 more healthcare workers with me. Such as nurses, medical secretaries and laboratory assistants. I bought the building of the family health center and had it renovated. This flat, which is 200 square meters, has 2 doctor's examination rooms, an Ultrasonography room, an ECG and Stress ECG room, a laboratory room, a rest room for nurses, waiting rooms for our patients, and 4 rooms for patients and staff. There is one toilet. I get everywhere maintained and painted.

I follow nearly 2000 patients. This is an upper number for Germany. At our center, we take ECG and ECG and interpret them. We take the blood required for the examination and send it to the laboratory with which we have a contract. We examine and give treatments. For each

examination, an application is made to the social security institution and a fee of 50 euros is charged. In the second application, the social security institution fee decreases by 25 Euros. In return for each referral, they write us a letter and inform us of the results. We, together with my staff, process these into the computer. We can work flexibly by adjusting our working hours. Some days we can work part-time. We report our work plan to the Health Directorate. Every month we are paid a payment for basic expenses. Apart from this, insurance institutions pay us 50 euros for each patient we examine. I pay 2500 euros salary and insurance to the nurses working with me. "I pay 10,000 euros to the doctor I work with."

Result: If you want to work as a physician in Germany, firstly your diploma and your transcript must be translated into German. Secondly, you must receive a B2 level in German. And lastly, you shall apply to the Medical Chambers of the states and the State Government offices with these documents for the work permit.

P-03 Korkuyorum

Sevinç Yılmaz Yeltekin¹

1 Mutlukent Asm

Amaç:Aile sağlığı merkezleri korunaksızdır.Bu konuya dikkat çekmek ve çözüm üretebilmek.
Giriş: Aile Hekimleri ve aile sağlığı çalışanları neredeyse hergün saldırıya uğramaktadır.sözel ve fiziksel şiddet çalışanların korkmasına neden olmaktadır.Motivasyon kaybı yaşanmaktadır. Depresyon ve diğer sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. Yaralanmalar ve ölümler sonuçlanmaktadır. Gelişme Bu örnekler son 1-2 ay içinde yaşanan birinci basamaktaki saldırıları içermektedir.Geriye dönük tarandığında çok fazla sayıda olgu vardır. Örnek 1: 29 Temmuz 2024 de saat 15.30 sıralarında, Ortakent Mahallesi 12 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde meydana geldi. İstanbul'da yaşayan ve ailesiyle tatile gelen Engin Seymen, yüksek ateş şikayetiyle eşi H.S.'yi kız kardeşi Ö.S.A. ile aile sağlığı merkezine götürdü. Misafir girişi yaptıktan sonra Engin Seymen, içeride hastası olan Dr. Mustafa Hürkal Tezvar'ın muayene odasına girdi. Tezvar, iddiaya göre, Engin Seymen'e, ateşi olan eşini hastaneye götürmesini söyledi. Seymen ise eşinin burada tedavi edilmesini isteyip, doktoru kolundan çekti. Çıkan tartışmada Dr. Tezvar ile Seymen arasında arbede yaşandı. Odaya giren diğer hasta yakınları ile merkezde çalışan personel kavgayı sonlandırdı. Olay sırasında fenalaşan Tezvar, yere yığıldı. Tezvar'a ilk müdahaleyi mesai arkadaşları yaparken, ihbarla aile sağlığı merkezine ambulans ve polis ekibi sevk edildi. Sağlık görevlilerinin kalp masajı yaptığı Dr. Tezvar, özel hastaneye kaldırıldı. Örnek 2: Mersin Ayışığı ASM de askerlik muayenesi için gelen hasta psikiyatriye sevk edilince bıçak çekerek doktora saldırmaya çalıştı.7 eylül 2024 Örnek 3: Mersin Yalınayak ASM de gebe muayenesi yaparken gebenin eşi ASÇ ve AH saldırdı.20 eylül 2024 Birinci Basamak ASM lerde son zamanlarda artan bu saldırılar AH ve ASÇ larında korku yaratmaktadır. Depresyon ve diğer kronik hastalıklara neden olmaktadır.Saldırıya uğrayan AH ve ASÇ yaralanmakta yoğun bakımda kalmaktadır. Ayrıca birçok sözel şiddet çalışanla saldırgan arasında kalmaktadır. AH ve ASÇ beyaz kod bile vermemektedir. Sonuç: 1. İş ve işçi sağlığı kurallarına göre çalışanların güvenliğinden işveren sorumludur. 2.Politik söylemler sağlık çalışanlarını koruyacak şekilde olmalıdır. 3. Yasal yaptırımlar artırılmalıdır.Cezalar caydırıcı olmalıdır. 4.Saldırganlar da SG kısıtlamaları gereklidir. 4.ASM de muylaka güvenlik olmalıdır. KAYNAKLAR Ntv,Demirören haber ajansı,AHEFbasın açıklamaları

Anahtar Kelimeler: korku asm aile hekimi

P-03 I Am Scared
Sevinç Yılmaz Yeltekin

Purpose: Family health centers are unprotected in Turkey. In this article, four recent attacks towards Family Physicians in Turkey is discussed and suggestions for safe working environments are given .

Introduction: Family physicians and family health workers (midwives or nurses) are attacked almost every day in Turkey. There is verbal and physical violence and therefore they are now afraid for their lives. There is a loss of motivation because of this violent working environment. Doctors and other health workers are now facing depression and other stress-related problems. Unfortunately, there are many injuries and deaths. The number of incidents is increasing every day.

Recent Attacks Towards Family Physicians and Health Workers: These examples describe the attacks in primary care that have occurred in me in the last 1-2 months. When retrospectively scanned, there are a large number of cases.

Example 1: On July 29, 2024, around 15.30, Ortakent District, Bodrum, Turkey It took place at Family Health Center Number 12. Living in Istanbul with his family Engin Seymen, who lives in İstanbul was on a holiday in Bodrum. He, his wife H.S., and his sister Ö.S.A visited the Family Health Center with a complaint of high fever.

Engin Seymen was logged in as a guest patient. He was told to wait however he entered. Dr.Mustafa Hürkal Tezvar's room who was with a patient during this time.

Dr. Tezvar allegedly told Engin Seymen to take his wife, who had fever, to the hospital.

Seymen wanted his wife to be treated there. He pulled the Doctor's arm during discussion and the fight was started.

The other patients' relatives and the staff working at the center ended the fight.

Dr. Tezvar, who fell ill during the incident, collapsed to the ground. The other Health workers started to first aid to Dr. Tezvar. The fight caused Dr. Tezvar had a cardiac arrest. Shortly, the ambulance and the police arrived at the crime scene. Paramedics performed a cardiac massage on Dr. Tezvar. Later on, he was taken to a hospital. He stayed in the hospital for 14 days.

Example 2: A patient who came to Mersin Ayışığı Family Health Center for military service examination. When he was referred to psychiatry, he pulled a knife and tried to attack the doctor on September 7, 2024

Example 3: While doing a pregnancy examination at Mersin Yalınayak Family Health Center, the pregnant woman's husband attacked a family health worker (midwife or nurse) and a family physician on September 20 , 2024.

Example 4: Dr. Ayhan Yavuz, A family physician with 36 years of experience in Buca district of Izmir, was attacked by a patient's relative at Kuruçeşme Family Health Center on in October 9, 2024. Dr.Yavuz was attacked while sitting in his room and suffered fractures in his facial bones and a crack his skull. Dr. Yavuz was admitted to the neurosurgery service of Buca Seyfi Demirsoy Research and Training Hospital. It was reported that the doctor, who is in serious

condition, is continuing his treatment and will work for at least a month if he recovers. While the cause of the attack and the identity of the attacker are not yet known, police teams have launched an investigation into the incident. The police were conducting research to catch the attacker who fled the scene.

Conclusion: The number of the attacks towards Family Physicians and other Family Health Workers (midwives and nurses) is increasing every day. These attacks cause fear and causes depression and other chronic diseases. Family Physicians and Family Health Workers (midwives and nurses) who were attacked were injured and had been treated in intensive care. In addition to these physical abuses, Family Physicians are faced with verbal violence every day. Even though the number of attacks has increased recently, Family Physicians and Family Health Workers (midwives and nurses) do not even have a right to give a white code.

Suggestions:

1. The employer is responsible for the safety of employees in accordance with occupational and worker health rules. Therefore, the Ministry of Health shall take action and create a safe working environment.
2. Political discourses should be in a way that protects healthcare professionals.
3. Legal sanctions should be increased. Punishments should be deterrent.
4. Attackers should also be subject to restrictions on Social Security payments (examinations and treatments).
5. There must be security personnel in Family Health Centers.

REFERENCES

Ntv, Demirören news agency, AHEF press releases,
<https://www.cumhuriyet.com.tr/saglik/izmirde-doktora-siddet-kafatasi-catladi>

P-04 Multiloküle Hidrosefali Tedavi Prensipleri

Ömer Şahin¹, M.emre Yıldırım², Berkay Ayhan², Ayhan Tekiner²

1 Beştepe Devlet Hastanesi, Beyin Ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

2 Ankara Eğitim Ve Araştırma, Beyin Ve Sinir Cerrahisi Kliniği, Ankara

Multiloküle hidrosefali tanım olarak, beyinde aralarında iletişim olmayan birden fazla bağımsız anormal beyin omurilik sıvısı koleksiyonu bulunma durumudur. Pediatrik nöroşirürjideki teknik gelişmelere rağmen, multiloküle hidrosefalili hasta grubunun tedavisi zordur ve bu patolojiye yaklaşım, özellikle bireysel anatomik karmaşıklık ve beyin omurilik sıvısı hidrodinamiği göz önüne alındığında sorunlu olmaya devam etmektedir. Tek tip bir cerrahi strateji henüz geliştirilmemiştir. Multiloküle hidrosefali için güncel tedavi seçenekleri, açık kraniotomi veya endoskopi ile ayrı bölmelerin mikrocerrahi fenestrasyonu, bölmelere birden fazla kateterin yerleştirildiği şant cerrahisi ve bu modalitelerin kombinasyonlarıdır. Fenestrasyon için kraniotomi, bölmelerin ve zarların daha iyi görüntülenmesini sağlar ve zarların kolayca fenestre edilmesi veya eksizyonu ve kistik bölmelerin geniş iletişimini sağlayabilir. Hemostaz daha kolaydır. Ancak, ameliyat sırasında beyin omurilik sıvısı kaybının fazla olması nedeniyle, açık kraniotomi sonrası subdural higroma ve/veya hematoma toplanması ve şant arızası görülme sıklığı artış gösterir. Endoskopik tedavini minimal invazivlik, beyin retraksiyonunun önlenmesi, daha az kan kaybı, daha hızlı ameliyat süresi ve daha kısa hastanede kalış süresi gibi avantajları vardır. Dezavantajları da açık kraniotomininkilere benzerdir. Ameliyat sırasındaki kanama genellikle irrigasyon veya koagülasyon ile kolayca yönetilebilir. Günümüzde modern nöroşirürjide, endoskopik fenestrasyon ilk tedavi olarak daha sık yapılma eğilimindedir ve açık kraniotomi ile uygulanan endoskopik prosedürler hastalarda daha fazla faydalı olabilir. Bu sunumda 2,5 yaşında multiloküle hidrosefalisi bulunan erkek hasta sunularak literatür eşliğinde tedavi prensipleri karşılaştırılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kraniotomi, Endoskopi, Hidrosefali, Multiloküle

P-05 Total Kalça Protezi Komplkasyonu: Dislokasyon Olgu Sunumu

Fazilet Yorgancıođlu¹, Hüseyin Can², Handan Atsız Sezik³

1 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

2 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

3 İzmir Güzelbahçe 2 No'Lu Derya Aile Sağlığı Merkezi

Giriş Günümüzde total kalça protezi (total kalça artroplastisi, TKA) ortopedik ve travma cerrahisi alanındaki en başarılı cerrahi prosedürlerden biridir. Kalça osteoartriti olan hastalara hem orta hem de uzun vadede önemli ölçüde ağrı kesici etki, yaşam kalitesinde iyileşme ve hareket kabiliyetinde artış sağlamaktadır.1 Ancak total kalça protezi sonrası komplikasyonlar hem hasta hem de cerrah için çok zorlayıcı olabilir. Primer kalça artroplastisi sonrası komplikasyon oranları, aseptik gevşeme (%36,5), enfeksiyon (%15,3), TKA dislokasyonu (%17,7) dahil olmak üzere %2 ila %10 arasında değişmektedir.2 Olgu sunumu 91 yaşında osteoporoz, hipertansiyon ve demans tanılı, 2021 yılında sağ femur kırığı nedeniyle opere olan, 2022 yılında primer koksartoz nedeniyle total kalça protezi gerçekleştirilen hasta; 25.08.2024 ve 14.10.2024 tarihlerinde sağ total kalça protez çıkığı nedeniyle ortopedi servisine yatırıldı.(Fotoğraf-1, Fotoğraf-2) Her iki tarihte cerrahi revizyon ile kapalı redüksiyon uygulandı. Hastanın demans ve osteoporoz tanıları, 80 yaş üzerinde olması hasta ile ilişkili risk faktörü olarak değerlendirildi. Tartışma Total kalça protezi sonrası çıkık, hastalar için son derece travmatize edici bir durumdur. Bu, yapay eklemlere duyulan güvenin sarsılmasına, "unutulmuş eklem" hedefine ulaşmanın zorlaşmasına ve hastaların cerrahi suçlamalarına yol açabilir. Bu nedenle, çıkık profilaksisi kritik öneme sahiptir. TKA sonrası dislokasyonların önlenmesi, hastanın ameliyat öncesi değerlendirmesi ve planlamasıyla başlar. Bunun için kapsamlı bir planlama, cerrahi detaylara dikkat ve iyi bir ameliyat sonrası bakım şarttır. Dislokasyonun önlenmesi, instabilite riskini azaltmak için kişiye özel bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Kaynaklar 1 Learmonth ID, Young C, Rorabeck C: The operation of the century: total hip replacement. Lancet 2007; 370: 1508–19. 2 Wetters NG, Murray TG, Moric M, Sporer SM, Paprosky WG, Della Valle CJ: Risk factors for dislocation after revision total hip arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 2013; 471: 410–6. 3 Meek RMD, Allan DB, McPhillips G, Kerr L, Howie CR: Late dislocation after total hip arthroplasty. Clin Med Res 2008; 6: 17–23. 4 Dargel J, Oppermann J, Brüggemann GP, Eysel P. Dislocation following total hip replacement. Dtsch Arztebl Int. 2014;111(51-52):884-890. doi:10.3238/arztebl.2014.0884

Anahtar Kelimeler: Total kalça protezi, dislokasyon, koruyucu hekimlik

P-05 Complication of Total Hip Replacement: Dislocation Case Report

Hüseyin CAN¹, Handan ATSIZ SEZİK², **Fazilet YORGANCIOĞLU**³

¹Prof. Dr., İzmir Katip Çelebi University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine

²Spec. Dr., İzmir Güzelbahçe Derya Family Medicine Center No. 2

³Assist. Dr., Manisa Celal Bayar University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine

Indroduction

Today, total hip replacement (total hip arthroplasty,THA) is considered one of the most successful surgical interventions in orthopedic and trauma surgery. It offers significant pain relief, enhanced quality of life, and increased mobility to patients suffering from hip osteoarthritis, both in the medium and long term.¹ However, complications following total hip arthroplasty can pose considerable challenges for both patients and surgeons. The rates of complications after primary hip arthroplasty vary from 2% to 10%, with issues such as aseptic loosening (36.5%), infection (15.3%), and THA dislocation (17.7%).²

One of the key factors contributing to joint stability is the muscular and capsular guidance for the replaced hip joint. Accordingly, a higher dislocation incidence of between 5% and 8% annually was observed in patients with neuromuscular conditions, such as cerebral palsy, muscle dystrophy and dementia, but also with Parkinson's disease.³ For the population of patients older than 80 years of age, an increased risk of dislocation has been described and attributed to sarcopenia, loss of proprioception and the increased risk for falls. Likewise, non-compliance is more prevalent in these patient populations, as dislocation-promoting hip movements, such as deep flexion or internal rotation of the flexed hip joint, are not strictly avoided. Consequently, dislocation may result even in the absence of procedure-specific mistakes.⁴

Case Report

91-year-old patient with osteoporosis, hypertension and dementia, who underwent surgery for right femur fracture in 2021 and total hip prosthesis for primary coxarthrosis in 2022, was admitted to the orthopedics service on 25.08.2024 and 14.10.2024 due to right total hip prosthesis dislocation. (Photo-1, Photo-2) Closed reduction with surgical revision was performed on both dates. The patient's dementia and osteoporosis diagnoses and being over 80 years of age were considered as risk factors associated with the patient.

Photo-1: 25.08.2024



Photo-2: 14.10.2024



Discussion

Dislocation after total hip replacement is extremely traumatising for patients. This can lead to a loss of confidence in the artificial joint, making it difficult to achieve the goal of the ‘forgotten joint’ and may reproach the surgeon for this outcome. Therefore, dislocation prophylaxis is essential. Prevention of dislocations after THA begins with preoperative assessment and planning of the patient. This requires comprehensive planning, attention to surgical details and good postoperative care. Prevention of dislocation requires an individualised holistic approach to reduce the risk of instability.

Keywords: Elderly, complication, hip replacement

References

¹Learmonth ID, Young C, Rorabeck C: The operation of the century: total hip replacement. *Lancet* 2007; 370: 1508–19. ²Wetters NG, Murray TG, Moric M, Sporer SM, Paprosky WG, Della Valle CJ: Risk factors for dislocation after revision total hip arthroplasty. *Clin Orthop Relat Res* 2013; 471: 410–6. ³Meek RMD, Allan DB, McPhillips G, Kerr L, Howie CR: Late dislocation after total hip arthroplasty. *Clin Med Res* 2008; 6: 17–23. ⁴Dargel J, Oppermann J, Brüggemann GP, Eysel P. Dislocation following total hip replacement. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111(51-52):884-890. doi:10.3238/arztebl.2014.0884

P-06 Demans Tanılı Yaşlı Bireyde Aspirasyon Pnömonisi: Olgu Sunumu

Hüseyin Can¹, Handan Adsız Sezik², **Sıdıka Ece Yokus³**

1 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ad

2 İzmir Güzelbahçe 2 No'lu Derya Aile Sağlığı Merkezi

3 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ad

Giriş Bakımevinde yaşayan demans tanılı bireyler arasında beslenme problemleri ve toplum kökenli pnömoni (TKP) oldukça yaygın görülmeyle birlikte artmış morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. TKP'nin bir alt tipi olan aspirasyon pnömonisi (AP), bakımevlerinde yaşayan veya disfaji riski taşıyan altta yatan hastalığı (serebral enfarktüs, demans vb.) olan yaşlı bireylerde atipik semptomlarla ortaya çıkmaktadır. TKP'den farklı olarak vücut sıcaklığı, kalp atım hızı ve diyastolik basınç daha düşük seyretmektedir. AP'ye yönelik risk faktörleri arasındaki ilişkiyi anlamak, bu bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirmek açısından önem taşımaktadır. Olgu Sunumu 92 yaş kadın sakin, solunum sıkıntısı şikayetleri ile kurum hekimi tarafından muayene edildi. Bilinç açık, oryantasyon-kooperasyonu bazaliyle uyumlu olan hastanın öyküsü ve aydınlatılmış onamı, bireyin yakınından sözel olarak alındı. Temmuz 2023 yılından beri bakımevinde yaşamaktaydı. Kronik hastalıkları arasında osteoporoz, demans ve demir eksikliği anemisi bulunan sakin ketiapin 50 mg/gün, sitalopram 20 mg/gün, B12 vitamin kompleksi, +2 değerli demir (ferro-fumarat) kullanmaktaydı. Öyküde yutma güçlüğü veya yakın dönem hastane yatışı bulunmamaktaydı. Pnömokok ve yıllık influenza aşıları yapılmıştı. Fizik muayenesinde genel durumunun orta, vital bulgularının stabil olduğu görüldü. Vücut sıcaklığı 36.5°C, kan basıncı 120/70 mmHg, solunum sayısı 27/dk, oksijen saturasyonu %85 idi. Akciğer oskültasyonunda sağ taraf bazal segmentte ral mevcuttu. Aspirasyon pnömonisi olarak değerlendirilip enfeksiyon kontrolü için 400 mg moksifloksasin tablet 1x1 şeklinde 5 günlük sistemik antibiyoterapi, 600 mg asetilsistein ve 200 mg askorbik asit kombinasyonu 2x1, 500 mg parasetamol tablet 2x1 başlandı. Demir tedavisine antibiyotik kullandığı süre boyunca ara verildi. İlaç yan etkileri, semptomların takibi ve tapotman uygulaması konusunda kurum görevlisi bilgilendirildi. 5. gündeki kontrol muayenesinde akciğer sesleri ve vitalleri olağan olarak değerlendirildi. Tedaviye yanıt veren olgu bakımevindeki takibine devam etmektedir. Tartışma Bakımevinde yaşayan bireylerde AP'ye ait risk faktörleri arasında yaş, erkek cinsiyet, disfaji, malnütrisyon, kötü ağız hijyeni, enteral beslenme, bazı ilaçlar, diyabet, kronik akciğer hastalıkları, demans ve diğer nörolojik bozukluklar bulunmaktadır. Önlenbilir risk faktörlerini ortadan kaldırmaya yönelik bakım verenlerin beslenme sırasında bireyleri yakından takip etmesi gerekmektedir. Diyet değişiklikleri, öğün sonrası dik pozisyon verme, düzenli ağız-diş bakımı, farmakolojik müdahaleler ile enteral beslenme günümüzde uygulanan stratejiler arasındadır. Bakımevlerinde yaşayanlar da dahil olmak üzere yaşlı bireylerde influenza ve pnömokok aşılması mortalite ve morbiditeyi ciddi oranda düşürmekte, TKP'ye karşı koruyuculuk sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: aspirasyon pnömonisi, demans, bakımevi

P-06 Aspiration Pneumonia in an Older Adult with Dementia: A Case Report

Huseyin Can¹, Handan Adsiz Sezik², Sidika Ece Yokus³

¹ Department of Family Medicine, Katip Celebi University Faculty of Medicine, Izmir

² Guzelbahce No 2 Derya Family Health Center, Izmir

³ Department of Family Medicine, Manisa Celal Bayar University Faculty of Medicine,
Manisa

Introduction Aspiration pneumonia, a subtype of community-acquired pneumonia (CAP), is common in nursing home residents with dementia and high dysphagia risk, leading to increased mortality and morbidity. It often presents with atypical symptoms like fatigue, mental state changes, and falls. Unlike CAP, aspiration pneumonia cases may have lower body temperature, heart rate, and diastolic pressure. In this case report, we aimed to present an older adult with aspiration pneumonia by addressing the risk factors.

Case presentation

A 92-year-old female nursing home resident was evaluated for respiratory distress. She was conscious, appropriately oriented and cooperative in accordance with her baseline status. Informed consent were verbally obtained from a close relative. Her medical history included osteoporosis, dementia, and iron deficiency anemia. She had been living in the facility since July 2023 and was on quetiapine 50 mg/day, citalopram 20 mg/day, vitamin B12 complex, and ferrous fumarate. There was no history of dysphagia or recent hospital admissions. Pneumococcal and annual influenza vaccinations had been administered.

On examination, her general condition was moderate, with stable vital signs: body temperature 36.5°C, blood pressure 120/70 mmHg, respiratory rate 27 bpm, and SpO₂ 85%. Crackles were noted in the right basal lung segment. With a diagnosis of aspiration pneumonia, outpatient treatment was initiated. Therapy included moxifloxacin 400 mg once daily, acetylcysteine 600 mg/ascorbic acid 200 mg twice daily, and paracetamol 500 mg twice daily. Iron supplementation was paused. Facility staff were informed about monitoring for drug side effects and administering tapotement. At the third-day follow-up, the resident's vital signs and lung sounds normalized, indicating a favorable response to treatment. She continues to be monitored in the nursing home.

Discussion

In individuals living in nursing homes, the primary risk factors include advanced age, male gender, dysphagia, malnutrition, poor oral hygiene, enteral feeding, dehydration, diabetes, chronic lung diseases, dementia, and other neurological disorders. In order to eliminate preventable risk factors, caregivers must closely monitor individuals during feeding. Current strategies include dietary modifications (soft solid foods and thickened liquids), upright positioning after meals, regular oral and dental care, pharmacological interventions, enteral

feeding and empowering caregivers. Additionally, influenza and pneumococcal vaccination are crucial for all older adults to provide high levels of protection against CAP.

Keywords: Pneumonia, Aspiration; Dementia; Nursing Homes