



The Journal of
Turkish Family
Physician
Year: 2023
Volume: 14
Number: 2
Nisan-Haziran
April-June



İnegöl Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulamalarının değerlendirilmesi

Evaluation of Hand Hygiene Practices of İnegöl State Hospital Health care professionals

Serap Bayraktar, Demet Büyük Akbaş, Nurhan Köksal, Gülçin Bölük, Hayrettin Göçmen

Epilepsi ve Aile Hekimliği

Epilepsy and Family Medicine

Özla Çelik, Çiğdem Apaydın Kaya

14. Ulusal İzmir Aile Hekimleri Derneği Kongresi Bildirileri

14th National İzmir Family Physicians Association Congress Abstracts Book



The Journal of Turkish Family Physician (e-ISSN 2148-550X) yılda dört kez, üç ayda bir sadece on-line yayınlanan ulusal süreli yayın türünde hakemli bir dergidir. Dergide hem Türkçe hem İngilizce dilinde araştırma makalesi, olgu sunumu, derleme, editöre mektup, ulusal ve uluslararası bilimsel içerikli belgeler ve çeviriler gibi, genel tıbbi ve aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren içerikte tüm bilimsel, kanıt dayalı hazırlanmış yazılar yer alabilmektedir.

Yazıların Düzenlenmesi

Yazılar Word formatında hazırlanmalıdır. Şekil ve resimler yazının sonuna ayrı birer sayfa olarak eklenmelidir. Bütün yazılar “times new roman” karakteri ile 12-pt font, iki aralıklı olarak yazılır.

Yazı gönderme

Dergiyeye başvuru elektronik olarak yapılır. Yazının başvurusu için ilk şart başka yerde değerlendirilmediği, başka yerde basılmamış olmasıdır. Tüm orijinal araştırmalar için etik kurul onayı (tarih, numara ve onaylayan kurum) gerekir. Yazı yayına kabul edildikten sonra son haline onay verilmesi için iletişim yazarına gönderilir. Kabulü halinde yazarlarca imzalanıp posta ile gönderilmek üzere yayın hakkı devir formu elektronik olarak gönderilir.

1. Başvuru mektubu: Dergiyeye değerlendirilmek üzere gönderilen bütün yazılar için gereklidir. Başvuru mektubu ile yazının başka bir yerde yayınlanmadığı ya da yayınlanmak üzere değerlendirilmediği, herhangi bir ticari ya da ticari olmayan çıkar çakışması içinde olup olmadığı yönündeki sorular yanıtlanmış olur. Web sayfamızda yer alan başvuru örneği tüm yazarlarca imzalanıp, değerlendirilmesi istenen yazı ile birlikte, elektronik ortamda, ıslak imzalı form “scan” edilerek gönderilmelidir. Yazıda çıkar çakışması söz konusuysa bu konuda gerekli bilgi yazılı olarak ifade edilmelidir. Bu bilgiler yazı yayına kabul edildiğinde editör yazarlarla bu bilginin okuyucuya nasıl yansıtılacağı konusunu görüşür.

2. Başlık Sayfası: Yazının başlığı, yazarların adları, unvanları, kurumları ve iletişim bilgileri (mail, e-mail, telefon numarası, faks numarası)

3. Gönderilecek yazı tiplerine göre düzenlemeler: Derlemeler: Türkçe (Türkçe yazılar için) ve İngilizce özet ve anahtar kelimeler içermelidir.

Orijinal araştırma yazıları: Türkçe (Türkçe yazılar için) ve İngilizce özet ve anahtar kelimeler içermelidir. Hem özet hem de metnin kendisi yapılandırılmış olmalı, genel bilgi, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç, teşekkür, kaynaklar ve varsa kısaltmalar listesi olmalıdır. En fazla 5 resim, şekil ya da tablo kabul edilir. Resim, şekil ve tablolar metnin sonuna ayrı sayfalar içinde eklenmeli ya da ayrı dosya halinde gönderilmelidir.

Olgu sunumu: Özet (Türkçe, İngilizce), genel bilgi, olgu, tartışma, sonuç, kaynaklar, resim/şekil ve tablolar yukarıda belirtildiği şekilde eklenmelidir. Olgu sunumu, özet ve resim/şekil/tablolar dışında 5 sayfa, özet 250 kelimeyi aşmamalıdır.

Kısa rapor: Deneyssel bulgular ya da bilgilendirici klinik gözlemler kısa rapor olarak kabul edilir. Kısa rapor metni, özet ve resim/şekil/tablolar dışında 3 sayfa, özet 250 kelimeyi aşmamalıdır.

Editöre mektup: 2000 kelimeyi aşmamalıdır. Tek bir resim/şekil ya da tabloya ve yedi adet kaynağa izin verilir.

4. Yazıların yapılandırılmasına ilişkin kurallar:

Özet: Türkçe ve İngilizce özetler 250 kelimeyi geçmemeli, İngilizce ve Türkçe özet birbirinin aynısı olmalı, giriş ve amaç, yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç bölümleri bulunmalıdır. Özet sonunda en az üç, en fazla beş adet pub-med uyumlu (MESH) anahtar kelime olmalıdır.

Genel Bilgi: Çalışmanın konusunu, önemini aynı alanda yapılmış olan başka çalışmalar ışığında kısaca açıklayan şekilde düzenlenmiş olmalı, çalışmanın amacını açık ve net bir şekilde açıklıyor olmalıdır.

Yöntem: Kullanılan araştırma ve analiz yöntemleri, varsa araç ve gereçler ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. İnsanlar üzerinde yapılan klinik araştırmalarda her birey için aydınlatılmış onam alınmış ve araştırmanın bütünü için etik kurul onayı sağlanmış olmalıdır.

Bulgular: İstatistik sonuçların güven aralıkları ve tam p değerleri anlamlı çıkmayan sonuçlar için de belirtilmiş olmalıdır. Bulgular metin içinde ve tablolarda mükerrer olarak yer almamalıdır. Bulguların daha iyi anlaşılabilirliği için tablo ve şekiller kullanılmalıdır.

Tartışma: Tartışmada bulgular, araştırmanın güçlü yanları ve kısıtlılıkları, konu

hakkında daha önce bilinenler, yayınlar ışığında, pratiğe ve politikalara ya da ileri çalışmalara yön verecek şekilde ele alınmalıdır. Çalışmanın kısıtlılıkları (varsa) tartışma içinde ara başlık halinde açıklanmalıdır.

Sonuç: Çalışmada varılan sonuç ya da okuyucuya aktarılacak istenen ana fikir birkaç sonuç cümlesiyle toparlanmalıdır.

Teşekkürler: Bu kısım gerekirse konulur.

Çıkar çatışması: (varsa) bu kısım yazarlarla konuşularak yerleştirilir.

Tablolar: Tablonun numarası ve başlığı tablonun üst kısmında, varsa açıklamaları tablonun altında yer almalıdır. Tablolar ayrı sayfalar halinde metnin sonunda yer alır.

Şekil ve resimler: Resimler renkli ve çözünürlüğü yüksek ve orijinal olmalıdır. Resimlerin arkasına yazarın ismi ve resim numarası yazılmalı ve üst tarafı işaret eden bir işaret konulmalıdır. Başka Kaynakta tablo, şekil ve resim kullanılmak isteniyorsa kullanım izni alınmış olmalı ve dergiyeye yazının eki olarak gönderilmelidir. Resim ve Şekil numaraları ve açıklamaları resim/şeklin altında yer almalıdır.

Kaynaklar: Kaynaklar yazının içinde geçiş sırasına göre listelenmelidir. Cümlelerin bitimine noktadan sonra üst simge olarak yerleştirilir.¹ Yazar adları 6 yazar adına kadar yazılmalı. Daha fazla ise 6 yazar adı yazıldıktan sonra, Türkçe makalelerde ve ark., İngilizce makalelerde ise et al. şeklinde belirtilmelidir.

Kullanılan kaynakların tipine göre önerilen yazım şekilleri şöyledir:

1. Dergide yayınlanmış makale: Yazar soyadı ve adının baş harfleri. Çalışmanın başlığı (sadece ilk harf büyük diğerleri küçük). Derginin Index Medicus ta geçtiği şekilde kısaltılmış adı. Yılı (varsa ayı); cilt (varsa sayı numarası); sayfa numaraları.

Örnek: Dişçigil G, Tekin N, Söylemez A. Obesity in Turkish children and adolescents: prevalence and non-nutritional correlates in an urban sample. Child Care Health Dev 2009 Oct;35(2):153-8.

2. Dergi “suppleman”ında yayınlanmış makale; Gimble JM, Bray MS, Young A. Circadian biology and sleep: missing links in obesity and metabolism? Obes Rev 2009 Nov;10 Suppl 2:1-5.

3. Kitap:

a. Kitap bölümü: Uzuner A, Kaya ÇA. Yaşlılarda hipertansiyon. “Yaşlılarda Kronik Hastalıklar” içinde. (ed) Dişçigil G, Kaya ÇA. Cilt 2. 2. baskı. Şehir, Yayınevi. 2009;53-76.

b. Kitap İngilizce ise: Uzuner A, Kaya ÇA. Hypertension in the elderly. In “Chronic Diseases In The Elderly”. (ed/eds) Dişçigil G, Kaya ÇA. Vol 2. 2nd ed. Şehir, Yayınevi. 2009;53-76.

c. Tek yazarlı (Türkçe) kitap: Topsever P. “Diyabette Tanı ve Tedavi”. Cilt 1. 2. baskı. İstanbul, Yayınevi. 2009; 3-9.

d. Tek yazarlı (İngilizce) kitap: Topsever P. “Diagnosis and Treatment in Diabetes”. Vol 1. 2nd ed. Şehir, Yayınevi. 2009; 3-9.

e. Çeviri kitap: Amerikan Psikiyatri Birliği “DSM-IV Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı”. (çev.ed) Köroğlu E. Cilt 1. 4. baskı. Şehir, Yayınevi. 1994; 3-9.

f. Çeviri kitapta bölüm: Uzuner A. Ailenin temelleri: Aile odaklı birincil bakım. “Birincil Bakım” içinde. (çev.ed.) Apaydın Ç. 1. baskı. İstanbul, Bilim Yayım. 2010;142-61.

g. Kongre kitabında tam bildiri metni: Uzuner A. Dünyada ve Türkiye’de RİA kullanımı. 6. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 3-5 Nisan 2009. Ankara, Kongre Kitabı. 2009;21-4.

4. Kurumsal yazı ve raporlar: Basılı bir raporun içinde nasıl kaynak gösterileceği yazıyorsa o şekilde kullanılır. Rapor içinde belirtilmemişse: World Health Organization: World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More Than Ever. Geneva, Switzerland, 2008. Rapor elektronik olarak internetten indirildiyse raporun ulaşılacağı web adresi ve erişim tarihi belirtilmelidir. www.who.int..... adresinden .../... tarihinde erişilmiştir.

5. Tezler: Çalışkan ARG. Bir grup tip 2 diyabet hastasında COOP-WONCA İşlevsel durum ölçeklerinin Türkçe geçerlik güvenilirlik pilot çalışması. Uzmanlık tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2007.

6. İnternet kaynaklı yazılar: Yeni Pandemi A(H1N1) gribi vaka yönetim şeması. http://www.saglik.gov.tr/jadresinden .../... tarihinde erişilmiştir.

7. İnternet kaynaklı İngilizce yazılar: WHO Call for research proposals/concept papers on Medical Abortion. Accessed from http://www.medicalabortionconsortium.org/events/call-for-research-proposals-concept-papers-on-medical-abortion-114.html,on 11/10/2010.

Baş Editör | Editor-in-Chief

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Editörler Kurulu | Council of Editors

Prof. Dr. Mehmet Akman

Prof. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Prof. Dr. Güzel Dişçigil

Prof. Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu

Uzm. Dr. Birgül Coşkun

Prof. Dr. Ahmet Öztürk

Doç. Dr. Özden Gökdemir

Sahibi | Owner

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Yönetim Yeri | Administration Office

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Cep: 0542 327 16 72 / E-mail: arzuuzuner@gmail.com
e-posta: editor@turkishfamilyphysician.com

Yayın Koordinatörü | Publishing Coordinator

Hüseyin Kandemir / huseyin@medikalakademi.com.tr

Yayınevi | Publisher

Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Sti.
Halaskargazi Cad. No: 172, D: 134 - Şişli / İstanbul
Tel: 0 537 309 29 55 / Web: www.medikalakademi.com.tr

Copyright © 2021. Üç Ayda Bir Yayımlanır.
Yerel Süreli Yayın. e-ISSN: 2148-550X
Çevrimiçi (online) sürüm: www.turkishfamilyphysician.com
BiblioMed - www.bibliomed.org
Google Akademik (Scholar), tarafından indekslenmektedir
Yayın Tarihi: **Haziran 2023**

Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board

Prof. Dr. Alis Özçakır

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Berrin Telatar

Sağlık Bilimleri Üniv. Tıp Fak. Fatih Sultan Mehmet EAH, AH Kliniği

Prof. Chris van Weel, MD.

Department of Primary Care Radboud University Nijmegen Medical Centre

Prof. Dr. Dilaver Kaya

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Duygu Ayhan Başer

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Eva Hummers, MD.

Institut für Allgemeinmedizin Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Felicity Anne Goodyear-Smith, MD

Primary Health Care Faculty of Medical University of Auckland, New Zealand

Prof. Dr. Gülru Pemra Cöbek Ünal

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hasibe Kadioğlu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Hülya Akan

Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Martin von Fragstein, MD.

Clinical Director in Drugs and Alcohol Derby NHS

Prof. Dr. Perran Boran

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Pınar Topsever

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Rasim Gençosmanoğlu

Academic Hospital Cerrahi Kliniği

Doç. Dr. Sabah Tüzün

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hast., Aile Hekimliği Kliniği

Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sevgi Paycı Özcan

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

İçindekiler | Table of Contents

Başmakale | Editorial

Editörden... | **53**
Editorial... / Arzu Uzuner

Araştırma | Research Article

İnegöl Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulamalarının değerlendirilmesi | 54
Evaluation of Hand Hygiene Practices of İnegöl State Hospital Health care professionals
Serap Bayraktar, Demet Büyük Akbaş, Nurhan Köksal, Gülçin Bölük, Hayrettin Göçmen

Derleme | Review

Epilepsi ve Aile Hekimliği | 64
Epilepsy and Family Medicine
Özla Çelik, Çiğdem Apaydın Kaya

Olgu | Case

Tekrarlayan kanlı diyare ile başvuran yetişkin erkek COVID-19 hasta olgusu | 82
Recurrent bloody diarrhea in an adult male COVID-19 patient – A Case report
Egemen Tural, Işık Gönenc, Refik Demirtunç

Editöre Mektup | Letter to the Editor

Tıp öğrencilerinde tükenmişlik ve depresyon | 88
Burnout and depression in medical students
Özden Gökdemir

Kongre Bildirileri | Congress Abstracts

14. Ulusal İzmir Aile Hekimleri Derneği Kongresi Bildirileri | 92
14th National Izmir Family Physicians Association Congress Abstracts Book

Editörden

Editorial

Arzu Uzuner¹

Değerli Okurlar

Bu sayımızda sizlerin karşısına çok değerli bir derleme, bir orijinal araştırma, bir olgu ve bir editöre mektupla çıkıyoruz.

Derlememiz “Epilepsi ve Aile Hekimliği” üzerine. Aile Hekimleri olarak epilepsinin neresinde duruyoruz. Bu sık görülen semptom ve hastalık durumuna daha yakından bakmak için bir fırsat.

Orijinal araştırmamız ise bir Devlet Hastanesi’nden: “İnegöl Devlet Hastanesi Sağlık Çalışanlarının El Hijyeni Uygulamalarının Değerlendirilmesi”. Devlet Hastanelerinde çalışan hekimlerimizin araştırmalarını bu vesileyle beklediğimizi, ilk yazma deneyimlerine destek olmaktan memnuniyet duyacağımızı bildirmek istiyorum. Elbette konu birinci basamak, koruyucu hekimlik ve benzeri aile hekimliği alanında olmak üzere.

Bu sayımızın olgusu tekrarlayan kanlı ishalle başvuran bir Covid vak’ası. “Tekrarlayan Kanlı Diyare ile Başvuran Yetişkin Erkek Covid-19 Hasta Olgusu”. Ülseratif kolit alevlenmesi ile COVID-19 arasında bir ilişki var mıdır sorusunun yanıtı henüz net değildir. Bu sayımızın olgusu Haydarpaşa Numune EA Hastanesi Aile

Hekimliği ekibinden gelen Covid-19 enfeksiyonu sonrası tekrarlayan kanlı ishal, tenezm ve karın ağrısı şikayeti ile başvuran ülseratif kolitli bir hasta sunumu. Değerli bir katkı olarak literatürdeki yerini bulacağını düşünüyorum. Covid ile ilgili klinik deneyimlerimizi bu nedenle paylaşmaya devam etmeliyiz.

Tıp öğrencilerinin yaşadığı iş yükü ve depresyona dair bir intern hekim ve bir Aile Hekimliği akademisyeninin yazdığı bir editöre mektupla bu sayımız son buluyor. İnternlerin iş yükü bu yılki Tıp Fakültesi diploma törenlerinde de dile getirildi. O nedenle bu yazıyı belki nasıl çözüm bulabiliriz sorusuna yanıt bulma düşüncesiyle okuyabiliriz.

Okunurluğu daima yüksek olan Dergimizin bu sayısının da okuyucumuzun ilgisini çekeceğini biliyoruz. Okumaya yazmaya ve araştırmaya devam diyor, hepimize içimizin güneşle ısındığı, keyifli bir yaz diliyorum.

Sevgi ve Saygılarımla...

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Baş Editör

The Journal of Turkish Family Physician

¹ Prof. Dr., MD PhD. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, İstanbul / orcid.org/0000-0002-6317-6148

İnegöl Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulamalarının değerlendirilmesi

Evaluation of Hand Hygiene Practices of İnegöl State Hospital Health care professionals

 Serap Bayraktar¹  Demet Büyük Akbaş²
 Nurhan Köksal³  Gülçin Bölük⁴  Hayrettin Göçmen⁵

¹⁾ İnegöl Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Ünitesi, Hemşire, Bursa. {ORCID:0000-0002-6706-4725}

²⁾ İnegöl Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Ünitesi, Uzman Hemşire, Bursa. {ORCID:0000-0001-9593-4276}

³⁾ İnegöl Devlet Hastanesi Enfeksiyon Kontrol Ünitesi, Hemşire, Bursa. {ORCID:0000-0002-6285-6117}

⁴⁾ İnegöl Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Uzm. Dr., Bursa. {ORCID:0000-0003-3587-6910}

⁵⁾ İnegöl Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Uzm. Dr., Bursa. {ORCID:0000-0001-8265-6860}

İletişim adresi:

Dr. Serap Bayraktar

E-mail: serapbayraktar@gmail.com

Geliş tarihi: 26/05/2023

Kabul tarihi: 21/06/2023

Yayın tarihi: 30/06/2023

Etik Kurul Onayı ve İzinler: Etik kurul onayı ve izinler: Bu çalışmanın protokol numarası (2011-KAEK-25 2022/08-30), İnegöl Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Tarih: 10.08.2022). Ölçeklerin kullanım izni e-posta ile alınmış olup anket yapılan sağlık çalışanlarından bilgilendirilmiş onam alınmıştır. **Çıkar çatışması bildirilmemiştir.**

Alıntı Kodu: Bayraktar S. ve Ark. İnegöl Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulamalarının değerlendirilmesi. Jour Turk Fam Phy 2023; 14 (2): 54-63. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00254.

Özet

Giriş ve Amaç: El hijyeni, sağlıkla ilişkili enfeksiyonları önlemek için uygulanan en ucuz ve kolay yöntemdir. El hijyeni ile ilgili inanç ve uygulamaların belirlenmesi, uyumu arttırmak için oldukça önemlidir. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının el hijyenine yönelik inanç ve uygulamalarının belirlenmesi, bunları etkileyen faktörlerin ve mevcut el hijyeni uyum oranlarının tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya, 10 Ocak-31 Aralık 2022 tarihleri arasında hastanede çalışan 437 kişi dâhil edildi ve bir yıllık el hijyeni uyum oranları değerlendirildi. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, El Hijyeni Gözlem Formu, El Hijyeni İnanç Ölçeği ve El Hijyeni Uygulamaları Envanteri formu ile toplandı. Değişkenlere ait veriler frekans ve yüzde ile gösterildi. El hijyeni uygulama envanteri ve inanç puan ortalamalarının birbiri ile ilişkisini değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulama envanteri ve el hijyeni inanç puanları sırasıyla $63,45 \pm 6,35$ ve $85,32 \pm 8,25$ idi. İki ölçek arasında zayıf pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu belirlendi ($r=0,307$, $p<0,001$). Endikasyona göre uyum oranlarına bakıldığında hasta öncesi %89,6 ve aseptik işlemler öncesi %82, hasta sonrası uyum oranı ise %98,7 idi. El hijyeni uyumu, hemşire grubunda %92,3, doktor grubunda %83,9, cerrahi birimlerde çalışanlarda %97,6 olarak belirlenmiş olup, hastane geneli uyum ise %90,3 olarak tespit edildi.

Sonuç: Kişilerin envantere verdiği cevaplar ile gözlem sonuçları doğru orantılı bulundu. El hijyeni inancının el hijyeni uygulamasını etkilediği, ayrıca gözlemin haberli yapılımasının, genel el hijyeni uyumunu arttırdığı tespit edildi. Beş endikasyondan; hasta sonrası el hijyeni uyumunun daha yüksek olduğu, bunun da kişilerin kendini koruma isteğinden kaynaklandığı düşünüldü.

Anahtar kelimeler: El hijyeni, inanç, sağlık personeli.

Summary

Introduction and Aim: Hand hygiene is the cheapest and easiest method to prevent health-related infections. Determining the beliefs and practices related to hand hygiene is very important to increase compliance. In this study, it is aimed to determine the beliefs and practices of healthcare professionals towards hand hygiene, to determine the factors affecting them and the current hand hygiene compliance rates.

Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 437 people working in İnegöl State hospital between January 10 and December 31, 2022. Data were collected with Personal Information Form, Hand Hygiene Observation Form, Hand Hygiene Belief Scale and Hand Hygiene Practices Inventory form. The data of the variables were shown with frequency and percentage. Pearson correlation analysis was used to evaluate the relationship between hand hygiene practice inventory and belief score averages.

Results: The hand hygiene practice inventory and hand hygiene belief scores of the healthcare professionals participating in the study were $63,45 \pm 6,35$ and $85,32 \pm 8,25$, respectively. It was determined that there was a weak positive and significant correlation between the two scales ($r=0,307$, $p<0,001$). Considering the compliance rates by indication, it was 89.6% before the patient, 82% before the aseptic procedures, and 98.7% after the patient. Hand hygiene compliance was determined as 92.3% in the nurse group, 83.9% in the doctor group, 97.6% in the surgical units, and hospital-wide compliance was determined as 90.3%.

Conclusion: The answers given by the people to the inventory and the observation results were found to be directly proportional. It was determined that the belief in hand hygiene affects the practice of hand hygiene and the informed observation increases the general hand hygiene compliance. Of the five indications; It was thought that hand hygiene compliance was higher after the patient and this was due to the desire of people to protect themselves.

Keywords: Hand hygiene, belief, healthcare workers

Alıntı Kodu: Bayraktar S. ve Ark. İnegöl Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulamalarının değerlendirilmesi. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (2): 54-63. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00254.

Giriş:

El yıkama, kişisel korunma ve sağlık bakım ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde etkinliği kanıtlanmış standart önlemlerin başında gelmektedir.⁽¹⁾ El hijyeni, hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en etkili ve en ucuz yöntem olmasına rağmen hala el hijyeni uyumunun yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir.⁽²⁾ Hastane enfeksiyonu (HE) etkeni olan bazı mikroorganizmalar, sağlık çalışanının elleri ile sadece hasta ile değil, hasta çevresinde yer alan tüm yüzeylerle temasıyla dekontaminasyona neden olabilir.⁽³⁾

Sağlık personelinin el hijyeni uyumunu etkileyen faktörler arasında; sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri, çalışma koşulları (iş yükü, el hijyenine uygun malzeme olmaması vb.), el hijyeni konusunda inanç ve bilişsel algıları el hijyenine uyma davranışını etkileyen en önemli faktörlerdir.⁽⁴⁾ Bu yüzden el hijyeni uyumunu artırmak ve enfeksiyon kontrolünü sağlamak için sağlık çalışanlarının el hijyeni inançlarını ve tutumlarını ölçmek önemli olacaktır.

Bu çalışma; El Hijyeni İnanç Ölçeği (EHİÖ) ve El Hijyeni Uygulamaları Envanteri (EHUE) kullanılarak sağlık çalışanlarının el hijyeni inancı ile el hijyeni uygulamalarının ve tutumlarının belirlenmesi ve aynı sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulamaları ile davranışlarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem:

Tanımlayıcı tipte ve prospektif olan bu çalışma, 10 Ağustos-31 Aralık 2022 tarihleri arasında İnegöl Devlet Hastanesinde çalışan sağlık çalışanları ile yürütülmüştür. Hastane bünyesinde toplam 1230 kişi çalışmaktadır. Araştırmanın evrenini, hasta bakım alanlarında çalışan 603 sağlık çalışanı, örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden 437 kişi oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem hacminin belirlenmesinde Raosoft programı kullanılmıştır ve 235 olarak bulunmuştur.

Araştırmada veriler, 5 sorudan oluşan Bireysel Tanıtım Soru Formu, EHİÖ ve EHUE kullanılarak hastane sistemine kayıt ile toplanmıştır. Ayrıca el hijyeni uyum verileri için enfeksiyon kontrol hemşirelerinin yapmış olduğu bir yıllık el hijyeni gözlem raporları kullanılmıştır. El hijyeni gözlemi, enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından 5 endikasyon kuralına göre haberli şekilde gözlem yapılarak El Hijyeni Gözlem Formu'na kaydedilmiştir. Gözlem formuna göre bir eylem birden fazla endikasyona denk gelmektedir.

El Hijyeni İnanç Ölçeği (EHİÖ)

Thea van de Mortel tarafından 2009 yılında geliştirilen EHİÖ, Karadağ tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır.^(5,6) Kesinlikle katılmıyorum=1, Katılmıyorum= 2, Emin değilim= 3, Katılıyorum= 4, Kesinlikle katılıyorum= 5 şeklinde puanlanan 5'li likert tipi bir ölçektir. Sonuç olarak 22 madde 2 alt ölçekten oluşan EHİÖ elde edilmiştir.

El Hijyeni Uygulamaları Envanteri (EHUE)

Thea van de Mortel tarafından 2009 yılında geliştirilen EHUE, M. Karadağ tarafından 2012 yılında Türkçeye uyarlanmış ve geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır.^(5,6) On dört maddeden oluşan ve hiçbir zaman= 1, bazen= 2, sıklıkla= 3, çoğu zaman= 4, her zaman= 5 şeklinde puanlanan 5'li likert tipi bir ölçektir. EHIÖ toplam puanı 22-110 arasında, EHUE toplam puanı ise 14-70 arasında olup her iki ölçek için de kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçeklerden alınan puan ile sağlık çalışanlarının el hijyeni inancı ve uyumu konusunda çıkarım yapılabilir. Yüksek ölçek toplam puanı, kişinin el hijyeni inanç ve uygulamalarının yüksek oranda olduğu çıkarımını sağlamaktadır.

Çalışma 2008 Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Bu çalışmanın protokol numarası (2011-KAEK-25 2022/08-30), İnegöl Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Tarih: 10.08.2022). Ölçeklerin kullanım izni e-posta ile alınmış olup anket yapılan sağlık çalışanlarından bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilerek değişkenlere ait veriler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. El hijyeni uygulama envanteri ve inanç puan ortalamalarının birbiri ile ilişkisini değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

mıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular:

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular **Tablo 1**'de verilmiştir. Çalışanlardan 171'inin (%39,2) 25-34 yaş grubunda, 313'ünün (%71,6) kadın, 362'sinin (%82,8) hemşire-ebe-öğrenci meslek grubunda olduğu, 104'ünün (%23,8) yoğun bakımda çalıştığı gözlenmiştir. Katılımcıların %89,9'u el hijyeni eğitimi aldığını ifade etmiştir.

Sağlık çalışanlarının el hijyeni inanç ölçeği puan ortalamasının 85.32 ± 8.35 ve el hijyeni uygulama envanteri puan ortalamasının ise 63.45 ± 6.35 olduğu belirlendi (**Tablo 2**). El hijyeni inanç ölçeği ve el hijyeni uygulama envanteri arasında anlamlı pozitif yönde zayıf bir ilişkinin olduğu tespit edildi ($r=0.307$, $p < 0.001$)

Ankete katılan sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulama envanterine verdiği yanıtlar **Tablo 3**'de gösterilmiştir. Buna göre; %96,3'ü hastanın salgılarıyla temastan sonra ellerini her zaman yıkadığını, %96,1'i tuvalete gittikten sonra ellerini her zaman yıkadığını, %95,4'ü ise kan ve vücut sıvılarıyla temas ettikten sonra ellerini her zaman yıkadığını, %0,9'u ise endotrakeal aspirasyondan önce ellerini hiçbir zaman yıkamadığını ifade etti.

Tablo 4'de el hijyeni uyumunun endikasyona göre oranları verildi ve aynı kişiye birden fazla endikasyon girildiği için gözlem sayısının fazla ol-

duğu gözlemlendi. Buna göre; %98,7 ile hasta sonrası uyumun daha fazla olduğu, %82,1 ile aseptik işlem öncesi uyumun daha az olduğu gözlemlendi. Endikasyona göre toplam el hijyeni uyum oranı %92,8 olarak belirlendi (**Tablo 4**).

Sağlık personelin yıllık el hijyeni gözlem ve-rilerine göre; diğer sağlık personelinin (Fizyote-

rapist, Röntgen teknisyeni) %100'ünün el hijyeni uyumu olduğu, hemşirelerin %92,3'ünün, doktor grubunda ise %83,9'unun el hijyeni uyumu olduğu gözlemlendi. Ankete katılanların el hijyeni uyum oranı, cerrahi birimlerde çalışanlarda %97,6 olarak belirlenmiş olup, toplamda hastanenin el hijyeni uyum oranının %90,3 olduğu gözlemlendi (**Tablo 5**).

Table 1: Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	n	%	
Yaş	18-24	45	10,3
	25-34	171	39,2
	35-44	139	31,8
	45-54	73	16,7
	55-64	9	2
Cinsiyet	Kadın	313	71,6
	Erkek	124	28,4
Meslek	Hemşire-Ebe-Öğrenci	362	82,8
	Doktor	69	15,8
	Fizyoterapist/ Röntgen teknisyeni	6	1,4
Çalıştığı Birim	Acil	91	20,8
	Ameliyathane	56	12,8
	Yoğun Bakım	104	23,8
	Cerrahi Birim	50	11,4
	Dâhili Birim	84	19,3
	Poliklinik	45	10,3
	Diğer	7	1,6
Son bir yıl içinde el hijyeni eğitimi aldınız mı?	Evet	393	89,9
	Hayır	44	10,1
TOPLAM	437	100	

Table 2: Sağlık çalışanlarının El Hijyeni İnanç Ölçeği ve El Hijyeni Uygulama Envanteri puan ortalamaları arasındaki korelasyon

Ölçekler (n=437)	Ort ± SS	Min-Max	Ölçek Min-Mak Puanları	r	p
El Hijyeni İnanç Ölçeği	85,32± 8.35	58-103	22-110	0.307	< 0.001
El Hijyeni Uygulama Envanteri	63,45± 6.35	28-68	14-70		

Table 3: Sağlık personelin El Hijyeni Uygulama Envanterine verdiği yanıtlar (n:437)

Ellerimi şu durumlarda temizliyorum	Hiçbir zaman n (%)	Bazen n (%)	Sıklıkla n (%)	Çoğu zaman n (%)	Her zaman n (%)
1. Tuvalete gittikten sonra	0 (%0)	4(%0,9)	6(%1,4)	7(%1,6)	420(%96,1)
2. Yaraya bakım yapmadan önce	0 (%0)	12(%2,7)	19(%4,3)	34(%7,8)	372(%85,2)
3. Yaraya bakım yaptıktan sonra	0 (%0)	0 (%0)	12(%2,7)	19(%4,3)	406(%92,9)
4. Olası kirlı nesnelere dokunduktan sonra	0 (%0)	0 (%0)	5(%1,1)	34(%7,8)	398(%91,1)
5. Kan ve vücut sıvılarına temas ettikten sonra	0 (%0)	0 (%0)	7(%1,6)	13(%3)	417(%95,4)
6. Bir hastaya invaziv bir alet yerleştirdikten sonra	0 (%0)	1(%0,3)	4(%0,9)	19(%4,3)	413(%94,5)
7. İzolasyon uygulanan hastanın odasına girmeden önce	2(%0,5)	6(%1,4)	28(%6,4)	97(%22,2)	304(%69,5)
8. Hastanın cildine dokunduktan sonra	3(%0,7)	5(%1,1)	18(%4,1)	39(%8,9)	372(%86,1)
9. İzolasyon uygulanan hastanın odasına girdikten sonra	0 (%0)	3(%0,7)	13(%3)	17(%3,9)	404(%92,4)
10. Endotrakeal aspirasyondan önce	4(%0,9)	12(%2,8)	25(%5,7)	41(%9,4)	355(%81,2)
11. Hastanın salgılarıyla temastan sonra	0 (%0)	0 (%0)	2(%0,5)	14(%3,2)	421(%96,3)
12. Hastayla temastan önce	0 (%0)	23(%5,3)	30(%6,9)	67(%15,3)	317(%72,5)
13. Eldivenleri çıkardıktan sonra	0 (%0)	14(%3,2)	18(%4,1)	43(%9,8)	362(%82,9)
14. Ellerim kirlı olduğunu hissettiğimde veya öyle göründüklerinde	0 (%0)	11(%2,5)	15(%3,4)	24(%5,5)	387(%88,6)

Tartışma:

El yıkama hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en basit ve en ucuz yoldur. Buna rağmen hastanelerde el hijyeni uyumunun az olduğu gözlenmektedir.⁽⁷⁾ Bireylerin sağlık inançlarına bakmak ve ortaya çıkarmak el hijyeni uygulamalarında belirleyici faktördür. El hijyeni inancı arttıkça el hijyeni uygulamaları da artacaktır.⁽⁸⁾ Yaptığımız çalışmada, hastanede çalışan sağlık personelinin el hijyeni konusundaki inanç ve düşünceleri tespit edilerek bir yıllık el hijyeni uyum oranları çıkarılmıştır. El hijyeni envanteri anketine verilen cevaplar ile endikasyona göre uygun el hijyeni gözlem sayılarına bakılmıştır. Yaptığımız çalışma sonucunda, EHIÖ puan ortalaması $85,32 \pm 8,35$, EHUE puan ortalaması ise $63,45 \pm 6,35$ çıkmış olup, iki grup arasında zayıf ilişki tespit edilmiştir. Karahan ve ark. ile Turan'ın hemşireler üzerinde yaptığı çalışma sonucunda benzer sonuçlar bulunmuştur.^(9, 10)

Çalışmamızda EHUE sorularına en fazla 'Tuvalete gittikten sonra (%96,1), Kan ve vücut sıvılarına temas ettikten sonra (%95,4), Hastanın salgılarıyla temastan sonra (%96,3)' yanıtı verilmiş olup, en az 'İzolasyon uygulanan hastanın odasına girmeden önce (%69,5)' yanıtı verilmiştir (**Tablo 3**). Ankete cevap veren sağlık çalışanlarının 5 endikasyona göre el hijyeni uyum oranlarına bakıldığında hasta sonrası uyumun %98,7 ile en yüksek olduğu, aseptik işlem öncesi uyumun %82,1 ile en düşük olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 4**).

Tümtürk ve ark. yaptığı çalışmada sağlık personelinin en yüksek oranda (%31) hastayla temas sonrası el hijyeni sağladığı, en düşük ise (%11) aseptik işlemlerden önce el hijyeni uyumu sağladıkları bildirilmiştir.⁽¹¹⁾ Karahan ve ark. çalışmasında ise sağlık çalışanlarını en fazla "kan ve vücut sıvılarına temas ettikten sonra" ve en az "hastayla temas öncesinde el hijyenini uygula-

Table 4: Endikasyona göre uygun el hijyeni gözlem sayısı

*Endikasyon	Uygun El Hijyeni Gözlem Sayısı / n (%)	Toplam El Hijyeni Gözlem Sayısı / n (%)
Hasta öncesi	1045(%89,6)	1166 (%30,2)
Aseptik işlem öncesi	498 (%82,1)	606 (%15,7)
Vücut sıvısı sonrası	528 (%96,9)	545 (%14)
Hasta sonrası	969 (%98,7)	982 (%25,4)
Çevre sonrası	547 (%96,3)	568 (%14,7)
TOPLAM	3587 (%92,8)	3867 (%100)

*Bir kişiye birden fazla endikasyon girilmiştir.

dıkları” sonucuna varılmıştır.⁽⁹⁾

Karaoğlu ve Akın’ın yaptığı çalışmada ise hemşirelerin el yıkama davranışına yönelik bildirimlerinin yüksek olduğu fakat yapılan gözlem sonucunda el hijyeni uyum oranlarının oldukça düşük olduğu bulunmuştur.⁽¹²⁾ Çıkan sonuçlardan anlaşılacağı üzere kişilerin daha çok kendilerini korumak amacı ile el hijyeni uyguladıkları görülmüştür. Çalışmamızda; hastane genelinde yapılan bir yıllık haberli el hijyeni gözlemi veri sonuçlarına göre doktorların el hijyeni uyum oranının %83,9, hemşire-ebe-öğrenci grubunda ise %92,3 olduğu ve hemşire grubunun doktora oranla daha fazla uyumlu olduğu belirlenmiştir (**Tablo 5**).

Çalışmamızda, el hijyeni inanç ve uygulamaların birbiri ile ilişkisine ve el hijyeni uyum oranının meslek ve 5 endikasyona göre bakıldığında literatürle uyumlu olduğu^(11, 13, 14, 15) fakat genel el hijyeni uyum oranlarının diğer çalışmalara oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir.^(12, 16,17)

Sonuç:

EHİÖ ve EHUE ortalama puanlarının yüksek olması bize İnegöl Devlet Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının el hijyenine yönelik inanç ve davranışlarının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Hastane genelinde el hijyeni uyum oranlarına bakıldığında ise %90,3 ile hastanemizin kalite göstere hedefi olan %90 uyum oranına ulaşıldığı

Table 5: Sağlık personelinin el hijyeni uyum verileri

	Uygun El Hijyeni Gözlem Sayısı / n (%)	Toplam El Hijyeni Gözlem Sayısı / n (%)
Meslek		
Hemşire-Ebe-Öğrenci	1994 (%92,3)	2160 (%75,4)
Doktor	583 (% 83,9)	695 (%24,2)
*Diğer sağlık personeli	11 (%100)	11 (%0,4)
Çalıştığı birim		
Acil	21 (%87,5)	24 (%0,8)
Yoğun Bakımlar	1156 (%87,8)	1316 (%45,9)
Cerrahi Birimler	550 (%97,6)	563 (%19,7)
Dâhili birimler	861 (%89,4)	963 (%33,6)
TOPLAM	2588 (%90,3)	2866 (%100)
*Diğer sağlık personeli: Fizyoterapist, Röntgen teknisyeni.		

tespit edilmiştir. Hedef değeri yakalamaktaki en büyük faktörün, el hijyeni eğitimlerinin ve haberli el hijyeni gözlemlerinin enfeksiyon kontrol hemşireleri tarafından düzenli yapılıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uyumun daha az olduğu ‘hasta öncesi’ kısmında eğitimlerin bilimsel içerikli hazırlanarak daha ağırlıklı verilmesi önerilebilir.

Etik kurul onayı ve izinler: Bu çalışmanın protokol numarası (2011-KAEK-25 2022/08-30), İnegöl Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kuru-

lu’ndan onay alınmıştır (Tarih: 10.08.2022). Ölçeklerin kullanım izni e-posta ile alınmış olup anket yapılan sağlık çalışanlarından bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Yazar Katkıları: **Fikir:** Serap Bayrakdar; **Tasarım:** Serap Bayrakdar, Demet Büyük Akbaş; **Denetleme:** Gülçin Bölük; **Veri toplama:** Serap Bayrakdar; **Yorumlama:** Hayrettin Göçmen, Demet Büyük Akbaş; **Literatür taraması:** Serap Bayrakdar, Nurhan Köksal; **Kaleme alma:** Serap Bayrakdar; **Eleştirel inceleme:** Hayrettin Göçmen.

Kaynaklar:

1. Ay P, Teker AG, Hidiroglu S, Tepe P, Surmen A, Sili U, et al. A qualitative study of hand hygiene compliance among health care workers in intensive care units. *The Journal of Infection in Developing Countries* 2019;13(2):111-7.
2. Tel H. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin eldiven kullanma ve el yıkama uygulamalarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12:4.
3. Bilici S, Irmak H, Buzgan H. Sağlık personeline yönelik el yıkama ve el dezenfeksiyonu rehberi, 2. Basım. Ankara, Reklam Kurdu Ajans. 2012:6-32.
4. Giuffrè C, Kilpatrick C. Hand Hygiene. Friedman, C. ve Arbor A. (Ed.) *IFIC Basic Concepts of Infection Control*, N Ireland. 3rd edition. 2016:1-13.
5. Van de Mortel T. Development of a questionnaire to assess health care students hand hygiene knowledge, beliefs and practices. *Aust J Adv Nurs* 2009; 26:9-16.
6. Karadağ M, Yıldırım N, İşeri ÖP. El hijyeni inanç ölçeği ve el hijyeni uygulamaları envanterinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Çukurova Med J* 2016;41(2):271-84.
7. Demirdal T, Uyar S, Demirtürk N. Bir Üniversite Hastanesinde çalışanlarda el yıkama uygulamalarının ve bilgi düzeylerinin değerlendirmesi. *The Med J of Kocatepe* 2007;8(3):39-43.
8. White KM, Jimmieson NL, Graves N, Barnett A, Cockshaw W, Gee P, et al. Key beliefs of hospital nurses' hand-hygiene behaviour: protecting your peers and needing effective reminders. *Health Promotion Journal of Australia* 2015;26(1):74-8.
9. Karahan E, Doğan Ş, Çelik S. Sağlık çalışanlarında el hijyeni inancı ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu* 2020;5(2):91-103.
10. Turan F. Hemşirelerin el hijyeni ile ilgili inançlarının el hijyeni uygulamalarına etkisi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020.
11. Tümtürk A, Erçen Diken Ö, Güler SB. Assessment of adherence to hand hygiene practices in a specialty hospital, *Flora* 2016;21(3):111-5.
12. Karaoğlu MK, Akın S. Hemşirelerin el yıkama alışkanlıklarına ilişkin görüşleri ve el hijyeni uyum oranlarının değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2019;16(1):33-40.
13. Azim S, Juergens C, McLaws ML. An average hand hygiene day for nurses and physicians: The burden is not equal. *Am J Infect Control* 2016;44(7):777-81.
14. Lee SS, Park SJ, Chung MJ, Lee JH, Kang HJ, Lee JA, et al. Improved hand hygiene compliance is associated with the change of perception toward hand hygiene among medical personnel. *Infection and Chemotherapy* 2014;46(3):165-71.
15. Öner C, Kozik DÇ, Şimşek EE, Çetin H. İstanbul ili Tuzla ilçesi birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların el hijyeni inanç ve uyumlarının değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician* 2022;13(3): 96-103.
16. Koşucu SN, Baltacı GS, Yıldız T. Sağlık personelinin el hijyeni uyum oranı. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015;5(2):105-8.
17. Al Anazi S, Al Dhefeery N, Al Hjaili R, Al Duwaihees A, Al Mutairi A, Al Saeedi, et al. Compliance with hand hygiene practices among nursing staff in secondary healthcare hospitals in Kuwait. *BMC Health Services Research* 2022;22(1):1325.

Alıntı Kodu: Bayraktar S. ve Ark. İnegöl Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarının el hijyeni uygulamalarının değerlendirilmesi. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (2): 54-63. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00254.

Epilepsi ve Aile Hekimliği

Epilepsy and Family Medicine

 **Özla Çelik¹**  **Çiğdem Apaydın Kaya²**

¹⁾ Fenerbahçe Aile Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., İstanbul. {ORCID:0000-0002-4362-488X}

²⁾ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., İstanbul. {ORCID:0000-0003-4786-6760}

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Özla Çelik

E-mail: ozlaalp@gmail.com

Geliş tarihi: 03/12/2022

Kabul tarihi: 08/06/2023

Yayın tarihi: 30/06/2023

Alıntı Kodu: Çelik O. ve Apaydın Kaya Ç. Epilepsi ve Aile Hekimliği
Jour Turk Fam Phy 2023; 14 (2): 64-81. Doi: 10.15511/tjfp.23.00264.

Özet

Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye, kapsamlı ve sürekli hizmet sunmaktan sorumlu kişisel hekimlerdir. Seçilmiş sorunlarla uğraşarak hastalarla ilk teması yönetebilme, tüm sağlık durumlarıyla ilgilenebilme, birinci basamaktaki diğer çalışanlar ve uzmanlarla eşgüdümlü hizmet sunabilme, etkili ve amacına uygun sağlık hizmeti sunumu ve sağlık hizmeti kullanımı sağlayabilme, sağlık sistemi içindeki uygun hizmetleri hasta için ulaşılabilir hale getirebilme, hastanın savunucusu olabilme yetilerini içerir. Aile hekimleri epilepsi tanısı mevcut olan hastaların da ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Ayrıca sağlıklı iken ya da hastalıkları stabil iken de kendilerine kayıtlı kişilerle iletişim içerisinde olmaları, kolay ulaşılabilir olmaları, hastaları kendi ortamlarında/evlerinde görme şanslarının olması, aile hekimlerinin epilepsili hastaların bakımında kullanabilecekleri avantajlardandır. Bu nedenle aile hekimleri epilepsili bir hastayı tanıyabilmeli, yönetmeli ve tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenebilmelidir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimi, birinci basamak, epilepsi, nöbet

Summary

Family physicians are specialist physicians trained in line with the principles of the discipline. Essentially, they are personal physicians responsible for providing comprehensive and ongoing service to every individual seeking medical care, regardless of age, gender, or condition. Being able to manage the first contact with patients by dealing with unselected problems, deal with all health conditions, provide coordinated service with other staff and other specialists in primary care, provide effective and appropriate healthcare delivery and use of healthcare services, make appropriate services within the healthcare system accessible to the patient, advocate for the patient includes the ability to be Family physicians are also the first point of contact for patients with epilepsy. In addition, being in contact with the people registered to them when they are healthy or their illness is stable, being easily accessible, having the chance to see the patients in their own environment/home are advantages that family physicians can use in the care of patients with epilepsy. Therefore, family physicians should be able to recognize and manage a patient with epilepsy and deal with all health problems.

Keywords: Epilepsy, family physician, primary care, seizure

Alıntı Kodu: Çelik O. ve Apaydın Kaya Ç. Epilepsi ve Aile Hekimliği
Jour Turk Fam Phy 2023; 14 (2): 64-81. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00264.

Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği (ILAE) ve Uluslararası Epilepsi Bürosu'nun 2005 yılında oluşturduğu tanımına göre epileptik nöbet; beyindeki nöronların aşırı ve eş zamanlı aktivitesine bağlı geçici belirti ve/veya bulgulardır. Epilepsi bu durumun nörobiyolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçları ile birlikte epileptik nöbetlere neden olduğu bir beyinsel bozukluktur.⁽¹⁾ Bu tanımla birlikte bazı hekimlerin ilk kez oluşan ve bir sonraki için risk oluşturabilen tetiklenmemiş bir nöbeti yeterince dikkate almadıkları ve o hastayı epilepsi açısından detaylı incelemedikleri bildirilmiştir.

Bu nedenle epileptologlar 2014' te epilepsi için yeni bir tanımlama ortaya koymuştur. ILAE tarafından yayınlanan bu tanımlamayla iki kez tetiklenmemiş nöbet geçirenler ve tetiklenmemiş tek nöbetle birlikte nöbet rekürensini artıran diğer faktörlerin birlikteliği bulunan hastaların epilepsi tanısı açısından değerlendirilmesi önerilmektedir.⁽²⁾ **Yeni tanıma göre;**

- Birbirinden en az 24 saatten fazla aralıklarla oluşan 2 adet tetiklenmemiş veya refleks nöbet,
- İki adet tetiklenmemiş nöbet sonrası, tetiklenmemiş tek nöbet ile birlikte nöbet tekrarı olasılığının >%60 olması veya
- Bir epilepsi sendrom tanısının konmuş olması gerekir.⁽²⁾

Türkiye'yi temsil eden bir epilepsi prevalans ve insidans çalışması olmamakla birlikte, yapılan bölgesel çalışmalarda Türkiye'de epilepsi sıklığının binde 7-10 arasında olduğu göze alındığında^(3,4) her aile hekiminin kendine kayıtlı bin kişiden 7-10'unda epilepsi olduğu anlamına gelmektedir. İstanbul'da aile hekimi başına düşen nüfus ortalama 3721 olduğuna göre⁽⁵⁾ her aile

hekimine kayıtlı, yönetilmesi beklenen yaklaşık 25 epilepsi tanılı hasta olduğu düşünülebilir.

Birinci basamak yönetimi ve epilepsi

Seçilmemiş sorunlarla uğraşarak hastalarla ilk teması yönetebilme, tüm sağlık durumlarıyla ilgilenebilme, birinci basamaktaki diğer çalışanlar ve uzmanlarla eşgüdümlü hizmet sunabilme, etkili ve amacına uygun sağlık hizmeti sunumu ve sağlık hizmeti kullanımı sağlayabilme, sağlık sistemi içindeki uygun hizmetleri hasta için ulaşılabilir hale getirebilme, hastanın savunucusu olabilme yetilerini içerir.⁽⁶⁾

Aile hekimleri epilepsi tanısı mevcut olan hastaların da ilk temas noktasını oluşturmaktadır. Bu nedenle aile hekimleri epilepsili bir hastayı tanımalı, yönetmeli ve tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmelidir. Aynı zamanda hastalar tek bir nöbet öyküsüyle de aile hekimlerine başvurabilir. Epilepsi tanısı mevcut olan hastalar aile hekimlerine sağlık raporu, sürücü belgesi, işe giriş belgesi, spor yapabilir belgesi, askerlik belgesi vb. gibi belgeleri alabilmek için başvurduğunda da aile hekimleri bu hastalara diğer ilgili uzmanlarla eşgüdümlü hizmet sunabilmelidir.

İlk kez nöbet geçiren hastanın yönetimi öncelikle klinik anamnez, fizik muayene ve EEG bulgularına bağlıdır. Eğer nöbet iyi huylu bir sendromla, fokal nöbetle, tetiklenmemiş bir atakla, merkezi sinir sistemi bozukluğuyla veya beklenmedik refraktör nöbetlerle ilişkili değilse o zaman görüntüleme de gerekebilir.⁽⁷⁾ Aile hekimleri birinci basamakta ilk kez nöbet geçiren hastayla karşılaştığında bu durumun ayırıcı tanısını yapabilmeli ve aşağıdaki durumları hastada sorgulamalıdır.

Tek bir nöbet veya geçici epileptik bozukluklara neden olan durumlar;

- Erken çocukluk döneminde ateşli nöbet,
- Uyku eksikliği,
- Hipoglisemi,
- Hiponatremi,
- Metabolik ensefalopati,
- Merkezi sinir sistemi enfeksiyonu,
- Alkol veya uyuşturucu bırakma,
- Uyuşturucu madde kullanımı (ör. Amfetaminler, kokain),
- Farmakolojik ajanlar (örn. Aminofilin, fenotiyazinler ve bazı analjezikler),
- Akut travmatik nöbetler (hafif-orta kafa travması ve ardından hemen tonik-klonik nöbet).⁽⁷⁾

Epilepsi tanısı kesin konmuş olan hastalar, sürücü ehliyeti almak için aile hekimlerine başvurduğunda, hekim karar verirken, sendrom tanısı (etiyojik), semiyolojik nöbet özellikleri (şuur kaybı +/-, aura +/-, auranın süresi), nöbet zamanı (uyku/uyanıklık), nöbet sıklığı (zaman içindeki seyir), başlangıç yaşı, hastalık süresi gibi bilgileri içeren bir klinik tablo özeti hazırlamalıdır.

Hastanın eğitim durumu (ilk, orta, yüksek), IQ düzeyi, medeni hali, çocuğunun olup olmadığı, aile bakımı altında veya aileden bağımsız yaşayıp yaşamadığı, askerlik yapıp yapmadığı, herhangi bir suç kaydı, ilaç ya da madde bağımlılığının olup olmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Daha sonra aile hekimi bu tıbbi bilgilendirme formu eksiksiz doldurulmuş hastanın, sürücü ehliyeti açısından değerlendirilmesi için hastaneye sevk etmelidir.⁽⁸⁾ Aile hekimi hastasını sürücü belgesi konusunda da bilgilendirebilmelidir.

Epilepsi motorlu taşıt kazaları için bir risk teşkil etse de, alkol gibi diğer kaza nedenlerine göre risk nispeten daha küçüktür.⁽⁹⁾ Bir çalışmada, tüm ölümcül motorlu taşıt kazalarının % 30' unun alkole bağlı kazalar ve yalnızca % 0,2' sinin nöbet ile ilişkili kazalar olduğu gösterilmiştir.⁽¹⁰⁾ Epilepsili kişilerin kazaya neden olabilecek tüm sebeplerle kaza yapma riskinin yaklaşık 2 kat arttığı gösterilmiştir, ancak epilepsili kişilerin dahil olduğu tüm motorlu taşıt kazalarının yaklaşık % 11' i nöbetlerden kaynaklanmaktadır.⁽¹¹⁾

T.C. Resmi Gazetesinde 2015 yılında yayınlanan “Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” e göre;

- Epilepsi hastaları sadece 1. grup sürücü belgesi alabilirler ve ambulans veya ticari araç kullanamazlar.
- Şuur kayıplı epileptik nöbet geçiren hastalar 6 aylık periyodlarla kontrol muayenesi yaptırdıklarını, 5 yıl boyunca nöbet geçirmediğini ve antiepileptik ilaç (AEİ) kullanmadıklarını belgelemeleri halinde durumları nöroloji sağlık kurulunda değerlendirilir. Sürücü belgesi alabileceğine dair rapor düzenlenmesi halinde kontrol süresi raporda belirtilir.
- Direksiyon başında tekrarlama olasılığı olmayan, farkedilir bir uyarıcı nedeni ile uyarılmış nöbet geçiren kişilere nöroloji uzmanının kanaatine göre sürücü belgesi verilebilir.
- İlk veya tek uyarılmamış epilepsi nöbeti geçiren kişilerin 6 aylık periyodlarla kontrol muayenesi yaptırdıklarını, 3 yıl boyunca nöbet geçirmediğini ve AEİ kullanmadıklarını belgelemeleri halinde durumları nöroloji sağlık kurulunda değerlendirilebilir.

• Sadece uykuda epilepsi nöbeti geçiren kişiler 6 aylık periyodlarla kontrol muayenesi yaptırdıklarını, 5 yıl boyunca nöbet geçirmediğini ve AEİ kullanmadıklarını belgelemeleri halinde durumları nöroloji sağlık kurulunda değerlendirilebilir.

• Bilinci veya hareket yetisini etkilemeyen nöbet geçiren kişilerde 6 aylık periyodlarla kontrol muayenesi yaptırdıklarını, 5 yıl boyunca nöbet geçirmediğini ve AEİ kullanmadıklarını belgelemeleri halinde durumları nöroloji sağlık kurulunda değerlendirilebilir.

• Tedavi edici epilepsi cerrahisi olan kişilere de şuur kayıplı epileptik nöbet geçiren hastaların şartları uygulanır.⁽¹²⁾

Epilepsi hastaları işe başvururken bazı işverenler tarafından ön yargılara maruz kalabilir ve işe alınmayabilirler. İşverenler epilepsi hastasının iş başında nöbet geçirmesi ve bundan kendilerinin sorumlu tutulmasından, ayrıca epilepsili hastanın nöbet esnasında hizmet verdiği kesime zarar verebileceğinden dolayı işe almak istememektedirler.⁽¹³⁾ Ancak iş ortamında yaralanma oranı, işe gitmeme, hastalığa bağlı iş kaybı ve iş üretimi açısından bakıldığında, epilepsi hastası ile normal popülasyon arasında fark olmadığı gösterilmiştir.⁽¹⁴⁾

Epilepsi hastaları aile hekimlerine işe giriş belgesi almak için başvurduğunda, aile hekimi epilepsili hastanın hangi işlerde çalışabileceğini bilmeli ve koruyucu hekim olarak da hastasını bu konuda uyarabilmelidir. Epilepsi nöbetlerinin de dahil olduğu bazı hastalıklarda, zihinsel engellilik ve hareket kısıtlılığı olabileceğinden, bu hastalarımıza özel eğitimlerle iş becerileri kazandırılarak, kurumlar aracılığıyla becerilerine uygun iş olanakları araştırılmalı ve aile hekimleri hastaları ve ailelerini bu konuda desteklemelidirler.

Özellikle sık nöbet geçiren epilepsi hastaları, bazı işleri yapmamalıdır. Bunlar; pilotluk, dalgıçlık, cerrahlik, kesici alet ve makinalarla ilgili işler, yüksek ve tehlikeli noktalarda çalışmayı gerektiren işler, dağcılık, taşıt sürücülüğü, itfaiyecilik, silah taşımayı gerektiren polislik ve askerliktir. Bazı nöbet tipleri uykusuzlukla uyarılabildiğinden, vardiyalı çalışmalar ve nöbet gerektiren durumlarda düzenlemeler gerekir.

Bazı refleks epilepsiler ışığa duyarlı olduğundan, böyle ışığa duyarlı bir epilepsi söz konusu ise uzun süre bilgisayar karşısında çalışılmaması, televizyonun uzun süre ve yakından seyredilmemesi ve güneşli havalarda şapka giyilmesi ya da koyu renkli güneş gözlüğü kullanılması önerilir.⁽¹⁵⁾ “Aile hekimi bu hastalarını, sadece işe giriş belgeleri düzenlerken değil, her vizitte uyarmalı ve hem hastayı hem ailesini bilgilendirmelidir.

Ayrıca 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre “Tehlikeli ve Çok Tehlikeli Sınıfta” yer alan iş kolları belirlenmiş ve bu kanunla düzenlenen 13.07.2013 tarihli ve 28706 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Tehlikeli ve Çok Tehlikeli Sınıfta Yer Alan İşlerde Çalışacak Kişilerin Mesleki Eğitimlerine Dair Yönetmeliğe göre, epilepsili kişilerin bu işlerde çalışabilmesi hekim kararına bırakılmıştır. Bu nedenle epilepsili hastaların tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan iş kollarında çalışabilmeleri konusunun nörologlarla birlikte değerlendirilmesi uygun olacaktır.^(16,17)

Epilepsili hastalar spor yapabilir belgesi almak için de aile hekimlerine başvurmaktadırlar. Genel popülasyonda fiziksel aktivitenin yüksek, sedentar yaşamın düşük olmasının depresyon ve anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir.⁽¹⁸⁾ Epilepsili hastaların da anksiyete

ve depresyon için topluma göre yüksek risk taşıdıkları bilinmektedir.⁽¹⁹⁾ Bu nedenle egzersizin önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca epilepsili hastalarda egzersiz sırasında, EEG'deki epileptik deşarjların azaldığı veya kaybolduğu gösterilmiştir. Egzersiz sırasında nöbetler oldukça nadirdir, nöbetler genellikle egzersizden 15 dk-3 saat sonra görülür. Özellikle nöbetlerin yapısal beyin lezyonuna bağlı olduğu hastalarda, egzersizin nöbetleri kötüleştirici etkisi olduğu saptanmıştır, ancak bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir.⁽²⁰⁾

Aile hekimleri, epilepsili hastaların epilepsili olmalarının yanı sıra, kullandıkları AEİ'lerin de yan etkileri nedeni ile egzersizi etkileyebileceği konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Bu ilaçlar yorgunluk, uykuya eğilim, görme bozuklukları, konsantrasyon güçlüğü, koordinasyon bozukluğu gibi yan etkilere neden olabilir. Böylece egzersiz performansına da olumsuz etkileri olabilir. Ayrıca bazı ilaçlar kilo artışı da yapabilir, bu yan etkisiyle de egzersiz ihtiyacı doğurabilir.⁽²⁰⁾

Egzersiz sırasında nöbetler üzerine etkide bulunabilecek risk faktörlerinin de aile hekimleri tarafından, epilepsili hastalara bilgisi verilmelidir ve hastalar bu durumlardan kaçınmaları için uyarılmalıdır.

Bu risk faktörleri şunlardır:

- Aşırı yorgunluk,
- Uykusuzluk,
- Tuz kaybı,
- Su kaybı,
- Aşırı fiziksel aktivite ile bağlantılı tuz fazlalığı,
- Aktiviteden önce az beslenme nedeniyle kan şekerinde düşmedir.⁽²⁰⁾

Nöbetleri tamamen durmuş olsa da epilepsili hastaların yapmaması gereken sporlar vardır. Sık nöbet geçiren, nöbetleri kontrol altına alınamamış hastalarda, spor dalı seçilirken çok daha dikkatli olunması gereklidir.⁽²⁰⁾

Epilepsili tüm hastaların yapmaması gereken sporlar;

- Boks,
- Karate,
- Denetimsiz dalgıçlık,
- Tek başına yamaç paraşütü,
- Tek başına paraşütle atlama,
- Denetimsiz dağa tırmanmadır.⁽²⁰⁾

Kontrolsüz nöbetleri olan hastaların yapmaması gereken sporlar;

- Havacılıkla ilgili sporlar,
- Jimnastik,
- Ata binmek,
- Buz hokeyi, buz pateni,
- Motor sporları,
- Dağcılık,
- Dalgıçlık,
- Denetimsiz yamaç paraşütü,
- Denetimsiz yelkencilik,
- Denetimsiz su sporları ve yüzme,
- Su kayağı,
- Sörfdür.⁽²⁰⁾

Kişî merkezli bakım ve epilepsi

Hastanın içinde yaşadığı koşullar bağlamında hastalarla ve sorunlarla uğraşırken kişî merkezli bir yaklaşım benimseyebilme; aile hekimliği hasta görüşmesini, hastanın otonomisine saygı göstererek etkili bir

hekim-hasta ilişkisi oluşturmak üzere kullanabilme ve geliştirebilme, iletişim kurabilme, öncelikleri belirleyebilme ve ortaklık içinde hareket edebilme, süregiden ve koordine sağlık hizmeti yönetimi açısından, hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal sürekli bakım hizmeti sağlama yetilerini içerir.⁽⁶⁾

Aile hekimleri epilepsi tanısı mevcut olan hastalarıyla da kişi merkezli yaklaşımı benimsemeli ve diğer tüm hastalar gibi hastaya sadece epilepsi tanısında bakmamalı, hastayla tedavi ve takip sürecinde etkili bir iletişim kurmalı ve ortak kararlar içinde hareket edebilmelidir. Epilepsi hastalarını ne zaman sevk etmesi gerektiğini bilmelidir. Gebelik ve emzirmede AEİ kullanımı hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı ve hastalarını bu konuda bilgilendirebilmelidir.

Aile hekimleri kendisine başvuran, ilk kez nöbet geçirmiş her hastayı (ya da ilk kez afebril nöbet geçiren her çocuğu) en kısa zamanda, mümkünse olay günü ya da 1-2 hafta içinde bir nöroloji uzmanına sevk etmelidir.⁽²¹⁾ Aynı zamanda hastada non-epileptik bir ataktan şüpheleniliyorsa psikiyatri ve gerekli diğer branşlara da hastanın sevk edilmesini sağlamalıdır.⁽²¹⁾

Aile hekimleri birinci basamakta gebe ve lohusa hastalarının takibinde önemli role sahiptir. Epilepsi tanısı olan gebe ve emziren kişileri AEİ'lerin olası etkileri hakkında bilgilendirebilmeli ve bu konuda danışmanlık verebilmelidir. Bu hastalara gebelik öncesinde de prekonsepsiyonel danışmanlık verebilmelidir. Çocuk sahibi olmaya karar veren epilepsili kadınlara bazı fetal riskler olsa da doğru zamanda uygun tedavi seçilmesi ve yakın takip ile sorunsuz bir gebelik de geçirebilecekleri, sağlıklı bir çocuk sahibi olabilecekleri bilgisi

hekim tarafından verilmelidir.⁽²¹⁾ Gebelikte en düşük etkin dozla monoterapi verilmesi en az riske sahip olan tedavi şeklidir.⁽²¹⁾

Tedavi ile ilişkili riskler; fetal büyüme üzerindeki negatif etkiler, majör konjenital malformasyonlarda (MKM) risk artışı, nörobilişsel ve davranışsal gelişim üzerindeki negatif etkilerdir.⁽²²⁾ Karbamazepin, nörodavranış için teratojen görünmemektedir. Lamotrijine ilişkin mevcut veriler, IQ düzeyi açısından çocukların değerlendirilmesini önermektedir. Levetirasetam, topiramet ve diğer AEİ'lere ilişkin sınırlı veri vardır.⁽²²⁾ MKM'ye neden olma riski en yüksek olan ilaç valproattır; fenobarbital ve topiramet daha düşük riske, lamotrijin ve levetirasetam ise en düşük riske sahip ilaçlardır. Valproat gibi karbamazepin, fenobarbital ve lamotrijinin de MKM riski doza bağımlıdır.

Bu nedenlerle politerapi de kullanılan AEİ'nin tipi, AEİ sayısı kadar önemlidir.⁽²²⁾ Anne karnında valproata maruz kalmak, çocukta doza bağlı nörobilişsel ve davranışsal bozukluklarla (örneğin otizm spektrum bozukluğu) ilişkili olarak, önemli bir riske sahiptir.⁽²³⁾ Ayrıca bu çocuklarda işitme bozuklukları ve işitme kaybı da bildirilmiştir.^(24,25) Tüm bu nedenlerle valproat gebelikte öncelikli olarak tercih edilmemektedir.

Gebelik öncesinde de uygun bir alternatif tedavi varlığında ve herhangi bir kontraseptif bir yöntem kullanılmadığı durumda çocuk doğurma potansiyeli olan tüm epilepsili kadınlarda valproat kullanımı önerilmemektedir.^(26,27) Ayrıca etken madde olan sodyum valproat veya ilacın içerdiği diğer maddelerden birine karşı alerji öyküsü, karaciğerle ilgili bir hastalık varlığı, hastada veya aile bireylerinde ilaca bağlı gelişen

hepatotoksisite öyküsü, hepatik porfiri ya da amonyak düzeyinin artmasına neden olabilecek metabolik bir hastalık varlığı, Alpers-Huttenlocher Sendromu ve Sarı Kantaron (St. John's Wort) kullanımı valproatin kontrendikasyonları arasındadır.⁽²⁸⁻³⁵⁾

Epilepsili kadınların çoğu, hamilelik sırasında nöbet kontrolüne devam eder. Hamilelik öncesi nöbet kontrolü, hamilelik sırasında nöbet kontrolünün en önemli belirleyicisidir. Hastalar aile hekimleri tarafından bu kontroller için teşvik edilmelidirler. Gebelikte AEİ'ye uyumsuzluk ve AEİ'nin klirensindeki değişiklikler, ani nöbetlerin başlıca nedenleridir. Gebelik, AEİ'lerin farmakokinetiği üzerinde büyük bir etkiye sahip olabilir.

Gebelik sırasında klinik olarak lamotrijin, levetirasetam ve okskarbazepinin serum konsantrasyonunda belirgin düşüş görülür, ancak fenobarbital, fenitoin, topiramet ve zonisamidinin de eliminasyonunda anlamlı bir artış görülür. Serum konsantrasyonunda gebelik öncesi optimal konsantrasyonun %35'inden fazla düşüş, nöbet kontrolünde bozulmada artmış riskle ilişkilidir. Hamileliğin AEİ kan düzeylerini ne ölçüde etkilediği, kadınlara göre değişir ve kan düzeyi örneklemeyle en iyi şekilde kontrol edilebilir.⁽²²⁾

Tedavi ile ilişkili risklerin yanı sıra kontrolsüz anne nöbetleri sadece hamile kadına değil, fetusa da zararlı olabilir.⁽²²⁾ Bu ise gebelikte AEİ kullanımının temel nedenlerindedir.⁽³⁶⁾ Örneğin bilateral tonik-klonik nöbetlere dönüşmeyen bilinç bozukluğu olan fokal nöbetlerin fetüs üzerinde 2.5-3.5 dakika boyunca fetal kalp hızında yavaşlama yaptığı gösterilmiştir.⁽³⁷⁾ Jeneralize tonik klonik nöbetler, hamilelik sırasında fetüse plasenta aracı ile transfer edilen hipoksi ve laktik asi-

doz nedenli asfiksiye yol açabilir.⁽³⁸⁾ Nöbete bağlı düşmeler de uterusu künt travmaya neden olabilir ve böylece fetüsü etkileyebilir.⁽²²⁾ Tayvan'da ülke çapında yapılan bir çalışmada, hamilelik sırasında nöbetlerin erken doğum ve düşük doğum ağırlığıyla ilişkili olma olasılığı yüksek bulunmuştur.⁽³⁹⁾

Epilepsi ve kontrolsüz nöbetler maternal risklerle de ilişkilidir. Epilepsili olup hastanede doğum yapan kadınlarda doğum sırasında 10 kata kadar artan anne ölüm riski bildirilmiştir ve ölüm nedenlerinin çoğu nöbetle ilişkili olmak üzere en fazla epilepside ani beklenmeyen ölüm kaynaklı olduğu gösterilmiştir.⁽⁴⁰⁾

Aile hekimleri tarafından tüm anneler anne sütü vermeye teşvik edilmelidir. Bebeğin anne sütündeki AEİ'lere maruz kalması, maternal plazma ilaç konsantrasyonu, ilacın süt/plazma oranı, bebek tarafından alınan süt hacmi ve ilacın bebekte emilimi, metabolizması ve atılımı gibi birçok faktöre bağlı olarak değişir. Genel olarak, proteine minimum bağlanan ve lipid çözünürlüğü fazla olan AEİ'ler anne sütüne daha kolay geçme eğilimindedir. Primidon, levetirasetam, gabapentin, lamotrijin ve topiramet gibi bazı AEİ'ler, anne sütüne yenidoğan üzerine etki oluşturabilecek kadar yüksek konsantrasyonda geçerler. Valproik asit, fenobarbital, fenitoin ve karbamazepin gibi proteine yüksek oranda bağlanan diğer AEİ'ler ise anne sütüne yüksek konsantrasyonlarda geçmez.⁽⁴¹⁾

Vaka serilerinde barbitüratlar ve benzodiazepinlerle gelişen bazı sedasyon raporları dışında, anne sütü yoluyla AEİ maruziyetinin yenidoğan üzerinde olumsuz etkileri bildirilmemiştir. Bebeğin AEİ maruziyetini en aza indirmek için, maternal AEİ'ler düşük etkili bir

dozda tutulmalıdır ve advers reaksiyon belirtileri görürse (uyuşukluk, yetersiz beslenme), bebekte ilaç serum konsantrasyonları izlenebilir.⁽⁴²⁾

Aile hekimleri tarafından gebe kalma aşamasında yeterli folat desteğinin başlatılması da önemlidir. Gebelikte hem fetüs hem de gebe kadınlarda doku sentezine bağlı fizyolojik değişiklikler nedeni ile folat gereksiniminin artışı olduğu bilinmektedir.⁽⁴³⁾ Artan folat gereksiniminin tek başına diyet ile karşılanması mümkün olmadığından gebelerde folik asit desteği tüm dünyada önerilmektedir.⁽⁴⁴⁾ Ülkemizde de, çocuk doğurma potansiyeli olan tüm kadınlar için 0,4 mg folik asit desteği gebeliğin 3 ay öncesinde başlatılması ve gebeliğin 10. haftasına kadar devam edilmesi T.C. Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi tarafından önerilmektedir.⁽⁴⁵⁾

Önceki gebeliklerinde nöral tüp defekti sorunu ile karşı karşıya kalmış olan kadınlarda sonraki gebeliklerde bu riski azaltmak için 4-5 mg/gün folik asit desteği önerilmektedir.⁽⁴⁶⁾ AEİ kullanan kadınlarda folik asit dozu için çalışmalar yetersiz olmakla beraber bazı uzmanlar tarafından 1-5 mg/gün folik asit desteği önerilmektedir.⁽⁴²⁾ Ayrıca aile hekimleri hastalarına folik asit ihtiyaçları için uygun besin önerilerinde de bulunabilmelidirler. Folattan zengin kaynaklar koyu yeşil yapraklı sebzeler (brokoli, ıspanak vb.), kurubaklagiller (nohut, mercimek, fasulye vb.), portakal, greyfurt, yer fıstığı ve bademdir.⁽⁴⁷⁾

Enzim indükleyici AEİ kullanan hastaların bebeklerine doğumdan hemen sonra ve 28. günde yenidoğan hemorajik hastalığını önlemek için 1mg vitamin K enjeksiyonu önerilmektedir.⁽²¹⁾ Aile hekimleri bu annele-

rin yenidoğan bebek izlemelerini yaparken bunu sorgulamayı da unutmamalıdır.

Bütüncül yaklaşım ve epilepsi

Bütüncül yaklaşım, kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan bir biyopsikososyal model kullanabilme yetilerini içerir.⁽⁶⁾

Bir hasta aile sağlığı merkezine herhangi bir şikayetle başvurduğunda Aile hekimleri hastasını tek bir hastalık veya şikayeti üzerinden değerlendirmez. Kişinin anemnezini biyopsikososyal yaklaşımla ele alır. Psikiyatrist George Engel 1977 yılında biyopsikososyal modeli tanımlamıştır. Buna göre biyopsikososyal sistemlerin, biyolojik alt sistemleri birbirlerini etkileyerek daha başarılı ve daha karmaşık sistemleri oluşturmada ve eş zamanlı olarak da sosyal ve psikolojik faktörlerden etkilenmektedir.

Tüm organizma ise biyolojik, psikolojik ve sosyal etkilerin karşılıklı etkileşimleri ile anlam bulmaktadır.⁽⁴⁸⁾ Aile hekimi de kişinin biyolojik, ruhsal ve sosyal sağlığını bir bütün olarak değerlendirir. Kişinin ailesinin, sosyal çevresinin ve kültürel boyutlarının kişinin sağlığı için öneminin farkındadır. Amerikalı filozof William James (1958); “Bir şeyi doğru anlayabilmek için onu içinde bulunduğu ortamda ve o ortamın dışında bütün çeşitliliği ile tanımamız gerekir” demiştir.

Epilepsili hastalar, herhangi bir nedenle veya şikayetle aile hekimlerine başvurduklarında aile hekimleri hastasına bütüncül yaklaşmayı bilir. Örneğin sadece reçete için başvuran hastasının başvurusunu aile hekimi bir fırsat olarak değerlendirir ve kişiyi fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan bütün kültürel ve varoluş boyutlarıyla

ele alır. Aynı zamanda Epilepsi tanılı hastalarda depresyon, anksiyete, psikoz, dikkat eksikliği gibi durumlar genel populasyona göre daha çok görülmektedir.⁽⁴⁹⁾

Bu nedenle psikososyal olarak da diğer kişilere göre daha çok desteğe ihtiyaç duyduklarından aile hekimi hastasının bu konuda da topluma ve ailesine karşı savunucusu olmalıdır. Bir sistematik derleme çalışmasında normal zekaya sahip epilepsili çocuklarda, akademik başarının daha düşük olduğu gösterilmiştir.⁽⁵⁰⁾ Aile hekimleri bunu bilir ve bu bütüncül yaklaşımda bunları da ele alır.

Kapsayıcı yaklaşım ve epilepsi

Çok sayıda yakınma ve patolojiyi, bireyin hem akut hem kronik sağlık sorunlarıyla eş zamanlı yönetebilme, sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirebilme, sağlığın geliştirilmesi, korunma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyonu yönetebilme ve koordine edebilme yetilerini içerir.⁽⁶⁾

Epilepsili hastaların her kontrolü sırasında akıllarına takılan soruları sormaları için vakit ayırmak, sık karşılaşılabilecekleri semptomların ciddiyeti ve ilaçların düzenli kullanımı hakkında bilgi vermek, ilaç yan etkisi, ilaç etkileşimleri, prekonsepsiyonel danışmanlıktan bahsetmek aile hekiminin görevlerindedir. Örneğin evde geçirilen bir epileptik nöbetin nasıl yönetilebileceği konusunda aileyi bilgilendirmek aile hekimlerinin kapsayıcı yaklaşımının bir parçasıdır.

AEİ kullanan hastalarda prekonsepsiyonel ve aile planlaması danışmanlığı verilmesi sağlığın geliştirilmesi ve hastanın korunması açısından önemlidir. İlk kez

geçirilen nöbetin, non-epileptik atakların, kontrolsüz epilepsinin veya psödonöbet gibi durumların yönetiminde gerektiğinde diğer ilgili uzmanlık alanlarının görüşünü almak, branşlar arası koordinasyonu sağlamak ve hastanın ilgili merkezlere sevkini gerçekleştirmek kapsayıcı yaklaşımın bir parçasıdır.

Epilepsinin ilk tanısı epilepsi uzmanı tarafından yapılması gerekmesine rağmen, takip en uygun şekilde birinci basamakta hastanın evine yakın bir ortamda yapılmalıdır.⁽⁵¹⁾ Aile hekimleri, hastalar nöbet ile başvurduğunda detaylı bir anamnez olarak nöbetin ayırıcı tanısını yapabilmelidir. Her vizitte epilepsili hastanların ilaçlarını düzenli alma durumlarını, nöbet sıklığını, en son nöbeti ne zaman geçirdiğini, nöbet öncesinde tetikleyici faktörlerin olup olmadığını, AEİ'lerin yan etkilerini (**Tablo 1**), AEİ'lerle diğer ilaçların etkileşimini (**Tablo 2**) sorgulamalıdır. Alkol, uyku eksikliği, ışık maruziyeti, aşırı sıvı tüketimi, stres, anksiyete, hiperventilasyon ve bazı antidepresan ilaçlar nöbetler için uyarıcı olabilmektedir.^(51,52)

Aile hekimlerinin birinci basamakta bakabileceği tetikler sınırlı olsa da epilepsili hastaların takibini yaparken AEİ'lerin kandaki düzeyine ne zaman bakılması gerektiği konusunda bilgi sahibi olmalı ve hastasını ilgili merkeze yönlendirebilmelidir. AEİ'nin kandaki düzeylerinin takip endikasyonları;

- Önerilen ilacın kullanılmadığından şüphelenildiğinde,
- Toksikite şüphesi varsa,
- Farmakokinetik etkileşimlerin düzenlenmesinde,
- Status epileptikus, organ yetmezliği veya gebelik gibi bazı özel durumlardır.⁽²¹⁾

Tablo 1: Bazı anti epileptik ilaçların (AEİ) yan etkileri⁽⁷⁾

Karbamazepin	Makülopapüler döküntü
	Stevens-Johnson sendromu
	Diğer AEİ'lerle etkileşim
	Geçici lökopeni
	Kalıcı lökopeni
	Aplastik anemi
Lamotrijine	Hafif döküntü
	Şiddetli döküntü
	Diplopi
Fenitoin	Oral kontraseptiflerin, antikoagülanların, diğer AEİ'lerin ve deksametazonun metabolizmasını artırır
	Döküntü
	Dişeti hipertrofisi
	Hafif hirsutizm
Topiramet	Kilo kaybı
	Zihinsel tembellek
	Yorgunluk
	Böbrek taşı
	Glokom
Valproat	Kilo almak
	Saç kaybı
	Karaciğer yetmezliği
Etoosüksimid	Gastrointestinal sinirlilik
	Depresyon
	Psikoz
	Lökopeni

Table 2: Bazı antiepileptik ilaçlarla (AEİ) diğer ilaçların etkileşimleri⁽⁶⁷⁾

Terapötik ilaç sınıfları	Etkilenen AEİ'ler	Etkileşim mekanizması ve klinik sonuç
Antidepresan ve antipsikotikler	Haloperidol	AEİ'lerin serum konsantrasyonlarında artışa yol açan enzim inhibisyonu yaparlar.
	Risperidon	
	Klorpromazin	Valproik asit
	Klomipramin	Karbamazepin, fenitoin, fenobarbital, valproik asit
	Sertralin	Karbamazepin, lamotrijin, fenitoin, valproik asit
Oral kontraseptifler		AEİ'lerin serum konsantrasyonlarında azalmaya yol açan metabolizmayı indüklerler.
Antibiyotikler	Klaritromisin	AEİ'lerin serum konsantrasyonlarında artışa yol açan enzim inhibisyonu yaparlar.
	Eritromisin	
	Trolandomisin	
	Rifampisin	Lamotrijin
	İzoniazid	Karbamazepin, etosüksimit, fenitoin, valproik asit
Diğerleri	Probenisid	Karbamazepinin serum konsantrasyonunda azalmaya yol açan metabolizmayı indüklerler.
	Antiasit	Gabapentinin emiliminde ve atılımında azalma sonucu Gabapentinin yarı ömrünü uzatırlar.
	Simetidin	
	Salisilat	Tiagabinin toplam serum konsantrasyonunu azaltırlar (ancak serbest konsantrasyonunu deęiřtirmezlere).
	Naproksen	

Aile hekimleri epilepsili hastalarını AEİ tedavilerinin sonlanması konusunda da bilgi sahibi olmalı ve gerektiğinde ilgili merkezlere yönlendirebilmelidir. AEİ kesimi nöroloji uzmanının yönetiminde veya rehberliğinde olmalıdır. AEİ tedavisinin devamı veya kesilmesinin risk ve yararları, en az 2 yıl boyunca nöbetsiz kalan bireylerde tartışılmalıdır.⁽²¹⁾ Pediyatrik epilepsi hastalarında da ilacı kesme kararı nöbet tekrarı olasılığını arttıran risk faktörleri göz önüne alınarak ve aile ile ilacın risk ve faydasını tartıştıktan sonra verilir. Genellikle ilk nöbet kontrolü kolaylıkla sağlanan epileptik çocuklarda 2-4 yıl nöbet görülmezse ilacın sonlandırılması önerilir.⁽⁵³⁾

Aile hekimleri kapsayıcı yaklaşımın da bir parçası olarak epilepsili hastalara prekonsepsiyonel danışmanlık verebilmeli, uygun kontraseptif yöntem seçimleri hakkında hastalarını bilgilendirebilmelidir. Epileptik kadın hastanın kontrasepsiyon için non-hormonal metod kullanmasının hiçbir kontrendikasyonu yoktur. Enzim indüklemeyen AEİ'ler (gabapentin, lamotrijin, levetirasetam, valproik asit), oral kontraseptiflerin etkinliğini değiştirmezler. Enzim indükleyici AEİ (karbamazepin, etosüksimid, fenobarbitol, fenitoin, primidon) kullanan kadın hastalarda oral kontraseptifler (OK) ilk tercih edilen kontrasepsiyon yöntemi olmamalıdır. Ancak hasta yine de oral kontraseptif kullanmayı istiyorsa, kontrasepsiyon etkinliğinin azalacağı bilgisi aile hekimi tarafından verilmelidir.

Enzim indükleyici AEİ kullanan epilepsili hastalara, yüksek dozda kombine oral kontraseptif ya da progesteron içeren kontraseptifler, örneğin; depo- provera önerilir.⁽²¹⁾ Sadece düşük dozlu progesteron içeren tablet veya

implant formundaki kontraseptif ilaçların başarısızlık oranı yüksek olup, AEİ ile birlikte kullanımı önerilmemektedir.⁽⁵⁴⁾ Kombine OK kullanmak isteyen hastaların oral kontraseptif içeriğinde minimum 50 mcg östradiol ya da mestranol bulunması gereklidir. Ara kanamaları oluyorsa östrojen dozu 75 mcg veya 100 mcg/gün'e çıkılmalıdır.

Ayrıca "üçlü siklus" tedavi düşünülmelidir (üç paket ilacı ara vermeden kullanmak). Yüksek doz oral kontraseptif kullansalar da, enzim indükleyici ilaç kullanan hastalar gebe kalma riskine sahiptir bu nedenle ek olarak bariyer metodunun kullanılması önerilebilir.⁽²¹⁾ Depo-provera, enzim indükleyici AEİ kullanan hastalarda önerilebilecek, standart 12 hafta intervallerle kullanılabilen bir ilaçtır. Epileptik hastalarda 10 haftalık intervallerle kullanılmalıdır.⁽⁵²⁾

Acil kontrasepsiyon için, rahim içi araç en uygun tercih edilebilecek metottur.⁽²¹⁾ Enzim indükleyen AEİ alan hastalar acil hormonal kontrasepsiyon yöntemini kullanacaksa, aynı anda iki doz alması önerilir. Enzim indükleyici AEİ kullanan hastalarda, acil hormonal kontrasepsiyon için; levonorgesterol 0,75 mg 1x2 (1,5 mg), 12 saat sonra 1x1 (0,75 mg) alması önerilir.⁽⁵⁴⁾

Aile hekimleri koruyucu hekim olarak, diğer tüm hastalar gibi epilepsili hastalara da sigara bırakma konusunda danışmanlık verebilmelidir. İsviçre'de yapılan kesitsel bir çalışmada epilepsili hastaların genel popülasyona göre sigara içme riski daha yüksek saptanmıştır.⁽⁵⁵⁾ Sigaranın, nöbet için risk faktörü olabileceği konusunda çalışmalar devam etmektedir, bir çalışmada sigara içmekle nöbet riskinin arttığı belirtilmiştir.⁽⁵⁶⁾ Sigara içen epilepsili hastalarda, eğer sigara bırakmak

için ilaç tedavisi düşünülmekeyse nöbetle kullanımı kontrendike olan bupropiyondan kaçınılmalıdır.⁽⁵⁷⁾

Epilepsili tüm kişilerin, hasta ile birincil ve ikincil sağlık hizmetlerinin uyumunu içeren kapsamlı bir takip planı olmalıdır.⁽²¹⁾ Bu plana epilepsili hastaların aileleri de dahil edilmelidir. Epilepsili hastalar ve aileleri bilgilendirilmeli, eğitilmeli ve bu durumla baş edebilecek şekilde cesaretlendirilmelidir.⁽⁵⁸⁾

Epilepsi ve toplum yönelimli hekimlik

Toplum yönelimli hekimlik, hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımını açısından bir denge içinde uzlaştırabilmektir.⁽⁶⁾

Halk sağlığı uzmanları ile aile hekimleri, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme sistemlerini oluşturma ve sürdürme açısından doğal müttefiklerdir. Yerel toplum sağlığı merkezleri ile iletişim kurulması ve sürdürülmesi, aile hekimi ile tüm sağlık sistemleri arasında önemli bir köprüdür.⁽⁴⁹⁾

Aile hekimlerine epilepsi hastaları diğer tüm kronik hastalıklı bireyler gibi sadece epilepsisi için değil, toplumun bütününe ilgilendiren sağlık sorunlarıyla da başvurabilir. Bu durumda aile hekimi toplumun sağlığını koruyucu önlemleri almalıdır. Aile hekimleri bildirim zorunlu hastalık veya durumların bildirim, klinik koruyucu rehberlerin uygulanması (tarama, bağışıklama, danışma, kemoprofilaksi, seyahat önerileri), çevre ile ilgili durumlarla alakalı bilgi toplayabilme, toplum kaynakları ile iletişim kurabilme ve hayat tarzı değişikliği için danışmalık verebilmelidir.⁽⁵⁹⁾

Örneğin bir aile hekimi, epilepsi hastasında tüberküloz veya Covid-19 gibi bildirim zorunlu bir hastalıkla karşılaştığında, toplum yönelimli olup bildirimini yapmakla ve çevre ile ilgili gerekli önlemleri almakla görevlidir. Yine epilepsi hastalarını diğer hastalar gibi tarama programlarına dahil etmeli, aşılama hakkında ve toplum sağlığı açısından riskli bölgelere seyahatleri öncesinde bilgilendirmelidir.

Aile hekimleri epilepsili hastalara aşı önerirken; febril konvülsiyon, epilepsi ve/veya epileptik ensefalopati hastalarda aşı kontrendikasyonlarının olup olmadığı ya da herhangi bir aşının febril konvülsiyon, epilepsi ve/veya epileptik ensefalopatilere yol açıp açmayacağı konusunda sorularla karşılaşabilirler.

Bir çalışmada kızamık, kabakulak ve kızamıkçık, hepatit A, hepatit B, çocuk felci, influenza tip B, difteri, boğmaca ve tetanoz aşısı ve meningokok enfeksiyonları, tifüs ve Lyme hastalığına karşı aşılama nöbete neden olduğu belirtilmiştir.⁽⁶⁰⁾ Difteri-Tetanoz-Boğmaca ve Kızamık-Kabakulak-Kızamıkçık aşılarının febril konvülsiyon riskini önemli ölçüde artırdığı belirtilmiştir.⁽⁶¹⁾ Aşılama ve epileptik ensefalopati arasındaki ilişkilere dair son gözlemler ve veriler, aşılara bağlı olarak ortaya çıkan bazı ensefalopati vakalarının aslında aşılama ile nedensel bir ilişkisi olmayan doğal bir genetik kusurdan kaynaklanabileceğini göstermektedir.⁽⁶¹⁾ Yapılan bir literatür taramasına göre; Difteri-Tetanoz-Boğmaca ve Kızamık, Kabakulak ve Kızamıkçık aşıları febril konvülsiyonu provoke edebilseler de, febril konvülsiyonun nedeni değildirler.

Aşılama zamanının ileri yaşa ertelenmesi, febril

konvülsiyon gelişme riskini azaltmaz. Aşılar, epilepsi veya West sendromu gelişme riskini artırmaz. Febril konvülsiyonun geçmişte varlığı aşılama için bir kontrendikasyon değildir. Epilepsi varlığı genel olarak aşılama için bir kontrendikasyon değildir.⁽⁶²⁾

Özgün sorun çözme becerileri ve epilepsi

Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme, öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranabilme ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanabilme, zamanı araç olarak kullanarak kademeli araştırma yapma ve belirsizliğe uyum sağlama gibi uygun çalışma ilkeleri benimseyebilme, gerektiğinde acil girişim yapabilme, erken dönemde ve henüz ayrılaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetebilme, tanı ve sağaltım girişimlerini etkili ve verimli şekilde kullanabilme yetilerini içerir.⁽⁶⁾

Aile hekimleri kendilerine başvuran epilepsi tanımlı hastalarının da kayıtlarını doğru tutmalı, toplumun prevalans ve insidansı ile ilişkilendirebilmelidir. Hekim olarak nöbet, febril konvülsiyon geçiren hastaya gerektiğinde acil müdahale yapabilmelidir. Ayrıca nöbetin

ayırıcı tanısını yapabilmeli, yönetebilmeli, gerektiğinde ilgili merkezlere sevk edebilmelidir.

Febril konvülsiyon; genellikle altı ay ile beş yaş arasında herhangi bir intrakraniyel enfeksiyon bulgusu olmaksızın, ateşle ilişkili olarak ortaya çıkan konvülsiyonlardır.⁽⁶³⁾ Ateşli nöbetleri olan çocukların değerlendirilmesine ateşin nedenini belirlemeye odaklanmış bir anamnez ve fizik muayene ile başlanmalıdır.⁽⁶⁴⁾ Acil müdahale, hastayı hava yolu, solunum ve dolaşım açısından stabilize etmekle başlar. Ateşli nöbetlerin çoğu kendi kendini sınırlar, ancak beş dakikadan uzun süren nöbetlerin kendiliğinden durması olası değildir ve nöbeti kırmak için bir benzodiazepin uygulanmalıdır. İntravenöz erişim olmadığında, bukkal midazolam veya rektal diazepam kullanılabilir.⁽⁶⁵⁾

Epilepsi tanımlı hastalarla periyodik sağlık taramaları, sağlık raporları, düzenli kullanılan ilaçların reçetesi, aşılama, tarama muayeneleri, vb. nedenlerle sık sık karşılaşan aile hekimlerinin ve hasta yakınlarının, epilepsi ile ilgili bilgi edinebilecekleri (nöbet esnasında yapılması gerekenler, iş hayatı, spor, ...) çeşitli kaynaklar mevcut olup Türk Epilepsi ile Savaş Derneği'nin web adresinden⁽⁶⁶⁾ de özet bilgilere ulaşabilirler.

Kaynaklar:

1. Fisher RS, Boas W van E, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* [Internet]. 2005 [cited 2021 Jan 12];46(4):470–2.
2. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* [Internet]. 2014 [cited 2021 Jan 12];55(4):475–82.
3. Karaağaç N, Yeni SN, Şenocak M, Bozluoğay M, Savrun FK, Özdemir H, et al. Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia* [Internet]. 1999 [cited 2021 Jan 11];40(5):637–42.
4. Balal M, Demir T, Aslan K, Bozdemir H. Adana il merkezinde epilepsi prevalansı ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2017;11(1):20.
5. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara. 2018: 248–9. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/36164/0/siy2018en2pdf.pdf> adresinden 13.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
6. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of General Practice/Family Medicine. *Eur Acad Teach Gen Pract* [Internet]. 2005;1–11.
7. Blume WT. Diagnosis and management of epilepsy. *Cmaj*. 2003;168(4):441–8.
8. Türk Epilepsi ile Savaş Derneği. Epilepsi Hastalarının Sürücü Ehliyeti Almaları İle İlgili Yönetmelikte Değişiklik İçin Hazırlanmış Olan Öneri Taslağı [Internet]. [cited 2021 Feb 17]. <http://www.turkepilepsi.org.tr/4/haberler/432/epilepsi-hastalarinin-surucu-ehliyeti-almalari-ile-ilgili-yonetmelikte-degisikli> adresinden 13.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
9. Krumholz A. Driving issues in Epilepsy: Past, present, and future. *Epilepsy Curr*. 2009;9(2):31–5.
10. Sheth SG, Krauss G, Krumholz A, Li G. Mortality in epilepsy: Driving fatalities vs other causes of death in patients with epilepsy. *Neurology*. 2004;63(6):1002–7.
11. Waller JA. Chronic Medical Conditions and Traffic Safety. *N Engl J Med*. 1965;273(26):1413–20.
12. TC. Resmi Gazete. Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 2015;5. <http://journal.umsurabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203> adresinden 37.09.2022 tarihinde erişilmiştir.
13. Şen M. İş Hukukunda Çalışma Koşullarında Değişiklik. Birinci Baskı. Seçkin Yayıncılık, Ankara. 2005.
14. Akyiğit E. İctihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi. İkinci Baskı. Legal Kitabevi, Ankara. 2006.
15. Türk Epilepsi ile Savaş Derneği. Epilepsi ve İş Hayatı [Internet]. [cited 2021]. from: <http://www.turkepilepsi.org.tr/menu/38/epilepsi-ve-is-hayati> adresinden 13.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
16. TC. Resmi Gazete. Tehlikeli ve Çok Tehlikeli Sınıfta Yer Alan İşlerde Çalıştırılacakların Mesleki Eğitimlerine Dair Yönetmelik [Internet]. [cited 2023 Mar 26]. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130713-3.htm> adresinden 13.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
17. TC. Resmi Gazete. İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu [Internet]. [cited 2023]. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm> adresinden 13.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
18. Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2016;77:42–51.
19. Scott AJ, Sharpe L, Hunt C, Gandy M. Anxiety and depressive disorders in people with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsia*. 2017;58(6):973–82.
20. Türk Epilepsi ile Savaş Derneği. Epilepsi ve Egzersiz | [Internet]. [cited 2021]. <http://www.turkepilepsi.org.tr/menu/42/epilepsi-ve-egzersiz> adresinden 13.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
21. Aykut C, Berrin B, Kadriye A, Fehim A, Kezban A, Ebru A, et al. Epilepsi Rehberi. Türk Nöroloji Derneği Epilepsi Çalışma

Alıntı Kodu: Çelik O. ve Apaydın Kaya Ç. Epilepsi ve Aile Hekimliği
Jour Turk Fam Phy 2023; 14 (2): 64-81. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00264.

- Grubu [Internet]. 2007:1–42. <https://www.noroloji.org.tr/tnd-data/uploads/files/epilepsi.pdf> adresinden 13.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
22. Tomson T, Battino D, Bromley R, Kochen S, Meador K, Pennell P, et al. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and Pregnancy. *Epileptic Disord.* 2019;21(6):497–517.
 23. Jakob C, Therese K.G, Merete JS, Diana S, Erik TP, Lars HP, et al. Prenatal valproate exposure and risk of autism spectrum disorders and childhood autism. *Journal of American Medical Association.* 2013;309:1696-703.
 24. Foch C, Araujo M, Weckel A, Damase-Michel C, Montastruc J-L, Benevent J, et al. In utero drug exposure and hearing impairment in 2-year-old children A case-control study using the EFEMERIS database. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2018;113:192–7.
 25. Houtte E Van, Casselman J, Janssens S, Kegel A De, Maes L, Dhooge I. Middle and inner ear malformations in two siblings exposed to valproic acid during pregnancy: A case report. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014;78(11):2007–10.
 26. Toledo M, Mostacci B, Bosak M, Jedrzejak J, Thomas RH, Salas-Puig J, et al. Expert opinion: use of valproate in girls and women of childbearing potential with epilepsy: recommendations and alternatives based on a review of the literature and clinical experience—a European perspective. *J Neurol [Internet].* 2021;268(8):2735–48.
 27. Harden CL, Meador KJ, Pennell PB, Hauser WA, Gronseth GS, French JA, et al. Management issues for women with epilepsy - Focus on pregnancy teratogenesis and perinatal outcomes. *Neurology.* 2009;73:133-41.
 28. Gupta T. Valproate-induced drug rash eosinophilia with systemic symptoms syndrome: unknown hepatotoxicity. *Euroasian J Hepatogastroenterol.* 2019;9(2):102-3.
 29. Knowles SR, Shapiro LE, Shear NH. Anticonvulsant hypersensitivity syndrome: incidence, prevention and management. *Drug Saf.* 1999;21(6):489-501.
 30. Chalasani NP, Maddur H, Russo MW, Wong RJ, Reddy KR. Practice parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *ACG clinical guideline: diagnosis and management of idiosyncratic drug-induced liver injury.* *Am J Gastroenterol.* 2021;116(5):878-98.
 31. Mindikoglu AL, King D, Magder LS, Ozolek JA, Mazariegos GV, Shneider BL. Valproic acid-associated acute liver failure in children: case report and analysis of liver transplantation outcomes in the United States. *J Pediatr.* 2011;158(5):802-7.
 32. Segura-Bruna N, Rodriguez-Campello A, Puente V, Roquer J. Valproate-induced hyperammonemic encephalopathy. *Acta Neurol Scand.* 2006;114(1):1-7.
 33. Bassett JT, Rodriguez B, Mulligan L, Fontana RJ. Acute liver failure in a military recruit treated with valproic acid and harboring a previously unrecognized POLG-1 mutation. *Epilepsy Behav Rep.* 2019;12:100342.
 34. Guo HL, Jing X, Sun JY, et al. Valproic acid and the liver injury in patients with epilepsy: An update. *Curr Pharm Des.* 2019;25(3):343-51.
 35. Rahimi R, Abdollahi M. An update on the ability of St. John's wort to affect the metabolism of other drugs. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 2012; 8: 691–708.
 36. Sveberg L, Svalheim S, Taubøll E. The impact of seizures on pregnancy and delivery. *Seizure [Internet].* 2015;28:35–8.
 37. Nei M, Daly S, Liporace J. A maternal complex partial seizure in labor can affect fetal heart rate. *Neurology.* 1998;51(3):904–6.
 38. Harden C, Thomas SV, Tomson T, et al. *Epilepsy in women.* Wiley, New York. 2013;115–27.
 39. Chen YH, Chiou HY, Lin HC, Lin HL. Affect of seizures during gestation on pregnancy outcomes in women with epilepsy. *Arch Neurol.* 2009;66(8):979–84.
 40. Edey S, Moran N, Nashef L. SUDEP and epilepsy-related mortality in pregnancy. *Epilepsia.* 2014;55(7):72–4.
 41. Harden CL, Pennell PB, Koppel BS, Hovinga CA, Gidal B, Meador KJ, et al. Management issues for women with epilepsy - Focus on pregnancy (an evidence-based review): III. Vitamin K, folic acid, blood levels, and breast-feeding: Report of the Quality Standards Subcommittee and Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee o. *Epilepsia.* 2009;50(5):1247–55.

Ahntı Kodu: Çelik O. ve Apaydın Kaya Ç. Epilepsi ve Aile Hekimliği
Jour Turk Fam Phy 2023; 14 (2): 64-81. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00264.

42. Patel SI, Pennell PB. Management of epilepsy during pregnancy: An update. *Ther Adv Neurol Disord*. 2016;9(2):118–29.
43. Greenberg J, Bell S, Guan Y, Yu Y. Folic acid supplementation and pregnancy – more than just neural tube defect prevention. *Aust J Herb Naturop Med*. 2020;32(3):115–9.
44. Yan J, Zheng Yz, Cao Lj, Liu Yy, Li W, Huang Gw. Periconceptional folic acid supplementation in Chinese women: A Cross-sectional study. *Biomed Environ Sci [Internet]*. 2017;30(10):737–48.
45. Çelik A, Yaman H, Turan S, Kara A, Kara F, Zhu B, et al. Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi [Internet]. Vol. 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2014:1–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001%0A> adresinden 13.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
46. Czeizel AE, Dudás I, Vereczkey A, Bánhidy F. Folate deficiency and folic acid supplementation: The prevention of neural-tube defects and congenital heart defects. *Nutrients*. 2013;5(11):4760–75.
47. Dayı T, Pekcan G. Gebelerde folik asit desteği ve güncel yaklaşımlar. *Food Heal*. 2019;5(2):128–38.
48. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. 1977;196:129–36.
49. Başak O, Saatçi E. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. Türkiye Aile Hekimleri Uzm Derneği Yayınları, Ankara. 2011;4:1–48.
50. Wo SW, Ong LC, Low WY, Lai PSM. The impact of epilepsy on academic achievement in children with normal intelligence and without major comorbidities: A systematic review. *Epilepsy Res*. 2017;136:35–45.
51. Aylward R. Epilepsy. *J R C Physicians Edinbg*. 2006;36:326–31.
52. Aird RB, Gordon NS. Some excitatory and inhibitory factors involved in the epileptic state. *Brain Dev*. 1993;15(4):299–304.
53. Saltık S. Medical Treatment in Childhood Epilepsies. *J Turkish Epilepsy Soc*. 2014;20(Ek 1):50–5.
54. Schwenkhagen AM, Stodieck SRG. Which contraception for women with epilepsy? *Seizure*. 2008;17(2):145–50.
55. Torriani O, Vuilleumier F, Perneger T, Despland PA, Maeder M, Héritier-Barras AC, et al. Epilepsy and tobacco smoking: a cross-sectional study. *J Neurol*. 2016;263(10):2057–64.
56. Johnson AL, McLeish AC, Shear PK, Sheth A, Privitera M. The role of cigarette smoking in epilepsy severity and epilepsy-related quality of life. *Epilepsy Behav [Internet]*. 2019;93:38–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.01.041>
57. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis E I. Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. (çev. eds) Kut A, Eminsoy MG, Fidan C. 4. Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2019:649.
58. Boer HM, Mula M, Sander JW. The global burden and stigma of epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2008;12(4):540–6.
59. Freeman TR, McWhinney IR. *Textbook of Family Medicine*. Third Edit. Oxford University Press, New York. 2009: 396–400 .
60. Miravalle A, Biller J, Schnitzler E. Neurological complications following vaccinations. *Neurol Res*. 2010;32(3):285–92.
61. Pruna D, Balestri P, Zamponi N, Grosso S, Gobbi G, Romeo A, et al. Epilepsy and vaccinations: Italian guidelines. *Epilepsia*. 2013;54(7):13–22.
62. Belousova ED. Vaccination in children, febrile convulsions, and epilepsy. *Neurosci Behav Physiol*. 2020;50(1):8–12.
63. Duffner PK, Berman PH, Baumann RJ, Fisher PG, Green JL, Schneider S, et al. Clinical practice guideline - Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127(2):389–94.
64. Agarwal M, Fox SM. Pediatric seizures. *Emerg Med Clin North Am [Internet]*. 2013;31(3):733–54.
65. Smith DK, Sadler KP, Benedum M. Febrile seizures: Risks, evaluation, and prognosis. *Am Fam Physician*. 2019;99(7):445–50.
66. Türk Epilepsi İle Savaş Derneği. <https://www.turkepilepsi.org.tr/menu/122/epilepsi> adresinden 13.10.2022 tarihinde erişilmiştir.
67. Johannessen SI, Johannessen Landmark C. Antiepileptic drug interactions - principles and clinical implications. *Curr Neuroparmacol*. 2010;8(3):254–67.

Alıntı Kodu: Çelik O. ve Apaydın Kaya Ç. Epilepsi ve Aile Hekimliği
Jour Turk Fam Phy 2023; 14 (2): 64-81. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00264.

Tekrarlayan kanlı diyare ile başvuran yetişkin erkek COVID-19 hasta olgusu

Recurrent bloody diarrhea in an adult male COVID-19 patient: A Case report

 Egemen Tural¹  Işık Göneç²  Refik Demirtunç³

¹⁾ University of Health Sciences, Haydarpaşa Numune Resh. Hos. Dep. of FM, Dr., Istanbul. {ORCID:0009-0007-4772-796X}

²⁾ University of Health Sciences, Haydarpaşa Numune Resh. Hos. Dep. of FM, Dr., Istanbul. {ORCID:0000-0003-4615-688X}

³⁾ University of Health Sciences, Haydarpaşa Numune Resh. Hos. Dep. of Int. Med., Prof., Ist. {ORCID:0000-0003-0056-5645}

İletişim adresi:

Dr. Egemen Tural

E-mail: egementural1@gmail.com

Geliş tarihi: 02/06/2023

Kabul tarihi: 22/06/2023

Yayın tarihi: 30/06/2023

Informed consent: Written informed consent was obtained from the patient for the case report and publication of the accompanying analyzes (26.05.2023). **No conflict of interest reported.**

Alıntı Kodu: Turhal E ve ark. Tekrarlayan kanlı diyare ile başvuran yetişkin erkek COVID-19 hasta olgusu. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (2): 82-87. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00282.

Özet

Ülseratif kolit, karın ağrısı, kanlı ishal ve kilo kaybı gibi belirtilerle ortaya çıkan inflamatuvar bir bağırsak hastalığıdır. COVID-19 enfeksiyonu, solunum yolu hastalıkları, cerrahi operasyonlar gibi durumlar sonrasında semptomların süresi ve şiddeti artabilir. Ülseratif kolit alevlenmesi ile COVID-19 arasındaki kesin ilişki tam olarak anlaşılamamış olsa da lokal immün deregülasyon, psikolojik stres ve otoimmünitenin başlaması gibi faktörlerin rol oynayabileceğini gösteren çok az literatür vardır. Bu olgu sunumunda, COVID-19 enfeksiyonu sonrası tekrarlayan kanlı ishal, tenezm ve karın ağrısı şikayeti ile başvuran ülseratif kolitli bir hastayı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Ülseratif kolit, COVID-19, diyare, tedavi

Summary

Ulcerative colitis is an inflammatory bowel disease presenting with symptoms such as abdominal pain, bloody diarrhea and weight loss. Following courses like COVID-19 infection, respiratory diseases, surgical operations, etc., the duration and severity of symptoms may increase. Although the exact relationship between exacerbation of ulcerative colitis and COVID-19 is not fully understood, and there is scarce literature demonstrating that factors such as local immune deregulation, psychological stress, and the initiation of autoimmunity may play a role. In this case report, we aimed to present a patient with ulcerative colitis complaining of recurrent bloody diarrhea, tenesmus, and abdominal pain after COVID-19 infection.

Keywords: Ulcerative colitis, COVID-19, diarrhea, treatment

Alıntı Kodu: Turhal E ve ark. Tekrarlayan kanlı diyare ile başvuran yetişkin erkek COVID-19 hasta olgusu. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (2): 82-87. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00282.

Introduction:

Ulcerative colitis (UC) is an edematous, ulcerative, chronic disease characterized by widespread inflammation of the colonic mucosa and superficial submucosa with an in-depth involvement in fulminant cases. Lesions typically begin in the rectum in 95% of cases and spread from distal to the proximal continuously without leaving any healthy mucosal areas in-between.⁽¹⁾ Common clinical symptoms are urgency to defecate, tenesmus, severe abdominal pain, and bloody diarrhea. Clinically, UC progresses with remissions and attacks that may occur spontaneously or in response to changes in treatment.^(2,3)

Population-based studies have reported that a significant proportion of patients with UC exhibit distinct patterns of colonic inflammation. Specifically, approximately 30-60% of patients present with proctitis, 16-45% with left colitis, and 14-35% with pancolitis. The pathophysiology of UC involves several underlying mechanisms, including defects in the epithelial barrier function, dysregulated immune responses, aberrant recruitment of leukocytes, and alterations in the composition of the colonic flora. These factors collectively contribute to the development and progression of UC.⁽⁴⁾

Although their sensitivity is low, the presence of infections such as hemorrhagic *E. coli*, *Salmonella*, *Shigella*, etc, that may cause a picture similar to UC should be determined by stool cultures. Additionally, medication history especially of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID), 5-aminosalicylic acid (ASA) and antibiotics that may cause a similar picture

should be questioned. Pelvic radiotherapy application should also be questioned in the history.⁽⁵⁾

The exact relationship between ulcerative colitis and COVID-19 is not proven and there is a lack of literature on this subject. In this case report, the exacerbation of the UC disease after the diagnosis of COVID-19 was described in our patient, whose infectious causes, drug-radiotherapy side effects, and other causes were excluded as a result of anamnesis and cultures, and who was diagnosed with UC by colonoscopy and reported to have regressed after treatment.

Case:

Written informed consent was obtained from the patient for the case report and publication of the accompanying analyzes (26.05.2023).

A non-smoker 32-year-old male patient with no chronic illnesses, having occasional episodes of blood stained defecation due to hemorrhoids, presented at an private clinic with a complaint of bloody diarrhea occurring 12-15 times a day, for the past 17 days, 26 months ago. After the diagnosis of amoebic dysentery was made as a result of stool examination and culture, metronidazole treatment was started. His blood sample examination had revealed leucocytosis with a white blood count of (WBC) 16.85/mm³, hemoglobin (Hgb) level of 12.2 gr/dl and C-Reactive Protein (CRP) level of 47.56 mg/dl.

Despite 24 days of 3x750 mg metronidazole treatment (14 days + 10 days), the complaint of bloody diarrhea did not regress and he was feeling weak and loss of appetite, and had lost about 15 percent of his body weight, colonoscopy was planned for further examina-

tion. The pathology report was consistent with UC.

The patient, whose treatment had started with 40 mg methylprednisolone for 12 weeks and tapered off by 4mg weekly after the 2nd week of treatment, and whose diarrhea regressed after 3x800 mg oral mesalazine treatment, applied to our hospital for the first time, for routine control, 22 months ago. The general condition was well, there were no active complaints. Physical examination was normal, abdomen was relaxed with no bloating, rigidity or rebound. Blood sample examinations showed levels for Hgb, WBC and CRP as 11.4 gr/dl, 14.77 /mm³, 4,4 mg/dl respectively.

Mesalazine treatment was continued at 3x800mg. The patient, who did not report any bloody diarrhea and weight loss after methylprednisolone treatment was stopped for about 3 months, the patient came back again with complaints of bloody diarrhea and abdominal pain on the 7th day of the quarantine period, after being found to be positive for COVID-19 with a PCR test. In our hospital, he was taken under 40 mg-methylprednisolone treatment again and was increased to 48 mg when his symptoms did not regress after 5 days and lost 4 kg. After three days, the bloody diarrhea ceased. Methylprednisolone treatment was continued for four weeks more with a decrease of 12 mg per week and was eventually stopped, then the treatment was continued with 3x800 mg of mesalazine only.

Discussion:

In this article, a patient who presented with a UC flare up with bloody diarrhea and weight loss after an episode of COVID-19 infection is introduced although he was in total remission for 4 months. Although

the exact relationship between UC and COVID-19 is not known and there are very few publications, in this scarce amount of literature it has been stated that microbiota disorders and local immune deregulation mechanisms can be the culprit to induce chronic colonic inflammation after an COVID-19 infection.⁽⁶⁾

It has been postulated that the worsening of UC symptoms following a COVID-19 infection could be associated with the initiation of mimicking the molecular autoimmunity caused by viral infections, specifically by COVID-19. This leads to the activation of immune responses targeting antigenic epitopes, known as epitope spread, distinct from those implicated in the disease process. Additionally, it involves the activation of T cells in an antigen-independent manner referred to as bystander activation or the expression of hidden epitopes.⁽⁷⁾

Our case provides further evidence supporting these aforementioned studies, as we observed a recurrence of UC symptoms, such as severe bloody diarrhea and abdominal pain, which began subsequent to the COVID-19 infection.

Based on the findings of Megyeri et al., it has been determined that diarrhea is the predominant gastrointestinal symptom observed in individuals with COVID-19. This occurrence can be attributed to the widespread expression of the ACE2 receptors and other essential elements necessary for viral binding to different cell types within the gastrointestinal tract. Consequently, viral infection triggers an inflammatory response in the intestines, characterized by the release of various pro-inflammatory cytokines and chemokines. Many of

these molecules are known to enhance intestinal permeability, thereby contributing to the manifestation of diarrhea in COVID-19 patients.⁽⁸⁾

During the initial phase of the pandemic, a meta-analysis conducted by Cheung et al. revealed that the identification of SARS-CoV-2 RNA in stool samples, anal swabs, and gastrointestinal histological samples through reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) testing in individuals infected with COVID-19 indicated the potential involvement of the gut as a site for viral replication and activity. This suggests that the gastrointestinal tract may serve as a location where the virus can replicate and exhibit its effects.⁽⁹⁾ In our case, neither anal swabs nor gastrointestinal histological sampling were performed, therefore viral analysis could not be performed.

According to the results obtained retrospectively by Suda et al., which included 289 UC patients' evaluations, it was determined that UC showed exacerbations after COVID-19 infection, and they were likely to be caused by physiological reasons and psychological stress.⁽¹⁰⁾

While in our case the exacerbation is mainly attributed to physiological reasons, the effect of the psychological stress factors on the prognosis of UC cannot be excluded. It should be kept in mind that exacerbations may be experienced in inflammatory bowel diseases such as UC, especially after the COVID-19 infection, and that the treatment dose may need to be increased and it should be evaluated without delay.

Informed consent: Written informed consent was obtained from the patient for the case report and publication of the accompanying analyzes (26.05.2023).

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest. The authors declared that they received no financial support for this study.

Author Contributions: All authors; declared that they participated in the design, supervision, analysis and/or interpretation, literature search, writing and references.

Kaynaklar:

1. Kalkan Ç, Törüner M. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında striktürler. *Güncel gastroenteroloji*. 2013;17(4):302–6.
2. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American college of gastroenterology, practice parameters committee. *American Journal of Gastroenterology*. 2010;105(3):501-23.
3. Tripathi K, Feuerstein JD. New developments in ulcerative colitis: latest evidence on management, treatment, and maintenance. *Drugs Context*. 2019;22(8):1–11.
4. Lynch WD, Hsu R. Colitis, Ulcerative (internet). *StatPearls*. 2018 (cited 2019 Sep 22). Accessed from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29083748> on 11/05/2023.
5. Demir N, Erzin YZ. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında klinik belirtiler. *Güncel gastroenteroloji*. 2014;18(4):423-39.
6. Kartsoli S, Vrakas S, Kalomoiris D, Manoloudaki K, Xourgias V. Ulcerative colitis after SARS-CoV-2 infection. *Autops Case Rep*. 2022;12:e2021378.
7. Venkatachalam S, Nathan J. S2450 COVID-19-associated ulcerative colitis flare: A bad breakout. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):1036.
8. Megyeri K, Dernovics Á, Al-Luhaibi ZII, Rosztóczy A. COVID-19-associated diarrhea. *WJG*. 2021;27(23):3208-22.
9. Cheung KS, Hung IFN, Chan PPY, Lung KC, Tso E, Liu R, vd. Gastrointestinal manifestations of SARS-CoV-2 infection and virus load in fecal samples from a Hong Kong cohort: Systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2020;159(1):81-95.
10. Suda T, Takahashi M, Katayama Y, Tamano M. COVID-19 pandemic and exacerbation of ulcerative colitis. *WJCC*. 2021;9(36):11220-7.

Alıntı Kodu: Turhal E ve ark. Tekrarlayan kanlı diyare ile başvuran yetişkin erkek COVID-19 hasta olgusu. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (2): 82-87. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00282.

Tıp öğrencilerinde tükenmişlik ve depresyon

Burnout and depression in medical students

 Özden Gökdemir¹  Elif Sıdal Gültekin²

¹⁾ IUE Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Asst. Prof., Balçova, İzmir. {ORCID:0000-0002-0542-5767}
²⁾ IUE Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Asst. Prof., Balçova, İzmir.

İletişim adresi:
Dr. Özden Gökdemir
E-mail: gokdemirozden@gmail.com

Geliş tarihi: 12/12/2022
Kabul tarihi: 03/06/2023
Yayın tarihi: 30/06/2023

Alıntı Kodu: Gökdemir O ve Sıdal Gültekin E.. Tıp öğrencilerinde tükenmişlik ve depresyon.
Jour Turk Fam Phy 2023; 14 (2): 88-91. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00288.

Özet

Tıp öğrencileri, eğitimleri ve hastalara yaklaşım süreçleri boyunca akademik baskı, ağır çalışma programı, uykusuzluk ve kaygı gibi çeşitli stres faktörlerine maruz kalmaktadır. Bu stres, öğrencilerin odaklanma becerilerini bozabilir veya çalışma etkinliklerini ve üretkenliklerini azaltabilir. Pek çok ülkede yapılan araştırmalar, tıp öğrencilerinin stresle kötü başa çıkma yöntemleri ve uygunsuz danışmanlık nedeniyle yüksek oranda depresyon ve kötü ruh sağlığı koşullarına sahip olduğunu göstermektedir. Bir anket sonucu 12.000'den fazla tıp öğrencisinin %80'i tükenmişlik, alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı veya depresif belirtiler gösterdiği bildirilmiştir. Başka bir çalışma, tıp öğrencilerinin, asistanların/öğrencilerin ve kariyerinin başındaki doktorların genel nüfusa göre tükenmişlik ve depresyona girme olasılıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, depresyon, tıp öğrencileri

Summary

During their training and patient care process, medical students are exposed to a variety of stressors such as academic pressure, study schedule, sleeplessness, and anxiety. This stress may impair students' ability to focus or reduce their working efficacy and productivity. Surveys in many countries show that medical students have a high prevalence of depression and poor mental health conditions due to stress, poor coping strategies, and inappropriate counseling. 80% of over 12,000 medical students reported burnout, alcohol abuse/dependence, or depressive symptoms in a survey. Another study discovered that medical students, residents/fellows, and early-career physicians were more likely to be burned out and depressed than the general population.

Keywords: Burnout, depression, medical students

Alıntı Kodu: Gökdemir O ve Sıdal Gültekin E.. Tıp öğrencilerinde tükenmişlik ve depresyon. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (2): 88-91. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00288.

Dear editor,

Medical students come across to many stress factors such as pressure of studies, study schedule, sleeplessness⁽¹⁾ and anxiety during their training and patient care process. This stress may cause inability to focus or may decrease students' working efficiency and productivity. Surveys in many countries shows that high frequency of depression and poor mental health conditions amongst medical students due to stress, poor coping strategies and inappropriate counselling.⁽¹⁾ Over 12,000 medical students participated in a survey, and 80% of them reported burnout, alcohol abuse/dependence, or depressive symptoms.⁽²⁾ A different findings revealed that early career physicians, residents, and medical students had higher rates of depression and burnout when compared to general population controls.^(3,4)

As shown in table⁽⁵⁾ medical students are more prone to emotional exhaustion, depression and burnout than the rest of the population.

This is a fact that pressures and workload mostly lead to poor mental health and these stress factors are irreducible.⁽⁶⁾ So preventive measures must be student-based. Some interventions for medical students and educators for coping stress and burning out;

- Expectation of achieving perfection can drive burnout. Trying to do more and more studying is only manageable with eating right, exercising and enough sleep.⁽⁷⁾
- Meditation is a simple and effective solution.⁽⁶⁾
- Peer discussion and network is very important. Trusting peers also supporting them may be helpful.
- Time management is also another important factor in medical school because excessive workload and de-

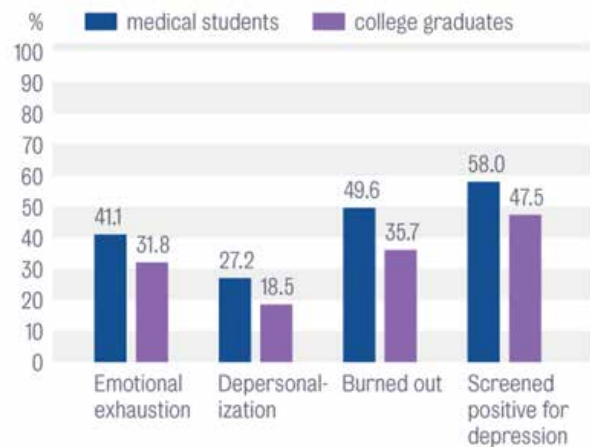
adlines are not be manageable all the time. Time management lessons may be added to curriculum.⁽⁶⁾

- Learning and using support systems in school may be helpful for learning how to deal with the stress. Also medical schools may assess and make sure that medical students are taking care of themselves.

A survey could be created and applied to the medical students before and after using these interventions to assess their effectiveness. For example Gilbey et al. reported that 966 (44.7%) of the 2160 students at the participating medical schools completed their questionnaires. The burnout rate was 50.6%. "Female gender, age under 25, advanced year of study, attending a specific medical school, and not being a parent were all found to be significantly correlated with higher levels of burnout in a multivariate logistic regression analysis"⁽⁸⁾

ARE MEDICAL STUDENTS MORE BURNED OUT THAN THE REST OF THE POPULATION?

In a 2014 study by the journal Academic Medicine, around 4,000 medical students aged 22 to 32 years old reported symptoms of burnout, exhaustion and depression. Their results were compared to over 700 responses by age-matched U.S. college graduates.



SOURCE: Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. Academic Medicine, March 2014. Graphic reporting by Shreya Atyar, Daily Bruin senior staff. Graphic by Jason Farwell, Daily Bruin contributor.

Between the first and second years of medical school, 532 students (76% response rate) confirmed the expected inverse relationship between burnout and intention to drop out as well as the latent moderator burnout x engagement. The protective effect of academic engagement reduces the effect of burnout on dropout intention. Increased levels of academic engagement are correlated with social support satisfaction and adaptive coping, whereas burnout is correlated with general distress and maladaptive coping. Medical Schools should create interventions to deal with student stress and academic difficulties as well as increase their academic engagement levels.⁽⁹⁾

Evidence-based data could be reached by a survey that may applied to medical students each year/term for assessing their behaviors and mental health and so appropriate interventions could be structured. These support systems (which should include not only peer support but also counseling, mentoring, follow-up, and, if necessary, medication) should be both sustainable and accountable. The question is could we structure such well-defined systems without stigmatization and mobbing.

Kind regards.

Kaynaklar:

1. Saeed A, Bahnassy A, Al-Hamdan N, Almudhaibery F, Alyahya A. Perceived stress and associated factors among medical students. *Journal of Family and Community Medicine*. 2016;23(3):166.
2. Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O, Satele DV, Dyrbye LN. Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. medical students. *Acad Med*. 2016; 91(9):1251-6.
3. Dyrbye LN. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population [Internet]. 2019 [cited 26 November 2019]. Accessed from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24448053>, on 10/11/2022.
4. Burnout and depression in medical students and mentors [Internet]. *Contemporary OB/GYN*. 2019 [cited 26 November 2019]. Accessed from: <https://www.contemporaryobgyn.net/obstetrics-gynecology-womens-health/burnout-and-depression-medical-students-and-mentors>, on 10/11/2022.
5. Aiyar S. Caring for the Caregivers [Internet]. 2019 [cited 26 November 2019]. Accessed from: <http://graphics.dailybruin.com/caregivers/>, on 10/11/2022.
6. American Medical Association. How med students avoid burnout [Internet]. 2019 [cited 26 November 2019]. Accessed from: <https://www.ama-assn.org/residents-students/resident-student-health/how-med-students-avoid-burnout>, on 10/11/2022.
7. Medical School Headquarters. Avoiding the Burn: 7 Tips for the Premed and Med Student [Internet]. 2019 [cited 26 November 2019]. Accessed from: <https://medicalschoollhq.net/avoiding-the-burn-7-tips-for-the-premed-and-med-student/>, on 10/11/2022.
8. Gilbey P, Moffat M, Sharabi-Nov A, et al. Burnout in Israeli medical students: a national survey. *BMC Med Educ*. 2023; 23:55.
9. Abreu Alves S, Sinval J, Lucas Neto L, et al. Burnout and dropout intention in medical students: the protective role of academic engagement. *BMC Med Educ*. 2022; 22:83.

Alıntı Kodu: Gökdemir O ve Sidal Gültekin E.. Tıp öğrencilerinde tükenmişlik ve depresyon. *Jour Turk Fam Phy* 2023; 14 (2): 88-91. Doi: 10.15511/tjtfp.23.00288.

 **AHEF**
AILE HEKİMLERİ DERNEĞİ FEDERASYONU

Ana Sayfa Kongre Kurulları Genel Bilgiler Kongremizden Habiralar Genel Konular Bilimsel Program Kayıt ve Konaklama Bildiri Özetleri İletişim English

 **IZMIR**
AILE HEKİMLERİ DERNEĞİ FEDERASYONU

14.
ULUSAL İZMİR
**AİLE HEKİMLERİ
DERNEĞİ
KONGRESİ**

28 NİSAN – 1 MAYIS 2023
KORUMAR EPHEBUS BEACH RESORT, SELÇUK - İZMİR

28 NİSAN – 1 MAYIS 2023
KORUMAR EPHEBUS BEACH RESORT, SELÇUK - İZMİR

 **AHEF**
AILE HEKİMLERİ DERNEĞİ FEDERASYONU

Home Congress Committees International Organizer Committee Programme General Information Main Topics Registration & Accommodation Abstracts Contact Türkçe

 **IZMIR**
AILE HEKİMLERİ DERNEĞİ FEDERASYONU

14th
NATIONAL AND
**1st INTERNATIONAL
CONGRESS
OF IZAHED**
"Planetary Health and Family Medicine"

28 April- 1 May 2023
KORUMAR EPHEBUS BEACH RESORT, SELÇUK - İZMİR

28 APRİL – 1 MAY 2023
KORUMAR EPHEBUS BEACH RESORT, SELÇUK - İZMİR

INDEX

Key Notes - Açılış Konuşmaları

Is the integration between PHC and Prevention "impossible"? The Sentinel Physician for the Environment

Paolo Lauriola

Italian Network of Physicians for the Environment (RIMSA)

Health and Family Medicine Down Under

Catherine Pendrey

MBBS(Hons) BMedSci(Hons) DCH GDipEcon FRACGP FARGP

Planetary Health and Global Policy

Elizabeth Willetts

Policy Director Planetary Health Alliance/Harvard T.H. Chan School of Public Health

Planetary Health and Family medicine. Towards a climate-resilient primary health care practice

Lokotola Christian Lueme

Department of Family and Emergency Medicine/Stellenbosch University (South Africa)

Practicing Comprehensive Family Medicine

Nerio Enrique Romero, Md.

Full professor (Emeritus), Universidad del Zulia (LUZ) (Venezuela)

Global Action on Plan on Patient Safety 2021-2030. The Role of Primary Health Care.

MP Astier-Peña, MD (Spain)

Technical Advisor for Quality and Safety. Territorial Healthcare Quality Unit. Territorial Healthcare Direction of Camp de Tarragona. Healthcare Institut of Catalonia. Chair of Patient Safety Working Group of Semfyc (Spanish Society for Family and Community Medicine), Wonca World (Global Family Doctors) and SECA (Spanish Society for Healthcare Quality) Board Member.

The UK's experience with a Green toolkit and other zero carbon initiatives.

Terry Kemple

RCGP Representative for Sustainability, Climate Change, and Green issues.

Past President RCGP 2015-17

Green Inhalers: Breathing Responsibly&Sustainably

Dr Sankha Randenikumara MBBS MCGP

PgDTox PgDHQPS PgDArch FPallCare- Young Doctors' Representative of WONCA Chief Family Physician-The Family Health Clinic, Wattala, Sri Lanka

Full Text Abstracts - Tam Metin Bildiriler

A dynamic approach to healthy aging

Review of Charles Eugster, World's fittest 97-year-old, dentist, athlete

¹Ümit Kemal Uğurlu

¹İzmir University of Economics, Faculty of Medicine

Evaluation Family Medicine Internship

¹Nedret Tuğba Kireker

¹İzmir University of Economics, Faculty of Medicine

A Unique Case of Glabellar Ecchymosis Associated with Migraine-Type Headaches in a 45-Year-Old Man.

¹ Oğulcan Köme, ¹ Gizem Limnili

¹Dokuz Eylül University/ Faculty of Medicine

Oral Presentations - Sözel Sunumlar

Integrating Health (Reproductive Health) And Climate-Experience From Africa (Uganda)

¹Raymond Ruyoka, ²Dr Peter Ibembe

¹Yadnet Africa

² Reproductive Health Uganda

Fibroadenom İle Takipli Adolesan Kızlarda Vitamin B12 Düzeyleri

¹Azize Ceren Kılıcı, ¹Gürses Şahin, ²Melda Berber Hamamcı, ²Şule Yeşil, ²Ali Fettah,

¹SBÜ Ankara Dr.Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastada Spironolakton Kullanımına Bağlı Gelişen Jinekomasti.

¹Merve Nur Alagöz

¹İzmir Karabağlar 1 Nolu Aile Sağlık Merkezi

COVID-19'a Bilinen Maruziyetin Bireylerin COVID-19 ile İlgili Bilgi Düzeyleri ile İlişkisi

¹Dr. Mehmet Yeral, ¹Uzm. Dr. Gizem Limnili, ¹Prof. Dr. Azize Dilek Güldal

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prevalence of Metabolic Syndrome, its risk factors and associated complications among the rural population of India.

¹Dr K Vani Madhavi, ²Dr Lakshmi Venkata Simhachalam Kutikuppala, ³Dr Gaurang Bhatt,
¹Konaseema Institute of Medical Sciences and Research Foundation, Amalapuram, India
²Dr Ntr University of Health Sciences, Vijayawada, India
³All India Institute of Medical Sciences, Rishikesh, India

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde son 5 yılda yayınlanan makalelerin analizi

¹Yasemin Kiliç Öztürk, ²Yasemin Özkaya,
¹SBÜ İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği
Abd
²SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

**Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Asistanlarının YNSA (Yamamoto New Scalp
Acupuncture-Yeni Nesil Scalp Akupunktur) Hakkında Farkındalıklarının
Değerlendirilmesi.**

¹Ass. Dr. Deniz Almak, ¹Ass. Dr. Alper Kalender, ¹Uzm. Dr. Serap Öksüz, ¹Doç. Dr. Esra M. Koç
¹İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Koroner Arter Bypass Greft Operasyonlu Hastalar ile Sağlıklı Bireylerin Birinci Basamakta
Koruyucu Sağlık Hizmeti Alma Durumlarının Kıyaslanması**

¹Habib Çakır, ¹Köksal Dönmez, ¹Ertürk Karaağaç, ¹İsmail Yürekli, ¹Ali Gürbüz, ²Meryem
Çakır, ²Kurtuluş Öngel,
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar
Cerrahisi Anabilim Dalı
²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

**A Report on the Difficulties Faced by Female Syrian Migrants in Türkiye in Regards to Access
to Sexual and Reproductive Health; compared with difficulties in Sweden.**

¹Doğukan Pira
¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

Balint groups: A supervision model in primary care

¹Genco Görgü, ²Özden Gökdemir,
¹Bandırma 1st Family Medicine Center
²İzmir Ekonomi University

Online and Face to Face Education Perspective

¹Ferhat Gündoğan

¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

Trigeminal neuralgia tension-type headache

¹Ezgi Tatlıcı

¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının SIBO Hakkındaki Bilgi ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

¹Merve Alban, ¹Pelin Tiryakioğlu, ¹Esra Meltem Koç, ²Mehmet Burak Öztop,

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ABD

²İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD

The Association of Diffuse Large B-Cell Lymphoma And Myelodysblastic Syndrome As a Rare Condition

¹Melis Kartal Yandım, ²Kemal Aygün,

¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

A global epidemic! Obesity from Adipogenesis to its Clinical Consequences

¹Dilek Soysal, ¹Melis Kartal Yandım, ¹Ayşe Banu Demir, ¹Yasemen Adalı, ¹Özge Ertener,

¹ÖzdenGökdemir, ¹Elif Barış, ¹Gülfem Terek Ece,

¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

The effect of breathing techniques on the severity and frequency of migraine-like headaches

¹Oğulcan Köme, ¹Gizem Limmili, ¹Dilek Güldal,

¹Dokuz Eylül University/Faculty of medicine

Evaluation Family Medicine Internship

¹Nedret Tuğba Kıraker,

¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

The Role of Family Physicians in Wellness Programs: A Literature Review

¹Snezana Knezevic

¹Health Center Kraljevo, Serbia

Family Health Care Center Visits-Solutions Suggestions

¹İrem Çiftcioğlu, ¹Emirhan Talip Dinçel, ¹Zehra Kale, ¹Lara Sinem Karakundak, ¹Ali Tuna Serter,
¹Sarp Tatlıcioğlu,
¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

Risk Management and Prevention: Obesity

¹Özgenur Sabancı
¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

Being a medical student during pandemics

¹Beyza Barık
¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

A dynamic approach to healthy aging – Review of Charles Eugster, World’s fittest 97-year-old, dentist, athlete

¹Ümit Kemal Uğurlu
¹İzmir Ekonomi Üniversitesi

A Unique Case of Glabellar Ecchymosis Associated with Migraine-Type Headaches in a 45-Year-Old Man

¹Oğulcan Köme, ¹Gizem Linnili
¹Dokuz Eylül University/Faculty of Medicine

From Dizziness to Bladder Cancer: A Case Report

¹Ayça Asma, ¹Halime Seda Küçükerdem,
¹Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Vitamin D Levels in Hashimoto’s Thyroiditis Patients

¹Olgu Aygün, ¹Halime Seda Küçükerdem, ²Özden Gökdemir
¹Family Medicine, Bozyaka Research and Training Hospital – TAHUD, İzmir, Turkey
²Family Medicine, WONCA Working Party on Env - İzmir University of Economics /
Faculty of Medicine, İzmir, Turkey

Poster Presentations - Poster Sunumları

The effect of music on healthy aging

¹Ozden Gokdemir, ²Stamatina Aggelakou-Vaitsi, ²Nikolaos Vaitsis, ²Maria Bakola,
²KonstantinaSoultana Kitsou, ²Konstantina Mavridou, ²Maria Drakopoulou, ²Eleni
Jelastopulu,
¹Faculty Of Medicine, Izmir University Of Economics, Izmir, Turkey
²Department Of Public Health, Medical School, University Of Patras, Patras, Greece

Knowledge, Attitude, and Practice of Telemedicine in arural setting of India

¹Dr. Venkataramana Kandi, ²Dr. Himanshu Arora, ²Dr. Tanya Kathuria, ³Dr. L V
SimhachalamKutikuppala
¹Prathima Institute Of Medical Sciences, Karimnagar
²Netaji Subhash Chandra Bose Subharti Medical College, Meerut
³Dr Ntr University Of Health Sciences, Vijayawada

An Assessment of Peptic Ulcer Perforation (PULP) score: A predictor of mortality following Pepticulcer Perforationfrom a rural tertiary care setting

¹Dr Hemanth Kumar Chowdary R, ²Dr Taraka Krishna Nulukurthi, ²Dr Karnasula Balaji, ³Dr L
VSimhachalam Kutikuppala, ³Dr Chintala Jyothi Swaroop
¹Ms Ramaiah Memorial Hospital, Bangalore
²Konaseema Institute Of Medical Sciences And Research Foundation, Amalapuram
³Dr Ntr University Of Health Sciences, Vijayawada

Atorvastatin Kullanımına Bağlı Hemoglobin Düzeyinde Düşme; Olgu Sunumu

¹Sezen Kaya, ¹Meryem Çakır,
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
AnabilimDalı

Key Notes - Açılış Konuşmaları

Is the integration between PHC and Prevention "impossible"? The Sentinel Physician for the Environment

Paolo Lauriola, Italian Network of Physicians for the Environment (RIMSA)

Health effects due to the Environment are among the most challenging concerns in our future. In the past, environmental health problems addressed a single pollutant source or exposure. Today's issues are often more complex. New approaches such as One Health and Planetary Health have emerged along this line.¹

Primary Health Care is based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods universally accessible to individuals and families.² COVID-19 proved that Family Doctors (FD) can:

- Educate patients on the relevance and effectiveness of hygiene measures,
- Detect and report epidemics (International and Italian experiences).³

We carried out two comprehensive literature reviews on *Sentinel Physician Networks*.⁴ In general, clinicians' activities concerning Environment and health are still rather underdeveloped. We believe that FDs could play a crucial role in putting global environmental and health concerns in connection with local actions.⁵ FDs could also be a precious source of a considerable amount of valuable data, helping inform decisions leading up to adequate environmental-health understandings and actions either at local or at a global level, as well as to support public health authorities. Such an initiative could raise some opportunities for Sentinel Physicians for the Environment involving low-middle-income countries. Such an approach might be beneficial in coping with tragic conditions (i.e. malnutrition, waterborne diseases, infectious diseases, etc.), which should be taken into account not only for their direct health effects but also for others which indirectly influence the life and the health of people (for instance migrations)⁶ But it is also necessary to provide the following:

- Specific, practical, and motivating training of GPs in these fields to create a professional profile based on epidemiological and advocacy duties;
- Sound science by providing to GPs support in research and data;
- Clear and effective communication strategies among GPs, their patients, communities, and policymakers.⁷

References

1. Lauriola P. Widening the Perspectives between Territorial Planning and the Healthcare Sector, in Colucci A. et al Envisioning Resilient Cities for a Post-pandemic One Health Future Resilience LAB Editor, Pavia, 2023
2. Bonaldi A, Celotto S, Lauriola P, Mereu A, Salute Per Tutti: Miti, Speranze e Certezze della Primary Health Care, , Cultura E Salute Editore Perugia, 2021
3. Leonardi SG, Lauriola P, Martorelli S, Semenza JC, ...e dopo il covid? Proteggere la salute e l'ambiente per prevenire le pandemie e altri disastri. Edizioni Intra S.r.l.s., Collana Politicamente, 2022
4. Lauriola, P., Serafini, A., Santamaria, M., Guicciardi, S., Kurotschka, P. K., Leonardi, G. S., Zeka, A., Segredo, E., Bassi, M. C., Gokdemir, O., de Tommasi, F., Vinci, E., Romizi, R., McGushin, A., Barros, E., Abelsohn, A., & Pegoraro, S.

- (2021). Family doctors to connect global concerns due to climate change with local actions: State-of-the art and some proposals. *World Medical & HealthPolicy*, 1–25. <https://doi.org/10.1002/wmh3.448>
5. Lauriola P, Serafini A, Santamaria MG, Pegoraro S, Romizi F, Di Ciaula A, Terzano B, De Tommasi F, Cordiano V, Guicciardi S, Bernardi M, Leonardi G, Romizi R, Vinci E, Bianchi F. Sentinel practitioners for the environment and their role in connecting up global concerns due to climate change with local actions: thoughts and proposals, *Epidemiologia e Prevenzione*, 2019; 43 (2-3):129-130. doi: 10.19191/EP19.2-3.P129.05
 6. Lauriola P, Pegoraro S, Serafini A, Murgia V, Di Ciaula A, De Tommasi F, Rossi A, Santamaria M, Toffol G, Bianchi F, Romizi R, Vinci V, Behbod B, Zeka A, Verheij R, Leonardi R, Agius R, (2018) The Role of General Practices for Monitoring and Protecting the Environment and Health. Results and Proposals of the Italian Project Aimed at Creating an "Italian Network of Sentinel Physicians for the Environment" (RIMSA) within an International Perspective, *J Family Med Community Health* 5(5): 1160,. DOI <https://www.jscimedcentral.com/FamilyMedicine/familymedicine-5-1160.pdf>
 7. Lauriola P, Martín-Olmedo P, Leonardi GS, et al On the importance of primary and community healthcare in relation to global health and environmental threats: lessons from the COVID-19 crisis *BMJ Global Health* 2021;6:e004111. doi:10.1136/bmjgh-2020-004111.

Health and Family Medicine Down Under

Catherine Pendrey

MBBS(Hons) BMedSci(Hons) DCH GDipEcon FRACGP FARGP

Abstract: We are living in a planetary health crisis. Climate change and biodiversity loss are already harming the health of the global population, exacerbating inequities, and impacting the practice of family physicians around the world. In Australia more frequent and severe extreme weather events, including extreme heat, bushfires, floods, storms, and droughts have caused harm to urban and rural communities alike. Climate change has also caused major changes in the distribution of vector-borne diseases (eg. Japanese encephalitis) and climate-related distress is now widespread, especially among young people. Despite this, Australia remains a significant emitter of greenhouse gas emissions and contributor to climate change. In response Australian family physicians, doctors and health professionals have taken action to: educate the community that climate change is a health issue; build community resilience to the health impacts of climate change; respond to climate-related disasters; reduce emissions in the health sector; advocate politically for stronger climate action; and work in partnership with broader civil society. These actions have yielded significant progress on climate action in Australia, and serve as an example of the important role that family physicians can play in securing a healthy and sustainable future.

Planetary Health and Global Policy

Elizabeth Willetts

Policy Director Planetary Health Alliance/Harvard T.H. Chan School of Public Health

I will base my short presentation (10min) on Planetary Health and global governance, with a focus on biodiversity policy, as outlined in these two Lancet articles: [Health in Global Biodiversity Governance: what is next?](#) (January 2023), [Health-Environment Nexus: global negotiations at a crossroads](#) (April 2022). As requested, here is a short abstract that draws on these articles.

‘In the 50 years of work to advance sustainability policy since the 1972 UN Conference on the Human Environment and the establishment of the UN Environment Programme, the relationships between humans and the planet's ecosystems, and between health and the environment, have largely remained at the periphery of global health discourse. Governance architectures for global health and global environmental policy are generally siloed, but the challenges these domains tackle are increasingly intertwined and require cross-sector collaboration.’

‘The dependency of human health and wellbeing on nature is documented across disciplines, regions, cultures, and economies. Environmental degradation contributes substantially to the global burden of disease and concurrent global environmental changes are increasingly recognised as public health threats, worldwide. The growing evidence and awareness of these interlinkages increasingly drive interest and demand for a joint health–environment global policy agenda.’ Planetary Health is a movement and discipline that provides a framework for integrated solutions for sustainable development.

The 16th meeting of the UN Biodiversity Conference (CBD COP 16) will take place in Türkiye in 2024, convening 196 governments and biodiversity stakeholders to advance global governance related to nature. The agenda of the UN CBD recognises and increasingly includes health. Now is the time to mobilise contributions from diverse health experts to inform integrated policy. Health stakeholders will need to translate the 2022 Global Biodiversity Framework targets into the global health agenda, contribute to the development of a comprehensive global action plan on biodiversity and health, and support implementation of decisions on climate change, biocultural diversity, food systems and soil biodiversity, and synthetic biology.

Planetary Health and Family Medicine. Towards a climate-resilient primary health care practice

Lokotola Christian Lueme

Department of Family and Emergency Medicine/Stellenbosch University (South Africa)

Climate change has been declared the biggest threat to human health in the 21st century. Climate change and global pollution are ecological drivers associated with significant health and social effects that are often seen in primary healthcare services. Exposure to climate change-induced extreme weather events is associated with immediate loss of life and injuries as well as destroying homes and livelihoods. Not all family doctors are aware of the issues and how to tackle them. There are three key aspects to consider: the health and social effects of climate change, the challenge of climate change to primary healthcare facilities and services, and the contribution of health services to the problem of climate change.

Several reports have underlined the difficulty of PHC facilities and services to operate after extreme weather events. In consideration of the challenge of climate change to PHC facilities and services, the WHO has developed the operational building blocks of a climate-resilient health system. The contribution of health services to the problem and its carbon footprint should also be considered. This presentation suggests practical steps that family doctors can take to address these issues: planetary health education and climate-resilient primary health care.

Practicing Comprehensive Family Medicine

Nerio Enrique Romero, Md
Full professor (Emeritus), Universidad del Zulia (LUZ) (Venezuela)

Talking about my book “Practicing Comprehensive Family Medicine. Fundamentals, Tools and Cases” is to talk about Family Medicine. Not about the very extended array of topics that interest or could interest family doctors, but about nuclear Family Medicine, about the core of our specialty. A simple way to understand what this book is all about, is trying to answer the question: "What does comprehensive health care look like?"

This book deals with comprehensiveness, from its definition to its limitations and problems; and presents, using real examples, a finite and manageable set of tools that we postulate as effective and essential for translating the principle of comprehensiveness into real-life medical practice. We consider these essential and effective tools because of the actions, or effects, that these tools help to make possible. There could be, of course, other tools with similar objectives and potentials that could equally serve this purpose.

Comprehensiveness presents an interesting challenge to the profession and a more complex challenge in primary health care. We believe this challenge has three central tasks:

First, to integrate in practice the understanding of human health problems provided by biomedical sciences with that of the psychosocial issues related to those problems, which is not an easy operation even when one recognizes the need for such biopsychosocial integration.

Second, to integrate a preventive approach to the regular daily range of services in our medical practice, traditionally oriented to the diagnosis and treatment of the disease, and

Third, the effective promotion of behavioural changes, given the importance of human conduct and lifestyle in the genesis and treatment of many prevalent diseases of our times. Nowadays, family medicine fundamentals, comprehensiveness and continuity of care, are or could be under menace. Healthcare access difficulties have reached a significant presence in the political agendas of many countries and pressure the search for care options to facilitate access, or at least improve public perception of accessibility to first-line services. Care options that are or will be proposed, could tend to be based on the fragmentation of care since if it is not possible to give access to all those who feel they need immediate attention from a GP, it is predictable that services be offered for common specific problems generating that demand, and that these services could be delivered in an episodic base, and even by non-medical professionals or technical personnel.

That could become socially acceptable, based on the fact of unsatisfied needs. Whatever the political and administrative decisions that are made, we believe that an increased tendency to fragmentation of first-line personal and family health care is foreseeable and, as a consequence, also risks care continuity and comprehensiveness, so valuable principles for family medicine/general practice movement.

In order to protect those principles, caring for and strengthening the identity of family medicine/general practice as a discipline will be an essential strategic line. Among others, care comprehensiveness and continuity are central and indispensable elements of this unique identity.

Nowadays, in times of pressure and change, there is a need for strengthening our discipline (specialty) as the practice model to lead, both in practice and academic realms, the activity of first-line health care.

Our book entitled “Practicing Comprehensive Family Medicine. Fundamentals, Tools and Cases” is designed to contribute to the continuous creation and strengthening of that distinctive identity, and is globally accessible through Amazon stores, in both printed and digital book versions. In this text, teachers, doctors, and students will find, through the interaction between examples of practice and relevant theoretical elements, a practical way of looking at the unique identity of family medicine/general practice and becoming associated with it. We invite you to read and use it as a reference or educational book, confident that you will find it interesting and useful.

Global Action on Plan on Patient Safety 2021-2030. The Role of Primary Health Care.

MP Astier-Peña, MD (Spain)

The 74th World Health Assembly (WHA) adopted in May 2021 the "Global Action Plan for Patient Safety: 2021-2030" to improve patient safety as an essential component of the design, procedures and performance evaluation of health systems worldwide.

It is a strategic plan that guides governments, health sector entities, health organisations and the World Health Organization secretariat on how to implement the WHA resolution on patient safety. Implementation of the plan will strengthen the quality and safety of health systems around the world by covering the entire continuum of people's health care, from diagnosis to treatment and care, reducing the likelihood of harm occurring in the course of care.

The Declaration of the Global Conference on Primary Health Care in Astana, 2018, urged countries to strengthen their primary health care systems as an essential step towards achieving universal health coverage and providing access to a safe, quality care without financial loss. The roll-out of the Global Action Plan for Patient Safety in Primary Health Care is therefore a high priority for health policy action.

The Action Plan is structured into 7 strategic objectives with 35 strategic actions. These actions are thought to be implemented by main stakeholders: governments, healthcare organisations, health sector and WHO secretariat.

We present some reflections on the strategic actions in relation to healthcare organisations and the challenges posed by their concrete deployment in Primary Health Care settings.

Strategic Objective 1 (SO1): Achieve preventable harm to patients as the state of mind and engagement in the planning and delivery of healthcare everywhere.

Proposed actions to deploy in Primary Health Care (PHC)

- Express a commitment from PHC to prevent harm in health centres (HC) and the communities.
- Embody the need for family doctors with management experience in national bodies that make health decisions with a perspective that includes PHC and patient safety.
- Position PHC as a key point for achieving universal health coverage and the coordination of risk management in the continuity of care for patients from a macro-management perspective.
- Urgently invest to improve the quality of PHC services in:
 - o Safe buildings: space and ventilation
 - o Staff trained in Patient Safety
 - o Availability of equipment and complementary tests for proper diagnosis and follow-up (rapid diagnostic tests, ultrasound, spirometry, digital electrocardiography at the health centre and at home, etc.).
 - o Technological support for the safe use of medication.

- o Patient communication technology (video-consultation, tele-monitoring of patients at home etc.)
- o Integration of health information systems with hospitals and public health.
- Training multi-professional PHC teams in patient safety.
- Provide PHC access to a reporting system that involves analysis, learning and improvements in care procedures.
- Develop a legal environment for healthcare professionals that facilitates no-fault reporting and restitution of harm to the patient; and that allows for an in-depth analysis of incidents without such documentation and those responsible for it being subject to prosecution.
- Define and require minimum quality and safety requirements for authorisation to open HCs in PHC.
- Define common accreditation programmes for PHC centres that contribute to guaranteeing a quality and safe care structure and process.
- Implement systems for reporting quality and safety incidents in relation to the care provided in SCs in such a way that temporary and assessable improvement objectives could be drawn up.
- Include the perspective of PHC and the involvement of the multi-professional teams of the SCs in every patient safety challenge and activity, particularly in the celebration of World Patient Safety Day.

Strategic Objective 2 (SO 2): Build highly reliable health systems and healthcare organisations that protect patients from harm on a daily basis:

Some proposed actions to be deployed in Primary Health Care (PHC)

- Easily and securely access legally supported Primary Health Care professionals to reporting and learning systems.
- Participate in the investigation, analysis and reporting of serious patient safety incidents.
- Promote patient safety incident reporting as part of the continuing education of healthcare staff.
- Conduct patient safety culture surveys among PHC professionals with validated instruments that allow comparison between regions/nations to promote improvements in the organisation of care.
- Train and facilitate open disclosure after a patient safety incident (PSI) by PHC professionals.
- Identify a patient safety and risk management manager in each PHC team.
- Facilitate the participation of PHC professionals in PSI analysis commissions/committees at all management levels in order to transfer the vision and derived improvements throughout the healthcare system.
- Support the management of health centres (HCs) by health authorities to facilitate the designation of coordinators responsible for an adequate response to the occurrence of a serious adverse event.
- Design and deploy a clinical management structure in PHC involved in the deployment of patient safety policies and programmes specifically.
- Identify a person responsible for patient safety and risk management in each HC.
- Support the management of the clinical risks of the CSs by regional services so that there must be continuity in their treatment and management.
- Provide support and recommendations on the facilities of the HCs considering human factors and physical safety by the health authorities in PHC.

- Take care of the professionals who care for them, who are the main asset of PHC, and attend to the second victims of adverse events.
- Develop a risk mitigation plan in line with the direction of the health system with particular reference to the characteristics of the PHC network.

Strategic Objective 3 (SO 3): Ensure the safety of all clinical processes provided.

Some proposed actions for deployment in Primary Health Care (PHC)

- Include PHC professionals in the clinical leadership group of the healthcare organisations and in the definition of national priorities for the improvement of patient safety.
- Draw up a risk management map in each HC with the aim of improving patient safety in the main care processes, particularly those with the highest risk, such as care for urgent patients, emergencies at home or on the public highway or in more remote rural areas.
- Receive organisational support to implement clinical risk management activities to improve patient safety through the standardisation of care procedures for the multi-professional PHC team.
- Promote good practice in PHC procedures.
- Improve the safe use of medicines in PHC through:
 - o Training in medication safety and polypharmacy.
 - o Strategies to improve medication reconciliation in the transition of care between levels of care.
 - o Control of high-risk medications.
- Raise awareness among PHC professionals and patients.
- Provide tools to improve patients' knowledge of their medication.
- Develop a role that enhances PHC in coordination with national Public Health authorities.
- Train PHC professionals in Antibiotic Optimisation Programmes (PROAS) for subsequent implementation in HCs.
- Form multidisciplinary teams between PHC and hospital to analyse and address PSI at the local level.
- Ensure the maintenance and proper functioning of all authorised devices available in the HCs.
- Appoint a specifically trained drug safety officer in each HC.
- Ensure proper receipt of vaccines, maintenance of the cold chain, safe administration and correct recording in the electronic health record (EHR).
- Invest in information systems to ensure the flow of clinical information in inter-consultations and continuity between the different levels of care.
- Including Notification and Learning Systems in PHC EHRs.
- The availability of agile tools to aid diagnosis and treatment included in the PHC EHR.

Strategic Objective 4 (SO4): Patient and family engagement.

Some proposed actions for deployment in Primary Health Care (PHC)

- Establish fluid communication channels between the health centres (HCs) and the community:
 - 1) To receive proposals for improvement and notifications of patient safety incidents throughout their healthcare
 - 2) To inform the public of the most relevant aspects, key messages and advice for patients and families to participate in their safety.

- Establish meetings, working groups, meeting places where patients, patient association representatives and relatives can contribute their experiential knowledge.
- Promote mechanisms for reporting patient safety incidents in the CSs, analyse them, learn from them and improve with them.
- Enable patient access to the Patient Safety Notification and Learning Systems
 - Promote patient participation in community activities organised by the HC to share patient safety experiences.
- Promote the development of response plans for the first victim (patient and family), the second victim (team of professionals involved) and the third victim in the event of a serious adverse event in the HCs.
- Train HC professionals in how to communicate incidents to patients and in skills to ensure support for first, second and third victims following a serious safety incident.
- Train professionals to understand the patient and family perspective in the HC care process.
- Train patients and their families to understand and manage their health problems with self-care at home.
- Develop information materials explaining to patients and families the type of care they will receive on their journey through the healthcare system and train them on how, when and where to seek care.
- Train professionals, patients and families in the process of shared decision-making in relation to healthcare.

Strategic Objective 5 (SO 5): Inspire, educate, empower and protect health workers to contribute to the design and delivery of safe systems of care.

Some actions to deploy in Primary Health Care (PHC)

- Include and maintain patient safety content in the training plans of undergraduate and postgraduate health professions students, residents and in the continuing education of health centres (HCs).
- Encourage the safety culture of making placement for healthcare professionals at the PHC and involve them in safety incident analysis and learning sessions.
- Organise events to share specific safe practices among HCs.
- Establish a Network of Trainers of Trainers in Patient Safety for PHC.
- Include patient safety content among the subjects required for entering and starting to work in jobs linked to PHC, both public and private.
- Include patient safety indicators in the management systems of the PHCs.
- Give special recognition to healthcare professionals to improve patient safety.
- Ensure adequate working shifts and breaks after continuous care in HCCs.
- Reduce bureaucracy in PHC.
- Facilitate adequate attention by the occupational risk prevention services to PHC professionals, including health protection and disease prevention measures, adaptation of workloads and guarantees in the ergonomics of HCs.

Strategic Objective 6 (SO6): Ensure a constant flow of information and knowledge to promote the reduction of risk and the occurrence of avoidable harm and thus improve the safety of healthcare.

Proposed actions to be deployed in Primary Health Care (PHC)

- Build a patient safety scorecard that can be used in the HCs to monitor safety indicators and thus identify areas for improvement.
- Share learning experiences among the different CSs.
- Generate a repository of good practices available for PHC.
- Make time available in the weekly agendas of professionals for patient safety research.
- Linking HCs with university departments to promote research at the PA level.
- Invest in digital solutions that improve the quality of care and the safety of patients and their families at home and at the HCC.
- Promote solutions that improve communication between patient and professional and between professionals at different levels of care.

Strategic Objective 7 (SO 7): Develop and maintain synergy, solidarity and multi-sectoral and multinational partnerships to improve patient safety and quality of care.

Proposed actions to be deployed in Primary Health Care (PHC).

- PHC professionals are connected to the community where they work and can therefore advocate for its safety. They can coordinate between the different actors involved (local leaders, patient associations, key players, socio-healthcare settings, etc.).
- Coordination by PHC professionals of a local plan to improve patient safety, taking into account not only risk management in the PHC, but also the empowerment of patients and their families.
- Organise workshops for the exchange of experiences and good practices on patient safety among HCCs.
- Conduct safety rounds by management to reinforce good practices in patient safety in PHC teams.
- Hold meetings, conferences and congresses on patient safety specifically dedicated to PHC.
- Facilitate the mobility of PHC professionals in order to learn from the best, also in patient safety.
- Explicitly incorporate a patient safety and risk management perspective into PHC procedures and programmes.

It is sure that there are many other initiatives to be considered in HCs to improve PHC. Family Doctors have an essential role to implement safe practices in HCs.

Therefore, the Global Action Plan on Patient Safety is a great opportunity to improve the healthcare quality and safety of primary health care in the world. A stronger primary healthcare will guarantee as well a quality and safe universal healthcare coverage.

The UK's experience with a Green toolkit and other zero carbon initiatives.

Terry Kemple

RCGP Representative for Sustainability, Climate Change, and Green issues.

Past President RCGP 2015-17

Human activity is causing global warming, climate change and an ecological crisis. We all need to act quickly to limit this damage and avoid the unmanageable. We also need to accept that climate change is inevitable and adapt to manage the unavoidable consequences. In the UK and similar countries health care typically causes 5% of the country's carbon emissions – its carbon footprint. Family medicine is responsible for 20% of the carbon footprint of which 60% is due to clinical care from medical treatments and the remaining 40% is from running a business and includes 14% staff and patient travel, and 11% utilities (gas & electricity). We all need to act effectively and quickly to switch to a more sustainable, low carbon way of living. Family physicians are important as trusted role models with great influence in their communities. What can family physicians do?

Web based Toolkits that describe what actions family physicians can take, that explain why they should do them and give tips on how to do them can help. The Royal College of General Practitioners developed a free toolkit in 2014. It has over 100 actions that Family physicians can take to make the change to be low carbon, and sustainable practices. To view the UK's Royal College of General Practitioners Green Impact for health toolkit see <https://toolkit.sos-uk.org/greenimpact/giforhealth/login>. You can get more information about the contents of the toolkit by emailing greenimpactforhealth@gmail.com. The recent scoping review of toolkits and aids is at <https://academic.oup.com/fampra/advance-article/doi/10.1093/fampra/cmadv006/7024812>

Green Inhalers: Breathing Responsibly & Sustainably

Dr Sankha Randenikumara MBBS MCGP
PgDTox PgDHQPS PgDArch FPallCare
Young Doctors' Representative of WONCA (World Organization of Family Doctors)
Chief Family Physician - The Family Health Clinic, Wattala, Sri Lanka

While some solar radiation is absorbed by the earth's surface and warms it, some radiation is reflected by earth and atmosphere. Greenhouse gases including excess CO₂, methane, nitrous oxide and fluorocarbons trap the reflected radiation and re-emitted in all directions causing increased temperature in earth surface and atmosphere. This leads to global warming and climate change. The carbon footprint is the total amount of greenhouse gases (including carbon dioxide and methane) that are generated by our actions, which means increased carbon footprint has more impact on climate change.

All medicines, including all inhalers - both dry-powder (DPIs) and metered-dose (MDIs), have an impact on the environment. Production process and discarding of DPIs mainly contribute to its carbon footprint. Adding to this, the vast majority (90-98%) of the carbon footprint of MDIs comes from the propellant gas in the canister. If the environmental impact of the MDIs and the DPIs is compared with a more practical example, the greenhouse gas emission of an MDI is similar to driving a small petrol car for 280km while a DPI is driving the same car for 6.5km. Before 1995, chlorofluorocarbons (CFCs) were used as propellant gases which are known to damage the ozone layer, but with the Montreal Protocol (1987) they are not used anymore. The Hydrofluorocarbons or HFAs are now used in the MDIs. There are two HFAs used in MDIs; HFA227 and HFA134. HFA227 is more harmful with a global warming potential (GWP) of 3320 times that of CO₂. Inhalers such as Symbicort® and Flutiform® have HFA227. Most of the other MDIs use HFA134 as their propellant gas which has a GWP of 1300 times that of CO₂. However, one good news is that MDIs with a lower GWP, such as HFC-152a and HFO, will become available probably in the next decade. In 2016, the Kigali agreement (an amendment to the Montreal protocol) was developed to phase out HFCs from 2020-2050 and was signed by 170 countries. Nevertheless, the regulation is less strict, countries are free to choose how to phase out HFCs during this period and most countries have started with regulations for refrigerators and air conditioners, obviously not inhalers! This is why the doctors have to work with their clients to mitigate the environmental impact of inhalers.

In this context, *what could a family doctor do?* First of all, ensure that your patient needs an inhaler! Do not forget other diagnoses and red flags and remember that not only underdiagnosis, but overdiagnosis and overtreatment is common in Asthma and COPD. Always consider whether DPI is an option for your patient. Patients over the age of 6 with good inhalation effort can usually successfully use DPIs. If available, Keep refillable DPIs as a first line option for the patients with financial difficulties. Always have a personalised discussion with your patients about the best inhaler for them; talk about advantages and disadvantages of MDIs and DPIs and how they can contribute to mitigate climate change by selecting DPIs. If you prescribe an MDI, always prescribe with a spacer to prevent coordination issues which could lead to undertreatment and prolonged use. It is a family

doctor's duty to educate your patients on inhaler techniques and review frequently. Remember the importance of inhaled corticosteroids in achieving good asthma control. A good asthma control may help patients to use much less of their reliever medicine, which can in turn help the environment. Also, it avoids unnecessary emergency room visits, which increase hospital emissions. Continuity of care- regular follow up would be much important in stepping down doses when control is achieved. Consider discussing planetary resources and carbon footprint with the patient and community. Be cautious though not to make patients feel guilt or shame if a MDI is the most appropriate choice for them after consideration of age, inspiratory capability, and costs. The care of the individual patient is the priority. Advice on safe disposal of Inhalers. Advocate for having DPIs as a first line choice in medical guidelines, policies and health systems discussions.

In addition, WONCA Working Party on the Environment issued a statement on the Environmental Impact of Inhalers with recommendations to policy advocacy and pharmaceutical companies. It includes suggestions for sustainable inhaler therapy and production of greener inhalers. <https://www.globalfamilydoctor.com/News/WPonEnvironmentSharesStatementontheEnvironmentalImpactofInh.aspx>

References:

- <https://www.nice.org.uk/guidance/ng80/resources/inhalers-for-asthma-patient-decision-aid-pdf-6727144573>
- Janson, C., Henderson, R., Löfdahl, M., Hedberg, M., Sharma, R. and Wilkinson, A.J., 2020. Carbon footprint impact of the choice of inhalers for asthma and COPD. *Thorax*, 75(1), pp.82-84.
- Lawrence J, Mackey B, Chiew F, Costello M, Hennessy K, Lansbury N, et al. Chapter 11: Australasia. In: *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. [Internet]. Cambridge University Press; In Press.
- Lawrence J, Mackey B, Chiew F, Costello M, Hennessy K, Lansbury N, et al. Chapter 11: Australasia. In: *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation, and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. [Internet]. Cambridge University Press; In Press.
- Myers TR. The science guiding selection of an aerosol delivery device. *Respiratory care*. 2013 Nov 1;58(11):1963-73.
- Myhre, G., D. Shindell, F.-M. Bréon, W. Collins, J. Fuglestedt, J. Huang, D. Koch, J.-F. Lamarque, D. Lee, B. Mendoza, T. Nakajima, A. Robock, G. Stephens, T. Takemura and H. Zhang, 2013: Anthropogenic and Natural Radiative Forcing. In: *Climate Change 2013: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*
- Nwaru BI, Ekström M, Hasvold P, Wiklund F, Telg G, Janson C. Overuse of short-acting β_2 -agonists in asthma is associated with increased risk of exacerbation and mortality: a nationwide cohort study of the global SABINA programme. *Eur Respir J*. 2020 Apr 16;55(4):1901872. doi:10.1183/13993003.01872-2019. PMID: 31949111; PMCID: PMC7160635.
- Velders, G. J. M., Solomon, S., and Daniel, J. S.: Growth of climate change commitments from HFC banks and emissions, *Atmos. Chem. Phys.*, 14, 4563–4572, <https://doi.org/10.5194/acp-14-4563-2014>, 2014.
- Xie E, Howard C, Buchman S, Miller FA. Acting on climate change for a healthier future: Critical role for primary care in Canada. *Can Fam Physician*. 2021 Oct;67(10):725-730. doi: 10.46747/cfp.6710725. PMID: 34649894; PMCID:PMC8516187

TAM METİN BİLDİRİLER

A dynamic approach to healthy aging Review of Charles Eugster, World's fittest 97-year-old, dentist, athlete

¹Ümit Kemal Uğurlu

¹İzmir University of Economics, Faculty of Medicine

To begin with his own words, “Society sealed us with an expiry date”. Undoubtedly, worldwide aging especially in the developed countries is a so long debated and critical topic in aspects of life quality, health expenditures, burden to society. Charles Eugster a fine, “dynamic” British-Swiss dentist with world records in sprinting and immense experience in rowing advises and leaves a will of great ideas for managing aging process in various extents.

Disease is not a natural consequence of aging. Pandemics of depression, obesity, musculoskeletal disorders mainly stem from modern life style. Globalization of high energy low nutrition foods with colorful brands have progressed into indulging entertainment, sneaky addiction, catching trends.

Whereas eliminating nutrition rich animal food from our meals especially in elderly population has become a new health motto. The US obesity epidemic began almost simultaneously with the release of the low-fat dietary recommendations As Trans Fats and Vegetable Oils replaced Butter and Lard, the diseases of civilization increased in contrast France and Switzerland two leading butter consuming countries exhibits lowest CVD. As people cut back on their consumption of red meat and high-fat dairy products, the obesity epidemic began.

In a statement of Charles, those phrases are noted: “I start every day with a protein shake because, as you get older, your protein synthesis no longer functions as well,” he said. “I avoid sugar and eat lots of meat, especially fat. I’ve been on a fat trip lately. Fat! Piles of fat. Yet, I was in a supermarket the other day and was perplexed to find yogurt with zero fat. What on earth is that? The idea of the nutrition pyramid where, at the top, is a little fat and meat, and at the bottom a lot of carbohydrates, is, excuse me, non-sense

An elderly person goes through accelerating process of sarcopenia in a faster rate never then before which starts at mid forties, not only does that person loses lean functional muscle mass but also replaces that essential tissue with a total burden fat tissue. Pelvic fractures, knee and back pain, restricted mobility reduces life quality and increases expenditure.

Charles underlines importance of working as a headliner as he retires at the age of 75. Retirement brings mental and physical inactivity similar to unemployed population chronic disease and mental illness rates show increase. A suitable work or freshly acquired or practiced elderly hobby provides self worth, family esteem, standing a community. Importance of working is not ignored but vastly underestimated as Charles states. Charles maintained educational meetings until his death.

Particularly, Charles states that adrenaline rush and competition are a pearls for health in contrast to sedentary aging. Instead of peaceful long walking sessions, appropriate weight lifting, sprinting (world record), rowing in river are exercise elements in the routine of Charles.

Having lean muscle mass also functions as metabolic shield for inflammation, and provides properly working circulating system and increased mobility which all are mortality and morbidity causes among elderly population. Building adequate muscle tissue (multiple light sessions in a day) as a long term life goal gradually might be studied as new exercise method rather than long walking sessions based on Charles case.

Evaluation Family Medicine Internship

¹Nedret Tuğba Kireker

¹Izmir University of Economics, Faculty of Medicine

Physicians should consider several important factors when approaching their patients, including Empathy and Compassion: Physicians should approach their patients with empathy and compassion, showing them that they care about their well-being and are committed to helping them improve their health. Communication: Physicians should use clear and effective communication to explain medical conditions, procedures, and treatments to their patients in a way that they can understand. Active Listening: Physicians should listen actively to their patients and encourage them to express their concerns and questions, allowing for a collaborative and respectful relationship. Cultural Sensitivity: Physicians should be aware of and sensitive to their patient's cultural backgrounds, values, beliefs, and preferences. Privacy and Confidentiality: Physicians should respect their patients' privacy and maintain their confidentiality in all interactions and conversations. Shared Decision-Making: Physicians should involve their patients in the decision-making process by presenting options, weighing benefits and risks, and respecting patients' preferences. Continuity of Care: Physicians should strive to maintain continuity of care by keeping accurate and up-to-date records, coordinating care with other healthcare professionals, and ensuring smooth transitions between healthcare settings. The patient had URSI and the physician was prescribing regular symptomatic medications such as ibuprofen and pseudoephedrine. Instead of blindly renewing the prescription, I took the time to review the patient's medication history, including their past medical history and other medical conditions. I saw the patient has hypertension disorder which is a contraindication condition for pseudoephedrine. I consulted with the supervising physician to discuss the best treatment options for the patient. By taking these steps, I was able to prevent a potential medical error and ensure that the patient received appropriate and safe treatment. This event highlighted the importance of careful and thorough medication review and the value of collaboration with other healthcare professionals in preventing medical errors.

Keywords: Internship, Family Medicine, Education

A Unique Case of Glabellar Ecchymosis Associated with Migraine-Type Headaches in a 45-Year-Old Man

1 Oğulcan Köme, 1 Gizem Limmili

¹Dokuz Eylül University/ Faculty Of Medicine

We present a unique case of a 45-year-old man who visited our outpatient clinic for evaluation of severe headaches and multiple episodes of glabellar discoloration. The patient experienced throbbing pain usually in the right side of the face, lasting 12 hours to a day, approximately 4-5 times per month, accompanied by nausea and photophobia. The ecchymosis-like lesions appeared after severe headache episodes and resolved over the following days.

Upon further investigation, the patient's medical history revealed no notable factors apart from migraines. Comprehensive evaluation, including high-resolution brain magnetic resonance imaging (2022), brain and orbital computed tomography (2022), and routine blood tests, yielded no remarkable findings. Both initial physical and neurological exams were normal.

Our patient was included in the study to investigate the effect of the “alternative nostril breathing technique” on the frequency and severity of migraine headaches in migraine patients after written consent was obtained. During the study, the patient continued his/her own pharmacotherapy (NSAIDs) as before and there was no known medication use other than NSAIDs also patient did not start any new medication.

After practicing “the alternate nostril breathing technique” at least 3 times every day for 3 months, the patient reported that the frequency and severity of headaches decreased and the ecchymosis lesion occurred only once, was smaller in diameter than before and disappeared sooner than before.

Glabellar ecchymosis has been reported in only a handful of cases associated with migraine-type attacks, and it's possible that autonomic vascular dysfunction is the underlying cause of this phenomenon.

Autonomic vascular dysfunction refers to the impaired function of the autonomic nervous system in regulating blood vessels. The autonomic nervous system (ANS) is responsible for controlling involuntary bodily functions, including blood vessel dilation and constriction.

In migraine-type headaches, the ANS may be dysfunctional, leading to abnormal vascular responses. This dysfunction can result in altered blood flow, inflammation, and increased vascular permeability, which may contribute to the development of ecchymosis. In the case of our patient, it is possible that autonomic vascular dysfunction contributed to the appearance of glabellar ecchymosis following severe headache episodes.

The precise mechanisms behind the association between autonomic vascular dysfunction and migraine-type headaches are not fully understood. However, some studies suggest that migraine sufferers may have increased sensitivity to vasodilatory stimuli, such as nitric oxide, leading to greater vasodilation and blood flow changes during headache episodes.

Additionally, the activation of the trigeminal nerve, which is involved in the pathophysiology of migraines, may also contribute to autonomic dysfunction and abnormal vascular responses. Further research is needed to elucidate the exact relationship between autonomic vascular dysfunction and the formation of ecchymosis in migraine-type headaches. A deeper understanding of these mechanisms may lead to new therapeutic approaches for patients suffering from migraines and associated complications.

ORAL PRESENTATIONS

Integrating Health (Reproductive Health) And Climate-Experience From Africa (Uganda)

Submission Type: **Oral**

Topic Title: General Surgery > Hemorrhoids and anal fissure treatment

¹ Raymond Ruyoka, ² Dr Peter Ibembe,

¹ Yadnet Africa

² Reproductive Health Uganda

Integrating climate change strategies in Health (sexual reproductive health) programs and projects is key to health sector resilience to climate change shocks. Climate change has affected the health sector greatly leading to loss of lives and destruction of infrastructure such as roads and hospital facilities. This is an example from Uganda, a country in eastern Africa where climate change has greatly affected the health sector through flooding, mudslides, drought and famine with harsh weather conditions which have exacerbated increased disease burden, malnutrition and water-borne diseases. For example, in western part of Uganda, the flooding of River Nyamwamba in 2020, led to destruction of Kilembe hospital and other health facilities which affected the communities in the part of the country with reduced access to health services such as maternal health services, immunization, HIV&AIDS care, family planning services and adolescent health service provision leading to loss of lives of more than 571 people, destruction of 25 health facilities and 3 bridges. In eastern part of the country in 2017, there was the mudslides around Mount Elgon part of Bududa and Namisindwa which led to destruction of hospitals such as Butansi health center and Bushiyi health center in addition to destruction of homes and school infrastructure which led to loss of more than 345 people. In northern part of Uganda, there has been a long time drought leading to famine where more than 781 people living with HIV died due to malnutrition and drug resistance and low immunity. Climate has greatly affected the lives of people not only in Uganda, but in other countries such as Ethiopia, South Sudan, Ghana, Malawi and Senegal. There is a great need for increased funding for health sector resilience interventions from climate change shocks such as investment in water and wind barriers around health facilities, afforestation, constant upgrading of road infrastructure, investing in renewable, clean and solar energy, integrating health outcomes in climate change policies, increased domestic funding for health indicators in climate change GEF/GCF funding frameworks

Keywords: Integrating Health (SRHR) And Climate Change

Fibroadenom İle Takipli Adolesan Kızlarda Vitamin B12 Düzeyleri

Submission Type: Oral

Topic Title: Pediatrics > Vitamin, mineral and fish oil supplements for children

¹ Azize Ceren Kılıcı, ¹ Gürses Şahin, ² Melda Berber Hamamcı, ² Şule Yeşil, ² Ali Fettah,

¹ SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş: Fibroadenom stromal ve glandüler dokuların lokalize nodüler hiperplazisidir, adolesanyaşta en sık görülen benign meme kitlesidir. Bu yaş grubunda meme biyopsilerinin %70-%95’inde fibroadenom saptanmıştır. Fibroadenomlar proliferatif epitelyal değişikliklerle hiperplazi, karsinoma insitu, nadir de olsa invaziv karsinom oluşturabilir. Vitamin B12 vücuttatım hücreler için gerekli vitamindir. Düşük B12 vitamini seviyeleri kromozom kırıklarına ve DNA metilasyonunu etkileyerek DNA onarımının bozulmasına yol açar. Azalmış B12 vitamin düzeyi, DNA metilasyonu için gerekli olan S-adenosilmetiyonin aktivitesini azaltır ve gen ekspresyonunu bozar. Sonuç meme karsinogenezisine neden olabilir. Fakat bu konuda yayınlanmış az sayıda çalışma olduğundan Vitamin B12’nin meme kitlelerindeki rolü tam olarak anlaşılammıştır. Bu bilgiler ışığında biz çalışmamızla adolesan çağda Vitamin B12 düzeyiyle fibroadenom arasında ilişki olup olmadığını göstermek istedik.

Yöntem: 2014-2022 yılları arasında hastanemizde tanı alıp takipleri sırasında B12 seviyeleri olan 46 fibroadenom hastası ve 46 kontrol grubu olgusu çalışmaya dahil edildi. Kontrol grubu lenfadenopati tanısıyla takipli hastalardan oluşturuldu. Demografik özellikleri ve laboratuvardeğerleri tespit edildi. İstatistiksel olarak bu verilerin B12 ile ilişkisi analiz edildi.

Bulgular: Fibroadenom hastalarını ortalama tanı yaşı 14,7 (9-19), kontrol grubunun 14,2 (10-18) idi. Fibroadenom hastalarının vitamin b12 düzeylerinin ortalaması 304,54±79 pg/ml iken, kontrol grubunda ortalama 407 ± 137 pg/ml bulundu. Vitamin B12 değeri 300 pg/ml altında olanların %88,9 (n:24) fibroadenom hastası idi. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p: 0.006). Vitamin B12 değeri 340 pg/ml üzerinde olan fibroadenom hastası oranı %18,9 (n:7) iken kontrol grubunda bu oran % 81,1 (n:30) bulundu ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0,019).

Tartışma: Çalışmamız fibroadenom ile takip edilen hastalarda vitamin B12 düzeyini gösteren ilk çalışmadır. Kontrol grubuna göre anlamlı düşük düzeylerin bulunması fibroadenom etiyojisinde vitamin B12 nin rolü hakkında literatüre yeni bilgiler eklemektedir. Bu konuda dahafazla sayıda olgu ve daha çok klinik parametre ile yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Keywords: Vitamin B12 eksikliği, fibroadenom, adolesan kız çocuk

Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastada Spironolakton Kullanımına Bağlı Gelişen Jinekomasti

Submission Type: **Sözlü sunum**

Topic Title: **Family Physician > First step**

¹ Merve Nur ALAGÖZ

¹ İzmir Karabağlar 1 Nolu Aile Sağlık Merkezi

Amaç: Bu olguda jinekomasti ile gelen erkek hastalarda ayırıcı tanıda hastaların kullandığı ilaçların sorgulanması ve spironolaktonun bir etiyolojik faktör olarak hatırlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Aile Sağlığı Merkezine, bilenen kompanse kalp yetmezliği, diabetes mellitus, hiperlipidemi, hipertansiyon tanıları olan 66 yaşındaki erkek hasta öksürük şikayeti başvurusu üzerine sistemik muayenesinin yapılması esnasında sol memede şişlik olduğu saptandı. Sol memede gelişen şişlik sorgulandığında 2 aydır mevcut olduğu ve ağrı şikayetinin olmadığını ifade etti. Testis tümörü açısından hasta sorgulandığında hasta impotans şikayeti olduğunu belirtti. Kullandığı ilaçlar: Linagliptin 5mg 1x1, Gliklazid 60 mg 1x1, Empagliflozin-Metformin 5/10002x1, Spironolakton 25 mg 1x1, Ramipril-Hidroklorotiazid 5 mg 1x1, Karvedilol 12,5 mg 1x1, Ivabradin 5mg 1x1, Atorvastatin 40 mg 1x1. Bilinen bir karaciğer hastalığı bulunmayan hasta öncelikle genel cerrahi, kardiyoloji ve üroloji polikliniklerine yönlendirildi.

Bulgular: Hastanın vital bulguları stabil olup vki:28,9 kg/m² olarak saptanmıştır. Meme muayenesinde şişlik mevcut olup ele gelen kitle saptanmadı. Genel Cerrahi hekiminin değerlendirmesi sonucunda bilateral meme ultrasonografisinde; ‘sağ meme subareoler alan olağandır. Sol subareoler bölgede yaygın bir alanda santralinde nodüler komponenti olan diffüz jinekomasti alanları izlenmektedir. Yer kaplayan lezyon saptanmamıştır. Sol aksillada radyopatolojik lenf nodu izlenmemiştir.’ olarak belirtilmiştir. Kan tetkiklerinde bir patoloji saptanmamıştır. Ürolojiye de danışılan hastanın yapılan skrotal ultrasonografisinde herhangi bir patoloji saptanmamıştır. Kardiyoloji hekimi tarafınca değerlendirilen hastanın jinekomastisinin spironolaktona bağlı olduğu düşünülüp ilk etapta ilacı kesilip yerine eplerenon başlanmıştır.

Sonuç: Erkeklerde jinekomastinin patogenizinde, androjen veya androjen duyarlılığındaki azalma ile memenin glandüler dokusunda östrojenin etkisinin artması sorumludur (1). Erkeklerde jinekomastinin etiyolojisinde; obezite, karaciğer hastalığı, meme kanseri, testis tümörü, endokrinolojik hastalıklar, ilaçlar bulunmaktadır. Kalp yetmezliğinde kullanılan spironolakton; androjen üretimini azaltır, meme dokusundaki östrojen reseptörleriyle etkileşerek jinekomastiye neden olur. Multidisipliner bir yaklaşım sergilenen olgumuzda jinekomastinin kalp yetmezliğine bağlı kullanılan spironolaktona bağlı geliştiği saptanmıştır. İlacı kesildikten sonra hastanın şikayetleri gerilemiştir.

Kaynaklar: 1.Göksun AYVAZ; Jinekomastili Hastaya Yaklaşım; Türkiye Klinikleri J Endocrin. 2003;1(2):85-7.

Keywords: Jinekomasti, Erkek, Spironolakton

COVID-19'a Bilinen Maruziyetin Bireylerin COVID-19 ile İlgili Bilgi Düzeyleri ile İlişkisi

Submission Type: **Oral**

Topic Title: Family Physician > Research planning and execution

¹ Dr. Mehmet Yeral, ¹ Uzm. Dr. Gizem Limmili, ¹ Prof. Dr. Azize Dilek Güldal,

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş: Salgın yönetiminde hastaların hızla bulunması, temaslılar için önlemlerin alınması önemlidir. Ayrıca halkla etkili iletişim kurmak, engelleri analiz ederek iletişimi arttırmak gerekmektedir. Bu bağlamda, hastalıktan korunmada ve yayılımın önlenmesinde halkın bildiği düzeyi ve bildiklerini uygulaması önemlidir. Öğrenmenin mekanizması tam açıklanamasa da deneyimlerden oluşan değişimler olarak bilgiye dönüştüğü söylenebilir. Hastalığa maruziyet, somut bir deneyim şeklindedir. Deneyimin iyi bir öğrenme ortamı sağlayabildiği ve insanların deneyimi bilgiye dönüştürebileceği gösterilmiş olmakla birlikte hastalığa maruziyetle oluşan deneyimin ne kadarının doğru bilgiye dönüştüğüne dair bilgiler kısıtlıdır.

Amaç: COVID-19'a bilinen maruziyeti olan ve olmayan bireylerin bilgi düzeyinin ölçülmesi, aralarında bilgi düzeyi açısından anlamlı fark olup olmadığı; bunların sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel-analitik planlanan çalışma, DEÜ Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran hastalarla yüz yüze gerçekleştirilmiştir. COVID-19 Bilgi Düzeyi Anketi (CBDA), literatürdeki çalışmalar ışığında, araştırmacılar tarafından; beş klinik, dört bulaşma yolları, sekiz korunma-kontrol olarak toplam 17 sorudan oluşmaktadır. Soruların doğru yanıtını bilenlere bir puan, yanlış yanıtlayan veya bilmiyorum şikkını işaretleyenlere sıfır puan verilmiştir. Veriler, SPSS.25 programıyla değerlendirilmiş; $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmadaki 388 kişinin yaş ortalaması $41,87 \pm 14,60$ olup %53,4 (n:207)'ü kadındır. Katılımcıların %50'si COVID-19 geçirmiştir. CBDA toplam puan ortalaması $13,22 \pm 3,71$ 'dir. COVID-19 geçirenlerin ve aşı olanların CBDA toplam puanı daha yüksektir (sırasıyla $p < 0.001$; $p < 0.001$).

COVID-19 geçirenlerde, kronik hastalığı olmayanlarda ve aşı olanlarda CBDA klinik puanı daha yüksektir (sırasıyla $p < 0.001$; $p = 0.005$; $p < 0.001$). COVID-19 geçirenlerde, kronik hastalığı olmayanlarda ve aşı olanlarda CBDA bulaşma yolları puanı daha yüksektir (sırasıyla $p < 0.001$; $p = 0.005$; $p < 0.001$). COVID-19 geçirenlerde ve aşı olanlarda CBDA korunma-kontrol puanı daha yüksektir (sırasıyla $p < 0.001$; $p < 0.001$).

Sonuç: COVID-19'a bilinen maruziyeti olan bireylerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. COVID-19'a bilinen maruziyeti olmayanların bilgi düzeylerinin daha düşük olması, hastalığa maruz kalmadan önce önleyici bir faktör olarak bilgi düzeylerinin güçlendirilmesi ve buna bağlı olarak bireylerin COVID-19 karşısında daha doğru tutumlar geliştirmesinin gerekli olduğunu göstermektedir. Bunun için toplumdaki her bireyin hastalıklara maruz kalmadan önce bilgi düzeylerinin yükseltilmesi amaçlanmalıdır.

Keywords: COVID-19, COVID-19 maruziyeti, COVID-19 bilgi düzeyi

Prevalence of Metabolic Syndrome, its risk factors and associated complications among the rural population of India

Submission Type: **Oral**

Topic Title: Internal Medicine > Obesity and Metabolic syndrome

¹ Dr K Vani Madhavi, ² Dr Lakshmi Venkata Simhachalam Kutikuppala, ³ Dr Gaurang Bhatt,

¹ Konaseema Institute Of Medical Sciences And Research Foundation, Amalapuram, India

² Dr Ntr University Of Health Sciences, Vijayawada, India

³ All India Institute Of Medical Sciences, Rishikesh, India

Introduction: Metabolic syndrome (MS), also known as syndrome X, is defined by WHO as a pathologic condition characterized by abdominal obesity, insulin resistance, hypertension, and hyperlipidemia. With a promising conquest over infectious diseases around the world, this non-communicable disease (NCD) entity has become a significant health hazard in the modern world.

Aim: The present study was done to estimate the burden of Metabolic Syndrome and to identify its risk factors and its complications among the rural adult population of India.

Methods: The study was carried out at 26 villages comprising 5 Primary Health Centres (PHCs) situated under a tertiary care setting in India, following approval from the Institutional Review Board at Konaseema Institute of Medical Sciences and Research Foundation, India. It was a community-based cross-sectional study conducted among adults of both genders residing in the area of PHCs. A pretested structured questionnaire was used to collect information on socio-demography, diet, physical activity, perceived stress, tobacco and alcohol use, anthropometry, blood pressure, and lipid profile.

Results: The prevalence of MS was 35.8% among the study participants. Central obesity was found in 59.6% of the participants. In univariate analysis, age greater than 44 years, female gender, higher socioeconomic status, refined sunflower oil usage for cooking, less consumption of fruits and vegetables, physical inactivity, perceived high stress, tobacco, and alcohol consumption were identified as risk factors to develop MS.

Conclusion: The prevalence of MS was found to be high. Due focus must be given to the promotion of healthy lifestyle practices among the community members; and provisions for early screening for risk factors such as obesity, lack of physical activity, and stress must be enacted. Further research work is necessary to explore in detail the pathophysiology of different causative factors contributing to the development of MS.

Keywords: Diabetes, Metabolic Syndrome, Non-communicable diseases, Rural Health

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde son 5 yılda yayınlanan makalelerin analizi

Submission Type: Oral

Topic Title: Family Physician > Research planning and execution

¹ Yasemin Kiliç Öztürk, ² Yasemin Özkaya,

¹ SBÜ İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Abd

² SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Amaç: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) ana yayın organı olan Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Türk aile hekimlerinin ele aldıkları araştırma konularını, ana ilgi alanlarını yansıtan önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada derginin son 5 yılındayayınlanan araştırmaların yapısal olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikteki çalışmada 2018-2022 yıllarındaki Türkiye Aile Hekimliği dergisinde yayınlanmış bilimsel çalışmalar incelendi. Çalışma türü, çalışmanın kimlerle yapıldığı, araştırmacıların cinsiyetlere göre dağılımı, araştırma yeri, veri toplama yöntemleri analiz edilmiştir.

Bulgular: Değerlendirilen 113 çalışmanın 87'si (%77) orijinal araştırma, 12'si (%10.6) derleme, 11'i (%9.7) olgu sunumu, 3'ü (%2.7) editöre mektuptu. Orijinal araştırmaların %87'si (n=69)

kesitsel nitelikte, %13,7'si (n=12) retrospektif tasarımdaydı. İncelenen çalışmaların sadece ikisinin metodolojik tasarımda, ikisinin de müdahale çalışması olduğu gözlemlendi. Ortalama yazar sayısı $3,42 \pm 1,801$ (min:1, max:11) araştırmacıdan oluşmaktaydı. Çalışmaların %31,1'i (n=35) 2, %22,1'i (n=25) 4, %19,5'i (n=22) 3 araştırmacı tarafından yürütülmüştü. Araştırmacı sayısının 6 ve üzeri olduğu 10 çalışma mevcuttu. Çalışmaların 16'sı saha çalışması iken, 15'i birinci basamak sağlık kuruluşlarında tasarlanmıştır. Online anketlerin sadece 3 araştırmada uygulandığı gözlemlendi.

Araştırmaların 70'inde yüz yüze anket uygulanmıştı. Anket çalışmalarının ağırlıklı olduğu görüldü. Yazar ağırlığının kadın olduğu 50 çalışma (%44,2), erkek olduğu 37 çalışma (%32,7), kadın ve erkeğin eşit oranda olduğu 26 çalışma (%23) görüldü. 66 araştırmada (%58,4) birinci yazar kadındı.

Sonuç: Araştırmalarda sıklıkla anket uygulamalarının kullanıldığı anlaşılmaktadır. Orijinal araştırma çalışmalarının yoğunlukta olduğu ancak kanıt düzeyi yüksek deneysel ve prospektif çalışmaların kısıtlılığı dikkat çekmektedir. Yazarlar arasında kadın araştırmacıların çoğunlukta olduğu çalışmaların daha fazla olduğu görülmüştür. Birinci basamak hekimleri tarafından yürütülen ve saha tabanlı çok merkezli epidemiyolojik çalışmaların artırılması aile hekimliği disiplini açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Sözcükler: aile hekimliği dergisi, birinci basamak sağlık hizmeti, bilimsel araştırma, araştırmayöntemleri

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Asistanlarının YNSA(Yamamoto New Scalp Acupuncture-Yeni Nesil Scalp Akupunktur) Hakkında Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

Submission Type: Oral

Topic Title: **Healthy Life** > Functional medicine and Holistic Health

¹ As. Dr. Deniz Almak, ¹ As. Dr. Alper Kalender, ¹ Uzm. Dr. Serap Öksüz, ¹ Doç. Dr. Esra Meltem Koç

¹ İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Organizmada fasya sistemi ile vücut bulan meridyen ağlarının bilimsel açıklamasının yapıldığı ve mikro akupunktur sistemlerinin bilimsel temellerinin atıldığı akupunktur dünyasında Yeni Nesil Scalp Akupunktur (YNSA) tanıs ve tedavi anlamında etkinliğinin farkına varılışıyla son zamanlarda önemli bir ilgi odağı olmuştur. Ülkemizde YNSA 'ya olan ilginin günden güne artması sebebiyle workshoplar düzenlenmesine neden olmuş ve hekimler tarafından öğrenilmeye başlanmış ve uygulanması artmıştır.

Çalışmamızın amacı alanda etkin olarak çalışacak hekimlerin YNSA hakkında bilgi düzeylerini belirlemek ve bu konuda farkındalıklarının artmasını sağlamaktır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmamızın evrenini İKÇÜ Atatürk EAH'ta uzmanlık eğitimini almakta olan 630 asistan hekim oluşmaktadır ve örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı, %5 hata payı, %50 bilinmeyen sıklık ve %5 sapmayla en az 239 kişi olarak hesaplanmıştır. Veriler 01.11.2022- 31.01.2023 tarihleri arasında online anket formuyla toplanmaktadır.

Bulgular: Devam etmekte olan çalışmamıza şimdiye kadar toplam 86 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Bunların %62,6'sı (52) kadındır. Katılımcıların %30,1'i (25) asistanlığının ilk yılında, %40,9'ü (34) ikinci yılında, %29'u (24) üçüncü yılındadır. Asistan hekimlerin %19,2'si (16) YNSA'yı daha önce duyduğunu belirtmiştir. YNSA hakkında bilgi sahibi olmayanlar arasında konuyla ilgili eğitim almak isteyen katılımcıların sıklığı % 73,5'tir. YNSA'nın hangi hastalıkların tedavisinde kullanıldığı sorusuna katılımcıların %89,2'si başağrısı; %84,3'ü migren; %80,7'si kas iskelet hastalıkları; %78,3'ü fibromiyalji cevabını vermiştir. Asistan hekimler arasında 2. yıl eğitim düzeyinde olanlar diğer yıllardaki asistanlara göre YNSA'nın birçok hastalığın tedavisinde etkili olduğu (p=0,009), kafa bölgesi uygulaması temelinde çalıştığı (p=0,004), ilk seanstan itibaren etkilerinin görüldüğü (p=0,006) ve somatotopik noktalardan oluşan bir sistem olduğu (p=0,000) konularında doğru bilgi sahibi olma bakımından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır.

Sonuç: Yeni Nesil Skalp Akupunktur başta olmak üzere akupunktur eğitimlerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitimleri gibi Sağlık Bakanlığı onaylı olarak düzenlenmesinin ve bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı denetimindeki kurumlarda, eğitimini almış yetkin hekimlercesunulması, eğitimlerinin yaygınlaştırılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu konuda yapılan bilimsel araştırmalar yaygınlaştırılmalı, 'akupunktur ve özellikle YNSA' kavramı ile ilgili farkındalık artırılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: YNSA, akupunktur, system

Koroner Arter Bypass Greft Operasyonlu Hastalar ile Sağlıklı Bireylerin Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmeti Alma Durumlarının Kıyaslanması

Submission Type: **Oral**

Topic Title: Cardiology > Diagnosis and follow-up in cardiovascular diseases

¹ Habib Çakır, ¹ Köksal Dönmez, ¹ Ertürk Karaağaç, ¹ İsmail Yürekli, ¹ Ali Gürbüz, ²

Meryem Çakır, ²Kurtuluş Öngel,

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kalp Ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

² İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç: Birinci basamakta koruyucu sağlık hizmeti sunumu ile pek çok hastalığın önüne geçilebilmektedir. Özellikle toplumdaki en sık ölüm nedeni olan kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine yönelik birinci basamak hekimlerine önemli bir görev düşmektedir. Bu çalışmada KABG operasyonlu kişilerin birinci basamakta koroner arter hastalığına yönelik koruyucu sağlık hizmeti alma durumlarının sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslanması amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı desende planlanan çalışmaya 151 KABG hastası ve 167 sağlıklı birey dahil edildi. Hastaların koroner arter hastalığından korunmalarına yönelik sağlık hizmeti alma durumlarını ve sosyodemografik özelliklerini inceleyen bilgi formu hastalara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı.

Bulgular: Çalışmada KABG operasyonu olan hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre, sigara ve alkolün koroner zararları, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü ve asetilsalisilik asit kullanımının koroner yararları hakkında daha fazla bilgi aldıkları bulundu ($p<0.005$). Yine KABG hastalarının birinci basamakta daha sık kan basıncı, lipit ve kan şekeri kontrollerinin yapıldığı bulundu ($p<0.005$). İleri yaş, erkek cinsiyet, Hipertansiyon ve Diabetes Mellitus tanılı ve egzersiz yapmayan hastaların daha fazla KABG operasyonu geçirdiği saptandı ($p<0,005$).

Sonuç: Kişilerin koroner arter hastalığına yönelik birinci basamak sağlık kuruluşlarında koruyucu hizmet almalarının yaygınlaştırılması ve birinci basamak hekimlerinin bu konudaki bilgi ve deneyimlerini arttıracak stratejiler geliştirmek oldukça önemlidir. Birinci basamakta hastaların koroner risk değerlendirmelerinin yapılması ve gerekli durumlarda hastaların tedaviye erken yönlendirilmesi ile hastaların yaşam süresinin uzadığı unutulmamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Birinci basamak, koruyucu, koroner risk, sağlık

A Report on the Difficulties Faced by Female Syrian Migrants in Türkiye in Regards to Access to Sexual and Reproductive Health; compared with difficulties in Sweden

Submission Type: **Oral**

Topic Title: Gynecology and Obstetrics > Family planning and birth control methods

¹ Doğukan Pira,

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

Introduction: More than a decade after the onset of the Syrian Civil War and the ensuing humanitarian crisis, the peoples displaced from their homes are still struggling to create a new, stable life for themselves away from violence. Syrian refugees yet face discrimination in many facets of public life; and are denied equitable opportunities in access to healthcare.

Aim: This report aims to compare the challenges Syrian migrants must overcome regarding sexual and reproductive health in the two European countries of Türkiye and Sweden; both of which have political landscapes dominated by discussion of the ongoing refugee crisis.

Methods: This report was prepared via literature review of current reports on migrant health in Türkiye and in Sweden; and via the integration of direct observational findings in a fortified migrant health-center in Türkiye.

Results: Migrants In both reviewed countries yet face many difficulties in accessing reproductive health services. Healthcare providers' discriminatory attitudes, poor integration into society, ignorance towards migrants' cultural norms and biases against reproductive health services and methods, and language barriers are cited as prevalent barriers to access.

Discussion: The international community has long been aware of the low living standards in refugee settlements. The immigrants must overcome innumerable challenges to establish their new life following forced displacement. The issue of sexual and reproductive health plays a critical role in the process of reintegration. Access to family planning and contraception can significantly enhance the quality of life in this population. As maternal and newborn health are vital indicators of the wellbeing of every society, it is critical to ensure every person has access to quality healthcare.

Conclusion: Migrant access to holistic and preventative Sexual and Reproductive Healthcare is essential. Both countries must implement long term strategies for the proper integration and education of migrants to avoid an upcoming healthcare crisis.

Keywords: Health Equity; Sexual Health; Right to Health Care; Attitude of Health Personnel; Migration Policy

Balint groups: A supervision model in primary care

Submission Type: Oral

Topic Title: Family Physician

1 Genco Görgü, 2 Özden Gökdemir,

¹Bandırma 1st Family Medicine Center

²İzmir Ekonomi University

Balint groups refer to a clinical supervision model developed by Mihaly Balint, a Hungarian- born physician who practiced his professional life in the United Kingdom. It can also be defined as a kind of consultation model between general practitioners, and a supervision process is run for the physician who has a difficult doctor-patient relationship experience. The purpose of Balint groups; is to ensure the positive transformation of the uncertain, complex, and challenging doctor-patient relationship. In addition to clinical method differences in primary care such as community-oriented perspective and low-prevalence medicine, there is a dynamic psychological dimension arising from the long-term patient-physician relationship. Solidarity, trust, and empathy among colleagues ensure the management of difficult cases and protect the family physician against burnout. Several physicians come together to form a Balint group under the leadership of a group leader who has experience in the Balint model. The leader asks the group who wants to present the case. The physician who wants to share a case comes forward and shares his experience. After completing his presentation, the physician withdraws and the participants take turns asking questions about the case. These questions may be about the characteristics of the patient such as age, gender, and medical condition. In addition, it may be related to the pattern and flow of the event between the patient and the doctor. In the last stage, there is the discussion process in which the presenter and other participants exchange their views together. The task of the group leader is to provide a flow in line with the basic principles of the Balint model and to enrich the discussion with open-ended questions where necessary. Within the scope of this presentation, the dynamics of the relationship between a patient with a late diagnosis of colon cancer and a physician will be discussed.

Keywords: Balint groups, family medicine, leadership, supervision

Online and Face to Face Education Perspective

Submission Type: **Oral**

Topic Title: **Family Physician**

¹ Ferhat Gündoğan,

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

I am here as a student that took not all years of online education out of but that took 1,5 years out of 2,5 years, plus this month after the earthquake that affected 11 cities in Turkey. In high school going to school was a burden for me but as the years proceeded and I got my place in the faculty I wanted in the university, that changed. I don't remember wanting to go to school this much, but online education kind of both stopped us, and mentioning it like this I think sounded unfair because it was also a savior in the years of Covid 2019 pandemic. Other than situations that require online education like pandemics and earthquakes, face-to-face education is way more effective than online education. Participation and attendance fall dramatically, the most crowded lecture sometimes has 20 participants and that's $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{4}$ of my class. Participation is another thing in online lectures, 5 of 20 speak at most. I did a quick research and couldn't find any data on this but this is what I have observed first hand. There are systems that record these lectures and luckily my university has one of those systems. I don't have data about the clicks or time spent on that replay system but I don't quite believe that it's as effective as attending online. The questions asked on face to face lectures are very limited and it decreases with the transition to online, (which is also correlated with the total attendance) you can't ask any questions this way. In this section people prefer they get the "education," they want to take, which is only what the teacher tells them. Nobody wants to ask anything that they think of. Which is utterly away from what the academy is for.

Keywords: education, face-to-face, online, student perspective

Trigeminal neuralgia tension-type headache

Submission Type: **Oral**

Topic Title: Neurology > Headache differential diagnosis and treatment

¹ Ezgi Tatlıcı,

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

The patient applied for treatment for right hemicranial, scorching, and electric shock discomfort in the back of her head that had been bothering her for two days. Her account revealed that the pain had moved to her jaw and, sometimes, her ear. The patient indicated that she had previously experienced a similar problem and that she was treated with Brufen (Ibuprofen), which was recommended at the time. There is no diabetes diagnosis (and no drug use), but earlier examinations reveal that there was overt diabetes based on the HbA1c level. BP: 139/82mmHg, all other vital signs normal. All system evaluations were normal, with no abnormal results.

A thyroid nodule has been discovered. She was under the care of the endocrinology department, but she has ignored it for a year and does not take any medications. Despite her usual diet, the patient reported waking up feeling hungry in the morning. Trigeminal neuralgia tension-type headache is the preliminary diagnosis.

Suggestions: She has no recognized hypertension diagnosis. Monitoring of blood pressure was advised and discussed. It was discovered that the patient attended an endocrinology appointment, and that blood sugar control and thyroid nodule control were indicated.

The characteristics of trigeminal neuralgia pain and tension-type headache, as well as the triggering elements, can be elucidated. The patient can be told about the indications for neurology referral. If the diagnosis is a tension headache, the patient can be informed about the causes, effects, and complexities of chronic pain. The connection between pain and emotion thought and conduct can be described.

Alternative treatment approaches and different preventative strategies can be explained if the current treatment is unsuccessful. Psychotherapy and behavioral therapies may be indicated if the conditions are favorable.

İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının SIBO Hakkındaki Bilgi ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

Submission Type: **Oral**

Topic Title: **Family Physician**

¹ Merve Alban, ¹ Pelin Tiryakioğlu, ¹ Esra Meltem Koç, ² Mehmet Burak Öztöp,

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

² İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Abd

Giriş ve Amaç: İnce bağırsakta aşırı bakteri üremesi (SIBO) yaygın, ancak yeterince tanınmayan bir sorundur. Mide bulantısı, hazımsızlık, yorgunluk, ishal ve kabızlık gibi semptomlarla hastaların konforunu bozmakta malabsorpsiyon, kilo kaybı, anemi, vitamin ve demir eksikliği gibi ciddi belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Bireyin ilk temas noktası olan aile hekimlerinin konu hakkında bilgi sahibi olması ve farkındalıklarının oluşması hastaların tedavisinin zamanında yapılmasına, yaşam kalitesinin artmasına, yapılan sağlık harcamalarının azalmasına katkı sağlayacak ve fonksiyonel tıp biliminin gelişmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının SIBO hakkındaki bilgi ve farkındalıklarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte planlanan çalışmanın evrenini İzmir'de aile hekimliği uzmanlık eğitimini almakta olan asistan hekimler oluşturmaktadır. 2022 Ekim ayı verilerine göre uzmanlık eğitimini almakta olan asistan hekim sayısı 440 kişi olduğundan %95 güven aralığı, %5 hata payı, %50 bilinmeyen sıklık ve %5 sapmayla en az 207 kişilik örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Katılımcılara ilgili literatür doğrultusunda, araştırmacılar tarafından geliştirilen, 34 soruluk anket online uygulanacaktır.

Bulgular: Devam etmekte olan çalışmamıza şimdiye kadar toplam 61 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Bunların %62,3'ü(38) kadındır. %29,5'i(18) asistanlığının ilk yılında, %36,1'i(22) ikinci yılında, %33,4'ü(21) üçüncü yılındadır. Örneklemimizin %67,2'si(41) daha önce İnce Bağırsakta Aşırı Bakteri Üremesi (SIBO) kavramını duymuş, %32,8'i (20) duymamıştır. Risk faktörlerinden en fazla predispozan olduğu düşünülen ince bağırsak divertikülü gibi anatomik anomaliler %73,8(45), gastrik bypass ve Roux-en-Y gibi cerrahiler %72,1(44), narkotikler, antikolinergikler ve antidiyaretikler gibi bağırsak hareketliliğini yavaşlatan ilaçlar %78,7(48), cerrahi, otoimmün gastrit veya PPI'lara bağlı bağlı hipo veya aklorhidri %78,7(48), inflamatuvar bağırsak hastalığı %77(47), diabetes mellitus %70,5(43)'tür. SIBO ile ilgili eğitim, seminer almak isteyenler %90,2'sini(55) oluşturmaktadır.

Sonuç: İnce bağırsakta aşırı bakteri üremesi (SIBO) ile ilgili seminerler/egitimler verilmesi aile hekimliği uzmanlarının bilgi düzeyi ve farkındalığının artırılmasına katkıda bulunacak ve yetkinliğini artıracaktır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmeti alan hastaların doğru tanı ve tedaviyle hayat kalitesini artırıp sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artmasına fayda sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: sibo, ince bağırsakta aşırı bakteri üremesi, malabsorpsiyon, small intestinal bacterial overgrowth, bacterial overgrowth

The Association of Diffuse Large B-Cell Lymphoma and Myelodysblastic Syndrome As a Rare Condition

Submission Type: Oral Topic Title: Oncology

¹ Melis Kartal Yandım, ² Kemal Aygün,

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

² İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Non-Hodgkin's lymphomas comprise several subtypes, with Diffuse Large B-Cell Lymphoma (DBBHL) being the most common, accounting for 58% of cases. DBBHL is typically diagnosed at advanced stages, with 40% of patients displaying extranodal involvement. Myelodysplastic syndromes (MDS) are a group of hematological malignancies that are characterized by clonal hematopoiesis, one or more cytopenia, and abnormal cellular maturation. A 59-year-old male patient, with a medical history of hypertension (HT) and coronary artery disease (CAD), was admitted to the emergency department of an external center, complaining of abdominal pain that had started 4-5 months prior. During abdominal examination, an irregularly contoured, heterogeneous internal mass lesion measuring 99x89 mm was detected in the mesenteric fatty tissues in the upper left quadrant, along with significant diffuse thickening of the adjacent jejunal walls. The patient underwent mass resection surgery, and the pathology report indicated that the mass was compatible with Diffuse Large B-Cell Lymphoma, with a CD3-, CD20+, CD5-, CD10+, CD23-, Bcl-2-, Bcl-6+, Cyclin d1-, CD117-, pancytokeratin-, c-MYC-, and Ki-67 %85-90+ immunophenotype. The patient was assessed as having high-risk MDS according to the R-ISS score and treated with the 3+7 (idarubicin-doxorubicin) protocol. However, due to the blast rate being 19% during a bone marrow aspiration performed to evaluate the response, the treatment was deemed unresponsive and switched to IDA-FLAG (idarubicin-cytarabine-fludarabine). Unfortunately, the patient died due to refractory disease and septic shock.

Managing patients with concurrent MDS and NHL is complex due to various factors such as age, performance status, concomitant diseases, and the severity and subtype of NHL and MDS.

Keywords: dbbhl, mds

A global epidemic! Obesity from Adipogenesis to its Clinical Consequences

Submission Type: Oral

Topic Title: Internal Medicine > Obesity and Metabolic syndrome

¹ Dilek Soysal, ¹ Melis Kartal Yandım, ¹ Ayşe Banu Demir, ¹ Yasemen Adalı, ¹ Özge Ertener, ¹ ÖzdenGökdemir, ¹ Elif Barış, ¹ Gülfem Terek Ece,
¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

Since obesity is a global health problem that can lead to life-threatening morbidity and mortality, we emphasize its importance in our medical curriculum. We would like to draw attention to its importance and multifaceted effects by reviewing the whole process from its molecular basis to systemic effects. Obesity cannot be evaluated from a single point of view and it should be handled with different aspects from the cell level to the clinical consequences at both individual and society level. We have written a book chapter explaining its mechanism from this perspective. Here, we would like to present our study.

Adipose tissue, with a huge cell signaling network, serves for energy storage, regulation of energy homeostasis, and as an endocrine organ causing ROS formation, while adipocytokines contribute to atherosclerosis via insulin resistance, systemic inflammation, deterioration in endothelial function and increased coagulation, and to carcinogenesis via changes in leptin/ adiponectin ratio, fat tissue signaling alterations, oxidative stress, molecular damage, systemic inflammation, and insulin resistance. Monogenic and polygenic factors, and epigenetic factors, including DNA methylation, histone modifications, non-coding RNA mediated modifications, affect metabolic processes and

fat storage in the body and play role in obesity either through genetic variants or lifestyle mediated changes. The microbiota has been shown as effective in the development of obesity. Dyslipidemia, obesity-related nephropathy, obstructive sleep apnea, steatohepatitis, gastroesophageal reflux, gastric and intestinal dysfunctions, arthritis, balance disorders, polycystic ovary syndrome, colorectal, endometrial, postmenopausal breast cancers also associate with obesity. Obesity has a detrimental impact on COVID-19 infection prognosis and increases its mortality.

In clinical practice, heterogeneity of obesity requires individual, social and medical effort for its prevention and treatment. Although lifestyle changes as nutrition, exercise, behavioral therapy are recommended primarily in most obese individuals, pharmacological agents can be used depending on patients' comorbidities as these changes become insufficient over time.

Keywords: obesity, adipogenesis, management

The effect of breathing techniques on the severity and frequency of migraine-like headaches

Submission Type: **Oral**

Topic Title: Neurology > Headache differential diagnosis and treatment

¹ Oğulcan Köme, ¹ Gizem Limmili, ¹ Dilek Güldal,

¹ Dokuz Eylül University/Faculty of Medicine

Background:

Migraine is a common neurobiological disorder that causes increased excitability of the central nervous system, resulting in significant morbidity worldwide. Migraine has a considerable economic and social impact, affecting the quality of life of patients and disrupting work, social activities, and family life. Reducing the frequency and severity of migraine attacks may be the first goal of treatment.

Methods:

This study is a randomized controlled trial designed to observe the effects of breathing techniques on migraine-like headaches, frequency, and severity. Participants will be assigned to either the intervention or control (treatment as usual) group using cluster randomization to prevent intergroup contamination. The intervention group will be taught breathing techniques by the researcher, while both groups will continue to use pharmacotherapy for migraine.

The primary outcome of the study is to evaluate the effect of breathing techniques on the frequency and severity of migraine-like headaches, and the secondary outcome is to evaluate the effect on the MIDAS score.

Results:

The study aims to provide information about the effect of breathing techniques on migraine-like headaches, which will contribute to the literature as pharmacotherapy options for migraine are limited. The results of the study will be evaluated using the migraine disability assessment questionnaire (MIDAS) at the beginning and end of the study.

Trial registration:

The trial has been registered with clinicaltrials.gov (NCT05536635) on 09/09/2022.

Keywords: Migraine, Headache, Breathing Techniques, MIDAS.

Evaluation Family Medicine Internship

Submission Type: Oral

Topic Title: Family Physician

¹ Nedret Tuğba Kıraker,

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

Physicians should consider several important factors when approaching their patients, including Empathy and Compassion: Physicians should approach their patients with empathy and compassion, showing them that they care about their well-being and are committed to helping them improve their health. Communication: Physicians should use clear and effective communication to explain medical conditions, procedures, and treatments to their patients in a way that they can understand. Active Listening: Physicians should listen actively to their patients and encourage them to express their concerns and questions, allowing for a collaborative and respectful relationship. Cultural Sensitivity: Physicians should be aware of and sensitive to their patient's cultural backgrounds, values, beliefs, and preferences. Privacy and Confidentiality: Physicians should respect their patients' privacy and maintain their confidentiality in all interactions and conversations. Shared Decision-Making: Physicians should involve their patients in the decision-making process by presenting options, weighing benefits and risks, and respecting patients' preferences. Continuity of Care: Physicians should strive to maintain continuity of care by keeping accurate and up-to-date records, coordinating care with other healthcare professionals, and ensuring smooth transitions between healthcare settings.

The patient had URSI and the physician was prescribing regular symptomatic medications such as ibuprofen and pseudoephedrine. Instead of blindly renewing the prescription, I took the time to review the patient's medication history, including their past medical history and other medical conditions. I saw the patient has hypertension disorder which is a contraindication condition for pseudoephedrine. I consulted with the supervising physician to discuss the best treatment options for the patient.

By taking these steps, I was able to prevent a potential medical error and ensure that the patient received appropriate and safe treatment. This event highlighted the importance of careful and thorough medication review and the value of collaboration with other healthcare professionals in preventing medical errors.

Keywords: Internship, family medicine, education

The Role of Family Physicians in Wellness Programs: A Literature Review

Submission Type: **Oral**

Topic Title: **Family Physician**

¹ Snezana Knezevic,

¹ Health Center Kraljevo, Serbia

Introduction: Wellness programs have gained prominence in recent years as a proactive approach to improving health outcomes and reducing healthcare costs. Family physicians play a crucial role in implementing and coordinating wellness programs, but their specific contributions have not been well-defined.

Aim: This review aims to examine the existing literature on the role of family physicians in wellness programs.

Methods: A search of relevant databases yielded 25 articles that met the inclusion criteria.

Results: The findings revealed that family physicians play multiple roles in wellness programs, including health risk assessment, health promotion, disease prevention, behavior change counseling, and care coordination. They provide personalized care plans, monitor progress, and facilitate referrals to other healthcare professionals or community resources.

Discussion: Family physicians address the social determinants of health and provide patient education and empowerment, acting as advocates for patients. However, barriers such as time constraints, lack of reimbursement, and limited training were identified. In addition, the importance of ongoing education for family physicians to enhance their skills in delivering wellness interventions and addressing barriers. Fostering strong collaborations among healthcare professionals and leveraging technology can further support family physicians in their role as wellness programs, leading to improved patient outcomes and population health.

Conclusion: Family physicians play a multifaceted role in wellness programs, serving as frontline providers for health promotion, disease prevention, and care coordination. Their holistic approach to patient care contributes to the success of wellness programs. However, addressing barriers and enhancing support for family physicians in their role as wellness champions is crucial for the effective implementation and sustainability of wellness programs. Further research and policy efforts are needed to optimize the contributions of family physicians in wellness programs and promote population health.

Keywords: Wellness, family physicians, education, health

Family Health Care Center Visits-Solutions Suggestions

Submission Type: Oral

Topic Title: Family Physician

¹ İrem Çiftciöğlü, ¹ Emirhan Talip Dinçel, ¹ Zehra Kale, ¹ Lara Sinem Karakundak, ¹ Ali Tuna Serter, ¹

Sarp Tatlıcıoğlü,

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

What are the problems?: Because of socio-economic difficulties, most patients are housed near the industrial area, which is not suitable for the residents' general well-being due to general pollution (like noise, etc), and due to socio-economic conditions around the area, people are generally low-income. Some patients could not afford to pay the amount for the medications prescribed to them. Even if they did, we observed that some common

medications like hypertension drugs were not available in the nearby pharmacies, which the elderly people have to go to. The doctor had to contact the pharmacists and actually prescribe a hypertension drug that they had available. A lot of them also could not afford to buy enough of the required food groups like meat, fish, and fiber-containing vegetables. But a lot of patients that came to the FHC, especially men, were also smokers. Not coincidentally, there are a lot of overweight people, especially women who are at home and not working. Another common problem of people is, they are generally not physically active enough. We also observed a lot of elderly hypertension patients coming in every day to get their blood tension checked, because they did not have the device at home.

What could be the solutions?: It is necessary to increase the number and variety of drugs and backup medication must be available for emergency times. Accommodation and/or settlements in the vicinity of the industrial area should be minimized due to air and noise pollution. Seminars on smoking cessation can be organized with the FHC physicians together with the patients. Increasing cigarette prices may help to reduce the smoking rate. The cost of the HPV vaccine must be covered by SGK as a cancer prevention measure.

Keywords: family health care center, medical student perspective, evaluation

Risk Management and Prevention: Obesity

Submission Type: Oral

Topic Title: Family Physician

¹ Özgenur Sabancı,

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

The patient was a fifty-three-year-old woman. She is at risk for cardiovascular diseases-hypertension, obesity, and cancer that she may experience due to her lifestyle, age, and genetic predisposition. According to TEMD, while the patient is under the age of 55, there is no risk in terms of age, but she is at risk due to smoking and having a BMI over 25. In addition, the prevalence of cardiovascular disease on the father's side of the family is another risk factor for the patient. Her risk factors are evaluated in this way has hypertension and uses regular medication. The risk of obesity, the patient is in a range that we can consider overweight, as her body mass index is between 25 and 29.9. Although the changes in the diet of the patient that caused her to lose fifteen kilos prevent her from gaining weight, it is necessary to continue to follow the waist circumference and weight in order to prevent the problems caused by obesity, taking into account the hypertension disease with advancing age. Moreover, Type 2 Diabetes Mellitus has a very close relationship with obesity, and studies have reported that obesity plays a role in the etiology of more than 80% of type 2 diabetes cases. In this respect, weight control is also necessary to eliminate the risk of diabetes. Cancer risks that the patient carries due to her age. According to the Ministry of Health, women aged 40-69 years are at risk for breast cancer, 30-65 years of age are at risk for cervical cancer, and both men and women aged 50- 70 are at risk for colorectal cancer.

Keywords: obesity, risk management, primary care, prevention

Being a medical student during pandemics

Submission Type: **Oral**

Topic Title: **Family Physician**

¹ Beyza Barık,

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

You are likely to have experienced significant changes in your education, clinical experiences, and personal life. Many medical schools have had to adapt to remote learning, which can be challenging for students who prefer in-person interactions and hands-on experience. However, online learning has allowed students to continue their education during lockdowns and travel restrictions.

Clinical rotations have also been affected by the pandemic, with many hospitals restricting access to medical students to limit exposure to the virus. This has led to a reduction in clinical experience for some students, which can be concerning for those who need to complete certain requirements for graduation.

Despite the challenges, being a medical student during a pandemic can be an opportunity to learn and adapt to new situations. Medical students have been involved in the pandemic response, from volunteering at vaccination centers to assisting with research projects related to COVID-19. These experiences can be valuable for future medical practice and provide a unique perspective on the medical profession during times of crisis.

Additionally, the pandemic has highlighted the importance of public health and the need for a strong healthcare system. As a medical student, you are learning about the intricacies of the human body and how to diagnose and treat illnesses. However, the pandemic has also emphasized the role of healthcare professionals in preventing disease and promoting public health.

In conclusion, being a medical student during a pandemic can be challenging, but it also provides opportunities for growth and learning. The pandemic has underscored the importance of public health and the vital role of healthcare professionals. Despite the difficulties, medical students have adapted to the new normal and continued their education and training to become the future of the medical profession.

Keywords: pandemics, medical education, student perspective

A dynamic approach to healthy aging – Review of Charles Eugster, World’s fittest 97-year-old, dentist, athlete

Submission Type: **Oral**

Topic Title: Healthy Life > Healthy Aging

¹ Ümit Kemal Uğurlu,

¹ İzmir Ekonomi Üniversitesi

To begin with his own words, “Society sealed us with an expiry date”. Undoubtedly, worldwide aging especially in developed countries is a so long debated and critical topic in aspects of lifequality, health expenditures, and burden to society. Charles Eugster is a fine, “dynamic” British- Swiss dentist with world records in sprinting and immense experience in rowing advice and leaves a will of great ideas for managing the aging process to various extents.

Disease is not a natural consequence of aging. Pandemics of depression, obesity, and musculoskeletal disorders mainly stem from modern lifestyle. Globalization of high energy low nutrition foods with colorful brands has progressed into indulging entertainment, sneaky addiction, and catching trends. Whereas eliminating nutrition-rich animal food from our meals, especially in the elderly population has become a new health motto. The US obesity epidemic began almost simultaneously with the release of the low-fat dietary recommendations As Trans Fats and Vegetable Oils replaced Butter and Lard, the diseases of civilization increased, in contrast, France and Switzerland two leading butter-consuming countries exhibit the lowest CVD. As people cut back on their consumption of red meat and high-fat dairy products, the obesity epidemic began.

An elderly person goes through an accelerating process of sarcopenia at a faster rate ever than before which starts in the mid-forties, not only does that person loses lean functional muscle mass but also replaces that essential tissue with a total burden of fat tissue. Pelvic fractures, knee, and back pain, and restricted mobility reduce life quality and increase expenditure.

Building adequate muscle tissue (multiple light sessions in a day) as a long-term life goal gradually might be studied as a new exercise method rather than long walking sessions based on Charles’s case.

Keywords: lifestyle medicine, healthy ageing, exercise

A Unique Case of Glabellar Ecchymosis Associated with Migraine-Type Headaches in a 45-Year-Old Man

Submission Type: **Oral**

Topic Title: **Family Physician**

¹ Oğulcan Köme, ¹ Gizem Limnili,

¹ Dokuz Eylül University / Faculty of Medicine

The 45-year-old man visited our outpatient clinic for evaluation of severe headaches and multiple episodes of glabellar discoloration. The patient experienced throbbing pain usually in the right side of the face, lasting 12 hours to a day, approximately 4-5 times per month,

accompanied by nausea and photophobia. The ecchymosis-like lesions appeared after severe headache episodes and resolved over the following days. Upon further investigation, the patient's medical history revealed no notable factors apart from migraines. Comprehensive evaluation, including high-resolution brain magnetic resonance imaging (2022), brain and orbital computed tomography (2022), and routine blood tests, yielded no remarkable findings. Both initial physical and neurological exams were normal. Our patient was included in the study to investigate the effect of the "alternative nostril breathing technique" on the frequency and severity of migraine headaches in migraine patients after written consent was obtained.

During the study, the patient continued his/her own pharmacotherapy (NSAIDs) as before and there was no known medication use other than NSAIDs also patient did not start any new medication.

The precise mechanisms behind the association between autonomic vascular dysfunction and migraine-type headaches are not fully understood. However, some studies suggest that migraine sufferers may have increased sensitivity to vasodilatory stimuli, such as nitric oxide, leading to greater vasodilation and blood flow changes during headache episodes.

Additionally, the activation of the trigeminal nerve, which is involved in the pathophysiology of migraines, may also contribute to autonomic dysfunction and abnormal vascular responses.

Further research is needed to elucidate the exact relationship between autonomic vascular dysfunction and the formation of ecchymosis in migraine-type headaches. A deeper understanding of these mechanisms may lead to new therapeutic approaches for patients suffering from migraines and associated complications.

Keywords: Migraine, Headache, Glabellar ecchymosis

From Dizziness to Bladder Cancer: A Case Report

Submission Type: Oral

Topic Title: Family Physician

¹ Ayça Asma, ¹ Halime Seda Küçükerdem

¹ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Introduction:

Periodic health examinations of healthy individuals are among the duties and authorities of the family physician. Every individual over the age of 65 should be invited at least once a year. One of the recommended laboratory examinations is complete blood count (CBC). CBC is a test that can help to diagnose anemia, hematological cancers, infections, acute bleeding, allergic diseases and immune deficiencies. The cause of anemia presenting with dizziness, which is one of the common causes of admission to primary care, should be determined.

Case:

A 65-year-old male patient applied to our family medicine outpatient clinic with the complaint of dizziness. On physical examination, pulse rate was 94, arterial blood pressure was 100/40 mmHg, and body temperature was 36.9 C. It was learned that a blood test was performed on Family Health Center (FHC) 1 week before. Electronic health records from one week ago were as follows: hemoglobin 4.3 g/dl, RDW 22.7%, RBC: $2.87 \times 10^{12}/L$, hematocrit 18.5%, MCV 64.5 fl. Control hemogram values performed in our hospital were consistent with previous values as hemoglobin 4.5 g/Dl. Internal medicine was consulted for anemia treatment and the patient was hospitalized. In urine analysis 7341 erythrocyte, were observed. Urology department planned performing cystoscopy. Surgery was planned after cystoscopy revealed papillary tumoral tissues in the bladder. The pathology result was papillary urethelial carcinoma.

Discussion:

Serious diseases are encountered less frequently in family medicine clinics. This requires primary care physicians to manage a unique probability-based decision-making process. Severe anemia may be presented with syncope, chest pain, shortness of breath, and decreased exercise tolerance.

Conclusion:

As family medicine physicians, it is very important to perform periodic health examinations for the early diagnosis and treatment of malignancies. Malignancies are an important cause of anemia in the elderly. It should be kept in mind that anemia, is a symptom, not a disease.

Keywords: Anemia, bladder cancer, early diagnosis, preventive medicine.

Vitamin D Levels in Hashimoto's Thyroiditis Patients

Submission Type: Oral

Topic Title: Family Medicine

¹ Olgu Aygün, ¹ Halime Seda Küçükerdem, ² Ozden Gokdemir

¹ Family Medicine, Bozyaka Research and Training Hospital - TAHUD- İZAHED, İzmir, Turkey

² Family Medicine, WONCA Working Party on Env - Izmir University of Economics / Faculty of Medicine, İzmir, Turkey

Background: Vitamin D is a type of steroid hormone that is synthesized from 7-dehydrocholesterol by ultraviolet (UV-) light in the skin or obtained through diet from foods such as milk and dairy products. Vitamin D deficiency is a widespread health problem worldwide. Adults who are vitamin D deficient develop osteomalacia. Recent studies

have shown that vitamin D deficiency to insulin resistance, type 2 diabetes, dyslipidemia, cardiovascular disease, and non-alcoholic fatty liver disease. The Framingham Offspring study discovered a link between low vitamin D levels and major cardiovascular disease. It's been proposed that vitamin D acts as an immunomodulator in autoimmune diseases like Hashimoto's thyroiditis.

Questions: Although low vitamin D levels have been found in numerous studies, it is unclear whether this is the result or the cause of the disease. The aim of this study was to see if there was a difference in serum vitamin D levels between people with Hashimoto's thyroiditis and people who didn't have thyroid disease.

Content: The aim of this study was to see if there was a difference in serum vitamin D levels between people with Hashimoto's thyroiditis and people who didn't have thyroid disease. The study's scope is as follows: People with Hashimoto's thyroiditis and those who have applied to Family Medicine Polyclinic in the last 5 years will be included.

Take Home Message for Practice: Management of "D vitamin prevention" is crucial in primary care. The results of this study could identify the root reasons to define the status.

POSTER PRESENTATIONS

The effect of music on healthy aging

Submission Type: **Poster**

Topic Title: Healthy Life > Healthy Aging

¹ Ozden Gokdemir, ² Stamatina Aggelakou-Vaitsi, ² Nikolaos Vaitsis, ² Maria Bakola, ² KonstantinaSoulтана Kitsou, ² Konstantina Mavridou, ² Maria Drakopoulou, ² **Eleni Jelastopulu**,

¹ Faculty Of Medicine, Izmir University Of Economics, Izmir, Turkey

² Department Of Public Health, Medical School, University Of Patras, Greece, 26504 Patras, Greece

Background:

The positive effects of adding musical elements in programs to enhance the quality of life and well-being of older people are clearly demonstrated. The purpose of this research study is to study the effect of music on healthy aging as well as to investigate related factors.

Methods:

A questionnaire-based cross-sectional study was performed. Older adults (age > 65 years old) receiving conventional primary health care (PHC) answered an anonymous self-report questionnaire consisting of two sub-sections: i) Socio-demographic and other factors related to music, ii) Quality of Life Scale SF-36.

Results:

A total of 219 elderly people with a mean age of 73.2 ± 5.1 participated in the study. 142 (64.8%) of them were females. 44.7% were widowed, 41.6% were married, and 40.6% had secondary education. 34.7% of the participants received music training during their life, 86.3% loved to listen to music and 63.9% did not have any active engagement with music like participation in a choir, playing a musical instrument, etc. The total score of the SF36 - PHYSICAL HEALTH subscale is statistically significantly higher among those who have received music training

($p = 0.001$), those who like listening to music ($p < 0.001$), and those who are actively engaged in music ($p < 0.001$). The total score of the SF36 - MENTAL HEALTH subscale is statistically

significantly higher among those who like listening to ($p = 0.001$) and those actively engaged in music ($p < 0.001$).

Conclusions:

Our study showed that music has a positive effect on healthy aging. Notably, receiving music education has an effect on physical fitness during aging, while it did not appear to affect mental health.

Keywords: elderly, music, quality of life

Knowledge, Attitude, and Practice of Telemedicine in arural setting of India

Submission Type: **Poster**

Topic Title: Family Physician > First step

¹ Dr. Venkataramana Kandi, ² **Dr. Himanshu Arora**, ² Dr. Tanya Kathuria, ³ Dr. L V SimhachalamKutikuppala ,

¹ Prathima Institute Of Medical Sciences, Karimnagar

² Netaji Subhash Chandra Bose Subharti Medical College, Meerut

³ Dr Ntr University Of Health Sciences, Vijayawada

Background: Telemedicine is the approach of healthcare professionals via telecommunication to evaluate, diagnose and treat patients who cannot consult a doctor in person. Especially in the Pandemic Era, this has grown in importance in the medical community. People have started to accept this method as a way of treatment, particularly for patients who are elderly or during pandemics.

Methods: This was a questionnaire-based study and convenience sampling methods and snowballing sampling techniques were used. Statistical analysis was done using descriptive statistical tests such as Chi-square and P-value. For categorical data, percentages were used and interpreted using graphs.

Results: 511 people in total, ranging in age from 15 to 44, participated in the study. 35.42% of people who had heard of telemedicine (58.2%) had actually used it. When access to a healthcare provider is a problem, people accepted that telemedicine should be used (88.06

%), and doing so also decreased the likelihood of infection spreading (86.37%).

Telemedicine was viewed as a blessing in times of covid -19 pandemics (95.3%). In the future, 72.99% of people want to be treated via telemedicine. A whopping 86.69% want to know more about telemedicine.

Conclusion: The study's conclusions imply that while there is little public knowledge or awareness of telemedicine, a sizable proportion of people have demonstrated a favorable attitude toward the necessity of using telemedicine.

Keywords: Patient satisfaction, Rural Medicine, Telemedicine, Telemedicine utilization, Telemedicine associated health outcomes

An Assessment of Peptic Ulcer Perforation (PULP) score: A predictor of mortality following Peptic Ulcer Perforation from a rural tertiary care setting

Submission Type: Poster

Topic Title: Gastroenterology > Gastritis, peptic ulcer, dyspeptic complaints

¹ Dr Hemanth Kumar Chowdary R, ² **Dr Taraka Krishna Nulukurthi**, ² Dr Karnasula Balaji, ³

Dr L V Simhachalam Kutikuppala, ³ Dr Chintala Jyothi Swaroop,

¹ Ms Ramaiah Memorial Hospital, Bangalore

² Konaseema Institute Of Medical Sciences And Research Foundation (kims&rf), Amalapuram

³ Dr Ntr University Of Health Sciences, Vijayawada

Background: The prevalence of elective surgery for peptic ulcer illnesses has declined with the development of H₂ receptor antagonists and proton pump inhibitors, however, peptic ulcer complications including perforation and bleeding have remained mostly consistent. The risk of death from an ulcer disease consequence is highest in perforation. Therefore, early identification of patients with perforated peptic ulcers who are more likely to experience negative outcomes after surgery is crucial for making the right treatment decisions.

Objectives: The purpose of this study is to use the peptic ulcer perforation (PULP) score to predict mortality within 30 days of surgery and to risk stratify patients undergoing surgical therapy for perforated peptic ulcers.

Methods: Following a thorough physical examination, a thorough medical history review, the appropriate pre-operative serological investigations, radiological imaging, and the use of a unique ASA score, patients who underwent surgical treatment for a perforated peptic ulcer were given points based on the PULP score.

Results: In total, 120 patients were involved in the study including 94 men and 26 women. 110 patients were in the low-risk group, and 10 were in the high-risk group. In the postoperative period, 8 patients from the high-risk group passed away, compared to 2 deaths in the low-risk group.

The authors must give more information about the PULP in the background. Is it a test used to predict the mortality of patients with perforated ulcers. do the results show the effectiveness of the use of this test and how?

Conclusion: Early diagnosis of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) and quick goal-directed treatment, including pre- and postoperative care, can be crucial and may also affect the outcome of the intervention.

Keywords: Peptic ulcer disease, Perforation, peptic ulcer perforation (PULP), systemic inflammatory response syndrome (SIRS)

Atorvastatin Kullanımına Bağlı Hemogloblin Düzeyinde Düşme; Olgu Sunumu

Submission Type: Poster

Topic Title: Cardiology > Current approaches in the treatment of hyperlipidemia

¹Sezen Kaya, ¹Meryem Çakır,

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş: Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ölümlerin başlıca nedeni aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar (ASKVH)'dır. Serum kolesterol düzeylerini düşürmek ve kardiyovasküler hastalıkları önlenmek için statinler kolesterol biyosentezi inhibisyonu yaparakkolesterolü düşürürler. Onaylanmış statin dozları ender olarak önemli yan etkiler ile ilişkilidir. Alerjik reaksiyon, cinsel istek-yetenekte azalma, uyumakta zorluk çekme, gastrointestinal sistem yan etkileri görülebilir. Statin tedavisi sırasında, miyopati oranı yaklaşık 10.000'de 1 hasta olup, rabdomiyoliz oranı daha da düşüktür. Az sayıda çalışmada statin kullanımının inflamasyonu azaltarak hastaları anemiden koruyabileceği vurgulanmakla birlikte, çok nadir olarak statin kullanımına bağlı anemi geliştiğini gösteren vaka sunumları da bulunmaktadır. Bu vakada Atorvastatin kullanımı sonrası Hemoglobinde (HGB) düşüş ve Laktat Dehidrogenazda (LDH) yükseliş görülen bir hastaya klinik yaklaşımın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta aile hekimliği polikliniğine vücutta yaygın kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen kronik hastalıkları diabetes mellitus, hipertansiyon ve peptik ülserdi. Anamnezinde hastaya beş gün önce ölçülen kan değerlerinde düşük yoğunluklu lipoproteini (LDL) 135 mg/dL olması nedeniyle atorvastatin 20 mg başlandığı öğrenildi. Fizik muayenede inspeksiyonda kollarda ve bacaklarda kaşıntıya bağlı izler mevcuttu. Hastaninyapılan tetkiklerinde HGB'nin 12,5 gr/DL, LDH'nin 425 u/L olduğu görüldü, diğer kan sonuçları normaldi. Hastanın beş gün önceki tetkikleri incelendiğinde HGB'nin 14,5 gr/DL, LDH'nin 186 u/L olarak ölçüldüğü görüldü. Atorvastatin kullanımını takip eden dördüncü günde HGB'de 2 birimlik düşüş, LDH'da 2 kattan fazla yükselme ve şiddetli kaşıntı şikayeti olması nedeniyle hastanın atorvastatin tedavisi kesildi. Hasta antihiperlipidemik tedavi kullanmak istemediğinin belirttiğinden yaşam tarzı değişiklikleri önerildi ve hasta diyetisyene yönlendirildi.

Sonuç: Statinler birinci basamak hekimlerince hiperlipidemi tedavisinde oldukça sık kullanılan ilaç grubunda olup yan etkileri konusunda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Statin kullanan hastalarda sık görülen bir yan etki olmasa da HGB düşüklüğü ve LDH yüksekliği konusunda dikkatli olmak gerekmektedir. Bu yan etkileri fark edebilmek ve ayırıcı tanıdan asıl tanıya gidebilmek için hastalardan detaylı anemnez alınması fayda sağlayacaktır.

Keywords: Hemogloblin, statin, yan etki