



The Journal of
Turkish Family
Physician
Year: 2017
Volume: 8
Number: 3
July - September



Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler - Hekim adayları örneği

Smoking cessation attempts and associated factors with success – Medical students sample

Esra Mavişe Ünüvar, Güzel Dişçigil

Türkiye'de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında

Health workers under threat of violence in Turkey

Fatih Özcan, Erdinç Yavuz

Emziren annelerde ilaç kullanımı

Drug use in breastfeeding mothers

Burcu Kayhan Tetik, Işıl Gay Gedik Tekinemre

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 anlaşılır olabilmesi 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 çakışması: (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 kitabı: 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 Yayın. 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 ulaşılabileceği 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 yönetimi 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. Arzu Uzuner

Prof. Dr. Güzel Dişçigil

Prof. Dr. Pınar Topsever

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Yayın Kurulu | Editorial Board

Prof. Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu

Prof. Dr. Alis Özçakır

Prof. Dr. Mehtap Kartal

Doç. Dr. Sevgi Özcan Paycı

Uzm. Dr. Birgül Coşkun

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

Grafik Tasarım | Graphic Design

Tuba Kandemir / tuba@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, Faks: (0212) 233 90 61
www.medikalakademi.com.tr

Copyright © 2017. Üç Ayda Bir Yayınlanır.
Yerel Süreli Yayın. e-ISSN: 2148-550X
Çevrimiçi (online) sürüm: www.turkishfamilyphysician.com
Google Akademik (Scholar), Baskı Tarihi: **Eylül 2017**

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

Doç. Dr. Hülya Akan

Yeditepe Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Okay Başak

Adnan Menderes Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Perran Boran

Marmara Üniversitesi TF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ali Serdar Fak

Marmara Üniversitesi TF İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Rasim Gençosmanoğlu

Marmara Üniversitesi TF Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Dilek Güldal

Dokuz Eylül Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi TF Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Dilaver Kaya

Acıbadem Üniversitesi TF Nöroloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nilgün Özçakar

Dokuz Eylül Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Recep Erol Sezer

Yeditepe Üniversitesi TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Pemra Ünal

Marmara Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Alin Başgül Yiğiter

Bilim Üniversitesi TF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Işık Gönenç

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği K.

Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board

Prof. Chris van Weel, MD.

*Department of Primary and Community Care Radboud University
Nijmegen Medical Centre*

Prof. Eva Hummers, MD.

Institut für Allgemeinmedizin Medizinische Hochschule Hannover

Martin von Fragstein, MD.

*Honorary Special Lecturer School of Community Health Science /
Clinical Director in Drugs and Alcohol Derby NHS*

İçindekiler | Table of Contents

Başmakale | Editorial

Pozitif psikolojinin hekim-hasta iletişimindeki yeri | 54

The place of positive psychology in physician-patient communication

Arzu Uzuner

Araştırma | Research Article

Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler - Hekim adayları örneği | 57

Smoking cessation attempts and associated factors with success – Medical students sample

Esra Mavişe Ünüvar, Güzel Dişçigil

Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında | 66

Health workers under threat of violence in Turkey

Fatih Özcan, Erdinç Yavuz

Olgu | Case

Evde sağlık hizmetlerinde bir akut böbrek yetmezliği olgusu | 75

A case of renal injury in home care services

Ece Gülin Kasap

Ergenlik döneminde hipotiroidiye bağlı boy kısalığı | 79

Short stature due to hypothyroidism in adolescence

Ahmet Özlük, Saygın Abalı, İsmet Tamer

Derleme | Review

Emziren annelerde ilaç kullanımı | 83

Drug use in breastfeeding mothers

Bureu Kayhan Tetik, Işıl Gedik Tekinemre

Editöre Mektup | Letter to Editor

Pozitif psikolojinin Aile Hekimliği pratiğindeki yeri | 90

Positive psychology for Family Physicians

Pemra Cöbek Ünalın, Vakur Ant Ünalın

Pozitif psikolojinin hekim-hasta iletişimindeki yeri

The place of positive psychology in physician-patient communication

Arzu Uzuner¹

Değerli Okurlarımız,



2017 yılının yaz sayısında sizlere pozitif psikoloji ile seslenerek başlıyoruz. Bu güncel konuyu biz konu aile hekimlerinin gündemine Prof. Dr. Pemra Ünalın getiriyor ve özetle diyor ki: “Pozitif psikoloji, psikoloji içinde göreceli olarak yeni bir alan. Fakat benim görüşüme göre bu alan zaten tıbbi görüşmelerdeki hasta hekim iletişiminde ve ilişkisinde zaten yıllardır yer almaktaydı. Hekimlerin temel tedavi becerilerinde birinci basamak hekimleri “destek” terimini tanıyacaktırlar. Pozitif psikolojinin amacı insanlara daha mutlu ol-

malarında yardım etmek, onların mutluluğunun sağlığıyla ilgili kazandırdıklarına inanmalarını sağlamak, işlerin nasıl yolunda gidebileceğini tanımlamak üzere bilimsel müdahaleleri kullanmanın önemini vurgulamak ve insanlara daha mutlu ve sağlıklı bir hayat sürmelerinde destek olmaktır. Aile hekimliğinin pek çok akademik organizasyonu hasta/birey -merkezli yaklaşımı çekirdek bir konsept olarak kabul etmekte; hastaların, bakım vericilerin ve toplumun sağlığını geliştirmekte aile hekiminin kullanabileceği bir yol olarak ele almaktadır.”

Ahntı Kodu: Uzuner A. Pozitif psikolojinin hekim-hasta iletişimindeki yeri. Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 54-56. Doi: 10.15511/tjfp.17.00354.

¹ Prof. Dr., MD PhD. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı

Bu sayıda iki önemli derlememiz var. Biri “Emziren Annelerde İlaç Kullanımı”. Konu birinci basamakta çalışan aile hekimlerini yakından ilgilendiriyor. Bu yazıyı genç akademisyenlerimizden Yrd. Doç. Dr. Burcu Kayhan Tetik, asistanı Dr. Işıl Gay Gedik Tekinemre ile kaleme almışlar. Emziren annelerin sadece anne sütüne kısa süre içinde son vermesi, ek gıdalara erken başlaması, önümüzde duran sorunlardan biri olduğundan annelere emzirme danışmanlığının verilmesi ve gerektiğinde kullanılacak ilaçların süte geçişi hakkında annelerin bilgilendirilmesi aile hekimlerinin dikkate alması gereken bir konu. Bu yazının bize başvuru kaynağı olmasını diliyor yazarlara teşekkür ediyoruz.

Diğeri ise sahada yılların deneyimli hekimleri Yrd. Doç. Dr. Fatih Özcan ve Yrd. Doç. Dr. Erdinç Yavuz’un akademisyen bakış açısıyla yazdıkları “Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında” yazısı. Günümüzde hekimlerin en hassas olduğu konu şiddeti irdeleyen bu yazıda çözüm önerileri de yer alıyor.

Şiddetin son bulmasını ve sağlık çalışanlarının toplum nezdindeki saygınlığının korunmasını diliyoruz.

Bu sayının orijinal araştırması ise “Sigarayı Bırakma Girişimlerinde Başarıyı Etkileyen Faktörler-Hekim Adayları Örneği”. Uz. Dr. Esra Mavişe Ünüvar bizimle Prof. Dr. Güzel Dişçigil danışmanlığında yürüttüğü tez çalışmasının bulgularını paylaşıyor. Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigarayla ilgili deneyimlerini ve bırakmalarını olumlu ve olumsuz yönde etkileyen faktörleri bu makalede bulacağız. Sonuçların biz hekimleri yakından ilgilendireceğini düşünüyoruz.

İki de olgumuz var. Biri “Ergenlik Döneminde Hipotiroidiye Bağlı Boy Kısaldığı”, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği’nden geliyor. Ergenlik dönemi, tiroid hastalıkları ve boy kısalığı araştırmalara ve deneyime çok açık ve aile hekimliği konuları; bu konularda araştırmaların desteklenmesi ve

pratikte karşılaşılan olguların paylaşılması gerektiğini düşünüyoruz. Diğer ise Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık öğrencilerinden biri olan Dr. Ece Gülin Kasap'ın eğitimi sırasında karşılaştığı bir “Evde Sağlık Hizmetlerinde Bir Akut Böbrek Yetmezliği Olgusu”. Bu olgu Akut Böbrek Yetmezliği bilgilerimizi tazelerken evde sağlık hizmetlerinin bireylerin yaşamını nasıl olumlu etkilediğinin de altını çiziyor.

Dergimizde yayınlanan tüm yazılara yorumlarınızı bekliyoruz, çünkü biz daha çok okunmayı hedefliyoruz. Bu sayımızda da bize destek veren yazarlarımıza, hakemlerimize teşekkürlerimizi sunarken bir sonraki Güz sayımızda yeniden birlikte olmayı diliyoruz.

Saygılarımla...

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Baş Editör

The Journal of Turkish Family Physician

Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler - Hekim adayları örneği

Smoking cessation attempts and associated factors with success – Medical students sample

Esra Mavişe Ünüvar¹, Güzel Dişçigil²

¹⁾ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzman Dr., Aydın.

²⁾ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın.

İletişim adresi:
Prof. Dr. Güzel Dişçigil
gdiscigil@adu.edu.tr

Geliş tarihi: 12.01.2017
Kabul tarihi: 28.04.2017
Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Alıntı Kodu: Ünüvar E. M., Dişçigil G. Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler - Hekim adayları örneği.
Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 57-65. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00357.

Özet

Giriş ve Amaç: Tütün bağımlılığı mortalite ve morbidite açısından önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Çalışmamızda, hekimlik mesleğini seçen tıp fakültesi öğrencilerinin; sigara içme öykülerini, kullananların bırakma girişimlerini, başarıyı etkileyen faktörlerle birlikte başarısızlık nedenlerini belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel analitik bir araştırma olarak planlanan çalışmamıza, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2014-2015 eğitim-öğretim yılında eğitim almakta olan 965 öğrencinin 869'u (%90) katılmıştır. Katılan öğrencilere, sigara içme öyküleri, bırakma girişimleri, başarı ve başarısızlık nedenlerinin sorulduğu bir anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler, istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 869 öğrencinin 225'i (%26) tütün mamulü kullanmaktaydı. Sigarayı ilk deneme ve düzenli kullanmaya başlama yaş ortalaması sırasıyla 16 ve 18 yaştı. Deneme nedenleri arasında merak, rahatlatıcı ve keyif verici olması, stres ve sorunlar ilk sıralarda yer almaktaydı. Sigara kullanımını en çok arttıran nedenler sınav ve duygusal stres olarak bildirilirken; en çok azaltan durumlar ise ev ortamı ve tatil dönemi olarak bildirilmiştir. Sigarayı bırakmayı düşünme nedenleri arasında en sık sağlığa zararlı olması bildirilmiştir. Hekimlik mesleğini seçmiş olmak ise sıralamada oldukça gerilerde yer almaktaydı. Sigarayı bırakmayı deneyen ve başarılı olduğunu düşünen öğrencilerin başarı etkenleri arasında en sık irade ve arkadaş desteği bildirilirken başarısız olduğunu düşünen öğrenciler ise bırakmanın önündeki engeller olarak en sık sigaraya özlem duyma ve sınav zamanında ders çalışma konusunda zorlanmayı bildirmişlerdir. Bırakma girişimleri sırasında ise nikotin çekilme semptomlarının oldukça sık karşılaşıldığı anlaşılmakta ve beslenme yolları olarak yemek yeme ve hobi gibi meşguliyetlere zaman ayırmanın en sık kullanıldığı belirtilmektedir.

Sonuç: Öğrencilerin yarısından çoğuna hekim tarafından sigara içip içmedikleri hiç sorulmamıştı. Sigara içme durumunu soran hekimlerin içinde ise aile hekimlerinin oranı oldukça düşüktü (%18). Hekimler sigara içimini her ziyarette sorgulamalı ve hekim adaylarının da sigarayı erken bırakması sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Tıp Fakültesi öğrencileri, tütün kullanımı, tütün bağımlılığı, sigarayı bırakma

Summary

Background: Tobacco addiction is an important public health problem and has high mortality and morbidity. In this study, we aimed to identify smoking history, cessation attempts, factors associated with successful and failed cessation attempts among medical students.

Materials and Methods: The study was designed as a cross-sectional study. There was 965 students in Adnan Menderes University Medical School in 2014-2015 and 869 (%90) of them were included in the study. A questionnaire was applied to students including questions about smoking history, cessation attempts, factors associated with successful and failed cessation attempts. Data was analyzed statistically.

Results: A total of 225 (%26) students were using tobacco products among 869 students. Mean age for first experience and regular smoking were 16 and 18 years of age respectively. The most common reasons for first smoking experience were curiosity, pleasure and relaxing effect of tobacco, stressful and problematic situations in life. Exam periods and emotional stress were increasing tobacco use whereas vacation periods and home environment decrease. The most common reason for smoking cessation motivation was its harmful effect on health. Being a medical student was among the rarely reported reasons. The most common reasons for successful smoking cessation were self-determination and support from friends whereas the most common reasons for failed smoking cessation attempts were craving for tobacco and difficulty in studying during exam periods. We understand that nicotinic deprivation symptoms are quite common and spending time with hobbies and eating are the most commonly reported coping behaviors.

Conclusion: More than half of the students were reported that physicians did not ask about their smoking history. The ratio of family physicians was quite low (%18) among physicians who asked about smoking history of students. The physicians should interrogate smoking every visit and the medical students should be allowed to leave smoking early.

Key words: medical students, tobacco use, tobacco addiction, smoking cessation

Giriş

Tütün bağımlılığı önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Dünyada yaklaşık yedi milyon insanın tütün kullanımına bağlı nedenlerden hayatını kaybettiği bildirilmektedir.¹ Ülkemizde ise Küresel Yetişkin Tütün Araştırma (Global Adult Tobacco Study-GATS) verilerine göre tütün kullanım oranı %27,1 olarak bildirilmiştir. Sigara kullananlar arasında 18 yaşından önce başlama oranı %59 ve ortalama başlama yaşı 17 olarak bildirilmektedir.² Sigarayı bırakma oranı ülkemizde %27,2 olarak belirtilmektedir. Yaşlara göre bırakma oranları ise 65 yaş üstü yaş grubunda en fazladır. 45 yaşından sonra bırakma oranlarında hızlı bir artış vardır. Gençlerde ise bu oran %10'un altındadır.² Bu bilgiler bize sigara kullanımının çoğunlukla üniversite çağından önce başladığını ve üniversite döneminin tütün kullanımı ile mücadele açısından önemli olabileceğini göstermektedir. Tütünle mücadelede başarıya ulaşmak için sigaraya başlama ve bırakma davranışlarını tanımak, başlamayı kolaylaştıran nedenleri ve bırakma girişimlerinin önündeki engelleri belirlemek yol gösterici olacaktır.

Ülkemizde 15 yaşından büyük sigara içenlerin yaklaşık yarısında, son 12 ayda sigarayı bırakma girişimleri vardır. Bir sağlık kuruluşuna herhangi bir nedenle giden kişilere sigarayı bırakma önerisi oranı ise %43 olarak bildirilmektedir.² Önemli bir toplum sağlığı sorunu olan tütün kullanımında hekimlerin ve aile hekimlerinin önemli görevleri vardır. Bunlar arasında sigara içen kişilere bırakmalarını önermek ve yardımcı olmak yanında hekim olarak örnek olmaları da beklenmektedir. Bu düşünceden yola çıkarak çalışmamızda, hekimlik mesleğini seçen tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanma durumunu, başlama nedenlerini, bırakma girişimlerini, girişimlerinin başarı oranları ve nedenlerini, bırakma girişimlerinin önündeki engelleri, başarısızlık nedenlerini ve hekimlerin, sigara kullanımını sorgulama durumunu belirlemeyi amaçladık.

Yöntem

Çalışma kesitsel analitik bir araştırma olarak tasarlandı. Gerekli izinler tamamlandıktan sonra 2014-2015 eğitim öğretim yılında kayıtlı olan toplam 965 tıp fakültesi öğrencisine anket uygulanması planlandı. Anket formu 3 bölümden oluşmaktaydı. İlk bölümde öğrencilerin demografik özellikleri ve sigara içme durumları soruldu. İkinci bölümde tütün kullananlar veya kullanmaya devam edenlerin tütün kullanım durumlarıyla bırakma durumları, bırakmayı deneme döneminde yaşanan sıkıntılar ve baş etme yöntemleri, denemelerinin başarı ya da başarısızlık nedenleri soruldu. Üçüncü bölümde ise bırakmayı deneyen veya bırakmış olan öğrencilerin uyguladıkları yöntemler soruldu. Dokuz yüz altmışbeş öğrenciden 869'una anket uygulandı. Katılım oranı %90'dı.

Elde edilen veriler SPSS 17.0 veri tabanına girilerek istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Tanımlayıcı analizler, yüzdeler ve ortalama olarak verildi. Yaş grupları gibi kategorik veriler arası karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $\leq 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Öğrencilerin 225'i (%26) halen kullandığını, 249'u (%29) denemiş olduğunu, 395'i (%45) ise kullanmadığını belirtmiştir. İlk deneme yaşı ortalaması 16 yaş, düzenli kullanmaya başlama yaş ortalaması ise 18 yaş olarak saptanmıştır. Ailelerinde tütün kullanan kişilerin olması ile öğrencilerin tütün kullanıyor olması arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ($r=38,6$ $p<0.01$). Sigarayı düzenli olarak kullandığını belirten 175 öğrenciye başlama ve kullanma nedenleri sorulduğunda en sık merak ($s=77$, %44), rahatlatıcı ve keyif verici özelliği ($s=27$, %15) ve hayatında sorunlar olması ($s=24$, %14) şeklinde yanıtlandığı görülmektedir. Tütün kullanımının sınav ($s=118$, %58) ve duygusal stress ($s=103$, %51) dönemlerinde arttığı, evde ($s=57$, %31) ve tatil dönemleri ($s=49$, %26) gibi stresin daha

az olduğu zamanlarda ise azaldığı anlaşılmaktadır.

Bir yıl içerisinde sigarayı bırakma düşünceleri ile ilgili soruya yanıt veren 185 öğrencinin 88'i (%48) önümüzdeki bir yıl içinde bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir. Bu öğrencilerin içinde sigarayı bırakmayı denemiş olan 123 (%55) öğrenci sıklık sırasına göre sağlığa zararlı olduğu için, mali yük getirdiği için ve ileride sağlık sorunlarına yol açacağını düşündüğü için sigarayı bırakmayı denediğini belirtmiştir. Hekimlik mesleğini seçmenin ise %15 oranında belirtilmesi dikkat çekmektedir. Sigarayı bırakmayı deneme nedenleri **Tablo 1**'de verilmiştir.

Sigarayı bırakmayı deneme aşamasında yaşadıkları sorunlarla ilgili soruya yanıt veren 104 öğrencinin 63'ü (%61) tütüne karşı aşırı istek, 45'i (%43) sinirlilik ve 39'u (%38) aşırı yemek yeme gibi nikotin çe-

kilme semptomlarını büyük oranda yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu belirtilerle baş etmek için en sık uygulanan yollar ise yemek yeme, hobi geliştirme, sakız çiğneme, egzersiz yapma gibi faaliyetler olarak bildirilmiştir. Öğrencilerin sigarayı bırakmayı denedikleri dönemde yaşadıkları sorunlar **Tablo 2**'de, baş etme yolları ise **Tablo 3**'te verilmiştir.

Başarı etkenleri ve başarının önündeki engeller

Sigarayı bırakmayı deneyen 123 öğrencinin 45'i (%37) başarılı olamadığını, 40'ı (%33) başarılı olduğunu, 38'i (%31) kısa bir süre başarılı olduğunu belirtmiştir. Sigarayı bırakma konusunda başarılı veya kısa süreli de olsa başarılı olduğunu belirten öğrencilerden 57'si başarı etkeni olarak en sık iradeli olmalarını belirtmişlerdir. Başarı etkenleri **Tablo 4**'te verilmiştir.

Sigarayı bırakma denemesini başarıyla devam ettiremeyen öğrencilerin 82'si başarının önündeki engel

Tablo 1. Sigarayı bırakmayı denemiş olan 123 öğrencinin sigarayı bırakmayı deneme nedenleri (Birden fazla yanıt verilebilmiştir)

Sigarayı bırakmayı deneme nedenleri	s (%)
Sağlığa zararlı	77 (63)
Mali yük	58 (47)
İleride sağlık sorununa yol açıyor	47 (38)
Diş sararması, ağız ve gıysilerin kokması	34 (28)
Çevredekilere zararlı	21 (17)
Aile isteği	21 (17)
Sağlık sorunu yaşadığı için	21 (17)
Hekimlik mesleğini seçtiği için	18 (15)
Sevmiyor	16 (13)
Kız/erkek arkadaşı istiyor	13 (11)
Oda/ev arkadaşı rahatsız	4 (3)
Diğer	4 (3)

Tablo 2. Sigarayı bırakmayı deneyen 104 öğrencinin bırakmayı deneme sırasında yaşadıkları sorunlar (Birden fazla yanıt verilebilmiştir)

Sigarayı bırakmayı deneme sırasında yaşanan sorunlar	s (%)
Sigaraya karşı aşırı istek	63 (61)
Sinirlilik	45 (43)
Aşırı yemek yeme	39 (38)
Konsantrasyon güçlüğü	36 (35)
Uyku eğilimi	23 (22)
İştah kaybı	13 (13)
Çarpıntı	12 (12)
Ajitasyon	10 (10)
Uykusuzluk	9 (9)
Diğer	3 (3)

olarak en sık sigaraya özlem duymayı göstermiştir. Başarının önündeki engeller **Tablo 5**'te verilmiştir. Sigarayı bırakma denemesinde başarısız olduğunu bildiren öğrencilerin 52'si (%63) tekrar bırakmayı düşündüğünü belirtmişlerdir. Bu öğrencilerin 29'u (%56) profesyonel yardım almayı düşünmekteydi.

Hekimler sigara kullanımını soruyor mu?

Herhangi bir doktorun tütün kullanma durumlarını sorup sormadığına yanıt veren 409 öğrencinin 216'sı (%53) sorulmadığını belirtmiştir. Soran hekimlerin içinde ise aile hekimlerinin oranı %18'dir. Doktorların tütün kullanımını sormaları ile ilgili durum **Tablo 6**'da verilmiştir.

Tablo 3. Öğrencilerin sigarayı bırakmayı denedikleri dönemlerde yaşadıkları sorunlarla baş etme yolları (Birden fazla yanıt verilebilmiştir)

Baş etme yolları	s (%)
Yemek yeme	41 (40)
Hobi geliştirme veya mevcut hobilere zaman ayırma	25 (24)
Sakız çiğneme	24 (23)
Egzersiz yapma (Yürüyüş, spor)	21 (20)
Sigarayı hatırlatan nesnelere ortadan kaldırma	16 (16)
Birlikte sigara içilen kişilerden uzak durma	16 (16)
Derin nefes alma/nefes egzersizleri	14 (14)
Arkadaşlarla sohbet etme	14 (14)
Eskiden sigara içilen mekanlara gitmeme	12 (12)
Havuç gibi sert meyveler yeme	9 (9)
Diyet yapma	8 (8)
Diğer	7 (7)
Stres topu	1 (1)

Sigarayı bıraktıkları dönemde yardım alma durumlarına ilişkin soruya ise 99 öğrencinin sadece 16'sı (%16) yardım aldığı yönünde yanıt vermiştir. Bu öğrencilerin 4'ü Aile Sağlığı Merkezi, 4'ü Göğüs Hastalıkları polikliniğinden yardım aldığını belirtmiştir.

Tartışma

Hekimlik mesleğini seçmiş olan tıp fakültesi öğrencilerinin yarısından fazlasının tütün mamulü ile karşılaştığını, yaklaşık 4 öğrenciden birinin düzenli kullanmakta olduğunu görmekteyiz. Öğrenciler, tütün kullanımının sınav dönemi ve duygusal stresle arttığını, tatil gibi stresin azaldığı dönemlerde azaldığını belirtmektedirler. İrade, başarı etkenleri içinde ilk sırayı alırken başarının önündeki engeller için de en sık sigaraya duyulan özlem bildirilmiştir. Aile hekimlerinin sigara kullanımını yeterince sorgulamadığı ise dikkat çekici bir bulgudur.

Tütün kullanma durumu

Tütün kullanma oranları ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Araştırmamızda tıp öğrencilerinin yaklaşık dörtte biri düzenli tütün mamulü kullanmaktadır. Sağlık alanında meslek seçimi olan öğrencilerde yapılmış ulusal ve uluslararası çalışmalarda çok farklı sonuçlar bildirilmiştir. Bizimle benzer sonuçlara ulaşanlar olduğu gibi³⁻⁸ daha az⁹⁻¹⁴ ve daha yüksek oranlarda¹⁵⁻²² tütün kullanımı bildiren çalışmalar da mevcuttur. Ay-

Tablo 4. Başarı etkeni olarak bildirilen durumlar (Birden fazla yanıt verilebilmiştir)

Başarı Etkenleri	s (%)
İrade	41 (72)
Arkadaş desteği	12 (21)
Profesyonel yardım ve/veya farmakolojik tedavi	10 (18)
Aile/eş desteği	6 (11)
Diğer	4 (7)

rica 1988-2013 yılları arasındaki Amerika, Avrupa, Afrika, Ortadoğu ve Okyanusya’da yapılmış olan ve 76 araştırmayı inceleyen sistematik bir derlemede, genel içicilik oranının %17 olduğu belirtilmiştir²³.

Sigaraya küçük yaşlarda başlamanın daha yüksek bağımlılık düzeyi ile ilişkili olduğu bilinmektedir.⁷ Araştırmamızda sigarayı deneme yaşı ve düzenli başlama yaş ortalaması sırasıyla 16 ve 18 olarak bulunmuştur. Bu konuda yapılan, benzer veya farklı sonuçlara ulaşan pek çok çalışma mevcuttur.^{3-6,13,17-20} Tam olarak yaştan belirtilmediği ancak 18 yaşından daha küçük yaş aralıklarında olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur.^{5,21,24,25} Bu sonuçlar bize sigara ile ilgili primer koruma yapılması gereken yaşların ilköğretim çağlarına kadar gerilemesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda, pek çok başka çalışmada olduğu gibi

en sık sigara deneme nedeninin merak olduğu görülmektedir. Diğer sık rastlanan nedenler arasında arkadaş etkisi, özenme, stres, yalnızlık duygusu gibi nedenler sayılmaktadır.^{4,5,7,17-19,24,25} Gençlerin, sigarayı merak ettiği, merak etkisiyle deneyerek bağımlılık yolunda ilk adımı atabildikleri anlaşılmaktadır. Erken yaşlarda merak edilen konuların açıklanarak, sigaraya bağlı zarar ve bağımlılığın önüne geçmek mümkün olabilir. Ayrıca tıp öğrencilerinin bu konuda örnek olmalarının teşvik edilmesi katkı sağlayan bir yaklaşım olacaktır.

Tütün kullanma davranışı, bırakmayı kolaylaştıran ve zorlaştıran nedenler

Çalışmamızda öğrencilerin tütün kullanımının sınav döneminde, duygusal stres durumunda ve sosyal ortamlarda arttığı görülmektedir. Öğrencilerin stresli oldukları zamanlarda ve arkadaş ortamlarında tütün tüketiminin arttığı anlaşılmaktadır. Benzer şekilde arkadaşlarıyla evde kalmanın, yurttan kalmanın, bekar evinde kalmanın ve evin her yerinde rahatlıkla sigara içilmesinin, kullanım miktarını arttırdığını belirten çalışmalar mevcuttur.^{13,16} Yine yapılan çalışmalarda sigara kullanımının artış nedenleri arasında; üniversiteye başlamak, tıp eğitimi almak, düşük not ortalaması, kişinin sıkıntılı olduğu zamanlar ve hastanede çalışıyor

Tablo 5. Başarının önündeki engeller olarak bildirilen durumlar (Birden fazla yanıt verilebilmiştir)

Başarının Önündeki Engeller	s (%)
Sigaraya özlem duyma	42 (51)
Profesyonel yardım ve/veya farmakolojik tedavi eksikliği	42 (51)
Sınav zamanında ders çalışmada zorlanma	28 (34)
Stresle başa çıkmada zorlanma	28 (34)
Arkadaş/sosyal çevrenin etkisi	23 (28)
Bırakma dönemi belirtileriyle baş etmekte zorlanma	21 (26)
Yetersiz arkadaş desteği	19 (23)
Kilo artışı	10 (12)
Somatik nedenler (ellerde titreme)	5 (6)
Yetersiz aile/eş desteği	5 (6)
Diğer	6 (7)

Tablo 6. Doktorların tütün kullanımını sorma durumları ve tütün kullanımını soran branşların dağılımı

	Branşlar	s (%)	s (%)
Evet	Aile Hekimliği	21 (18)	117 (29)
	KBB	16 (14)	
	Göğüs hastalıkları	44 (38)	
	Diğer	36 (31)	
Hayır			216 (53)
Hatırlamıyorum			76 (18)
Toplam			409 (100)

olması belirtilmektedir.^{6,13,18,22} Aynı evi paylaşan veya uzun süre aynı ortamda bulunan öğrencilerin birbirlerinden sigara temin ederek sürekli olarak sigaranın ellerinin altında bulunması düzenli içiciliğin artmasına kolaylık sağladığı gibi bırakma girişimlerini de zorlaştırdığı düşünülebilir.

Birçok çalışmada sigarayı bırakmayı isteme oranlarının sorulduğunu ve bu oranların yaklaşık %20-80'ler arasında değiştiğini görmekteyiz.^{4,6,7,10,13,18,20,25,26} Sigara kullanan öğrencilerin önemli bir kısmının bırakmak istediği anlaşılmaktadır. Bu dönemde bırakma motivasyonlarını güçlendiren önerilerde bulunmak, öğrencileri cesaretlendirerek profesyonel yardım almaları için yol göstermek ve tedavilerinde yardımcı olmak tütün kontrolüne büyük katkı sağlayacaktır.

Literatürde sigarayı bırakmayı düşünme ve sigarayı bırakma nedenlerini araştıran az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Sigarayı bırakmayı düşünme nedenlerini araştıran çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızdaki gibi mali yük (ekonomik sebepler) ve sağlığa zararlı olması belli başlı nedenler olarak bildirildiği görülmüştür.^{18,22} Sigarayı bırakmayı deneme nedenleri ise sağlığa zararlı olması, ekonomik nedenler, çevredeki insanlara kötü kokma gibi bizim çalışmamızda da bulduğumuz sebeplerle benzer olup sıklık sıraları arasında farklar görülebilmektedir.^{3,6,13,22,25} Çalışmamızda birinci sırada sağlığa zararlı olması ve üçüncü sırada ise ilerde sağlık sorunlarına yol açması belirtilmiştir. Yani öğrenciler gelecekte sağlık sorunları yaşamaktan endişe duymaktadır. Sigaranın sağlığa etkilerinin çarpıcı şekilde anlatılmasının etkili olabileceği öngörülebilir.

Çalışmamızda sigara içen öğrencilerin yarısından biraz fazlası sigarayı bırakmayı denediklerini belirtmişlerdir. Ulusal ve uluslararası çalışmalarda sigarayı bırakma oranları %6 ile 74 arasında değişmektedir.^{4,6,7,10,18,20,22,25} Bizim çalışmamızda da öğrencilerin önemli bir kısmı bırakmak istiyordu. Bırakmanın önündeki engellerin anlaşılması ve uygun destek ile başarılı bırakma giri-

şimlerinin artması mümkündür. Bırakma girişimlerinde nikotin çekilme semptomlarından olan tütüne karşı aşırı istek duyma ve sinirlilik ilk sıralarda bildirilmişti. Nikotin çekilme semptomlarının daha az hissedilmesini sağlamak profesyonel destek ve replasman tedavisiyle mümkündür. Ayrıca çalışmamızda sigaraya özlem duyma, sınav zamanı ders çalışmada zorlanma ve stresle başa çıkamama en sık başarısızlık sebepleri olarak bildirilmişti. Stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu göz önüne alınırsa, öğrencilere genel olarak bu konuda destek verilmesinin sigara bırakma oranlarına da katkı sağlayabileceği öngörülebilir. Tüm bu sonuçlar öğrencilerin aslında sigarayı bırakmayı istediklerini ancak engeller ve başarısızlık nedenleri konusunda yeterli bilgi ve desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Sigarayı bırakma girişiminde bulunan öğrencilerin başarı oranlarıyla ilgili bizim çalışmamıza benzer olarak üçte bir veya daha yüksek başarı oranı bildiren çalışmalar^{15,18,22} olduğu gibi, daha düşük oranlar bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{6,16} Yemek sonrasında içme alışkanlığı, arkadaş baskısı ve alkol, çay, kahve kullanımının sigara içiciliğini kolaylaştırdığı belirtilmektedir.²² Kolaylaştırıcı olan bu nedenlerin de sigara bırakma başarısızlığıyla ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Sigara bırakma durumu ve sağlık ekibinin rolü

Doktorların sigarayı bırakma önerisi ile ilgili sonuçlar sunan çalışmalar mevcuttur. Manisa'da yapılan bir çalışmada hekimin branşı belirtilmemekle beraber "bırakma sebebiniz neydi" sorusuna katılımcıların oldukça düşük oranda (%6) hekim önerisi yanıtı vermiş olduğu bildirilmektedir.²⁵ İtalya'da yapılan bir diğer çalışmada ise pratisyen hekimlerin sigarayı bırakmayı önerdiği belirtilirken, aynı ülkede yapılan başka bir çalışmada öğrencilere sigara bırakma metotlarından hangisinin ne kadar etkili olduğu sorulduğu ve öğrencilerin %23'ünün hekim tarafından tavsiye edilmesinin

etkili olduğunu belirttiği bildirilmektedir.^{9,10} Hastanede yatmakta olan hastalara yapılan bir başka çalışmada ise hastaların %74'ü son başvurusunda doktorun sigara içme durumunu sorduğu ve sigara içtiğini belirtenlerin %86'sına sigarayı bırakması yönünde tavsiyelerde bulunulduğu belirtilmiştir.²⁶ Sigara bırakma önerisinin herhangi bir sağlık sorunuyla başvuran herkese yapılmasının bu konudaki girişimleri arttırabileceği düşünülebilir.

Sonuç

Aile hekimlerinin; tüm hastalar için ilk tıbbi temas noktası ve kolay ulaşılabilir olması, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegrasyonunu ve hizmet basamakları arasındaki koordinasyonu sağlaması, sü-

rekliliği, birey merkezli, bütüncül yaklaşımı ve toplumsal yönelimi gibi temel özellikleri nedeniyle sigara bırakma tedavilerinde yeri son derecede önemlidir. Ancak çalışmamızda aile hekimlerinin sigara kullanma durumunu oldukça düşük oranda sorguladığını görmekteyiz.

Başarısız sigara bırakma girişimleri olan öğrencilerin profesyonel yardım ile tekrar deneyerek başarılı olma şansları artabilir. Hekimlik mesleğini seçen, geleceğin hekimleri olacak gençlerin bu konuda desteklenmeleri, sağlıklı nesillerin yetişmesine büyük katkı sağlayacaktır. Ayrıca hekimlerin ve hekim adaylarının, hastalarına örnek olmaları açısından mümkün olduğunca erken sigarayı bırakmaları desteklenmelidir.

Kaynaklar

1. DSÖ tütün kullanımı verileri www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en adresinden 05.02.2017 tarihinde erişilmiştir.
2. DSÖ Küresel Yetişkin Tütün Araştırma Raporu www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/report_tur_2012.pdf adresinden 05.02.2017 tarihinde erişilmiştir.
3. Şahin EM, Özer C, Çakmak H ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme ve bırakma durumları. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2007;24(3):209-12.
4. İlhan F, Aksakal FN, İlhan MN, Aygün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(4):188- 98.
5. Baykan Z, Naçar M. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri. Dicle Tıp Dergisi 2014; 41 (3): 483-90.
6. Mas A, Nerin I, Barruec M et al. Smoking habits among sixth-year medical students in Spain. Arch Bronconeumol 2004;40(9):403-8.
7. Haddad LG, Malak MZ. Smoking habits and attitudes towards smoking among university students in Jordan. International Journal of Nursing Studies 2002;39:793-802.
8. Pıçakçefe M, Keskinöğlü P, Bayar B, Bayar K. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara içicilik sıklığı ve içiciliği arttıran nedenler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6(4):267-72.
9. Grassi MC, Chiamulera C, Baraldo M et al. Cigarette smoking knowledge and perceptions among students in four Italian medical schools. Nicotine&Tobacco Research 2012;14(9):1065-72.
10. Grassi MC, Baraldo M, Chiamulera C et al. Knowledge about health effects of cigarette smoking and quitting among Italian university students: the importance of teaching nicotine dependence and treatment in the medical curriculum. BioMed Research International 2014:1-9.
11. Zhou S, Devanter NV, Fenstermaker M, et al. A study of the use, knowledge, and beliefs about cigarettes and alternative tobacco products among students at one U.S. medical school. Academic Medicine 2015;90 (12):1713-19.

12. Bian J, Du M, Liu Z, et al. Prevalence of and factors associated with daily smoking among Inner Mongolia medical students in China: a cross-sectional questionnaire survey. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2012;7 (20):1-11.
13. Şavlı Emiroğlu P, Taneri PE, Yapa AB ve ark. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme prevalansı ve etkileyen etmenler ile sigara yasağına karşı düşünceleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014;40(2):57-61.
14. Çuperjani F, Elezi S, Lila A, et al. Tobacco smoking habits among first year medical students, university of Prishtina, Kosovo: cross-sectional study. *Mater Sociomed.* 2015;27(3):176-9.
15. Zhu T, Feng B, Wong S, et al. A comparison of smoking behaviors among medical and other college students in China. *Health Promotion International* 2004;19 (2):189- 96.
16. Karlıkaya C, Erdoğan S, Çakır E, ve ark. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara alışkanlığı ve ilişkili faktörler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2000;17 (3):161-9.
17. Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara konusundaki tutumları ve içme sıklıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(5):364-70.
18. Mayda AS, Şahin G, Tosun T, Tak N. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Düzce Tıp Dergisi* 2011;13(1):26-31.
19. Xiang, H, Wang Z, et al. Cigarette smoking among medical college students in Wuhan, People's Republic of China. *Preventive Medicine* 1999;29:210-15.
20. Vakefliu Y, Argjiri D, Peposhi, I et al. Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among Medical Students in Tirana, Albania. *Preventive Medicine* 2002;34:370-73.
21. La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, et al. Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health Professions Student Survey. *Public Health* 2012;126:159-64.
22. İtil O, Ergör G, Ceylan E. Knowledge and attitudes about smoking among students in a medical faculty. *Turkish Respiratory Journal* 2004;5 (2):86-91.
23. Roncero C, Egido A, Rodríguez-Cintas L, et al. Substance use among medical students: a literature review 1988-2013. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43 (3):109-21.
24. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;27 (1):29-34.
25. Göktalay T, Cengiz Özyurt B, Şakar Coşkun A, Çelik P. Sağlık eğitimi alan 3 ve 4. sınıf öğrencilerinde sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2011;59(4):355-61.
26. Günay E, Sarınc Ulaşlı S ve ark. Bir üniversite hastanesi hekimlerinin sigara içen hastalara sigarayı bırakma öneri durumlarının belirlenmesi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi* 2014;28(1):23-30.

Alıntı Kodu: Ünüvar E. M., Dişçigil G. Sigarayı bırakma girişimlerinde başarıyı etkileyen faktörler - Hekim adayları örneği. *Jour Turk Fam Phy* 2017; 08 (3): 57-65. Doi: 10.15511/tjffp.17.00357.



Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında

*Health workers under threat of violence in Turkey**

Fatih Özcan¹, Erdinç Yavuz²

¹⁾ Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Manisa.

²⁾ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Başasistan, Samsun.

İletişim adresi:

Dr. Fatih Özcan
fatihozcan41@gmail.com

Geliş tarihi: 07.01.2016

Kabul tarihi: 11.09.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

* Bu makalenin İngilizce özet formu 22-25 Ekim 2015 tarihlerinde gerçekleştirilen 20. Wonca Europe İstanbul Kongresinde poster olarak sunulmuştur.

Alıntı Kodu: Özcan F., Yavuz E. Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 66-74. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00236.

Özet

Bu makalede, ülkemizin sağlık ortamının önemli bir sorunu olan, sağlık personeline karşı, hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan sözel ve fiziksel şiddet olgusuna bir kez daha dikkat çekilmesi, bu olayların nedenlerinin irdelenmesi ve bu şiddeti önlemeye yönelik çözümlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Konu, sağlık personeline yönelik olarak yapılmış sınırlı sayıda araştırma, Türk Tabipleri Birliği ve diğer sağlık meslek örgütlerinin bu konudaki raporları, televizyon, gazete röportajları, yazıları ve kendi gözlemlerimiz esas alınarak değerlendirilmiştir.

Son iki yılda sağlık personeline yönelik 23.120 sağlıkta şiddet olgusu rapor edilmiştir. Medyada tıbbi bir komplikasyon, bazen yeterince araştırılmadan sağlık personeli yargılayıcı tarzda bir haber olarak sunulmakta, buna karşı bir yaptırım uygulanmamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın, şiddete uğrayan sağlık personeli için başlattığı "113-Beyaz kod" uygulaması, şiddete maruz kalan sağlık personeline verilen ücretsiz avukatlık desteği olarak kalmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın mevcut yasal düzenlemeleri, sağlıkta şiddet uygulayan kişilere idari bir yaptırım öngörmemektedir.

Halen ülkemizdeki sağlık personeline yönelik şiddetin varlığı, sağlık çalışanlarını son derece olumsuz etkilemekte, adeta çalışamaz duruma getirmektedir. Şiddeti önlemek için öneriler şöyle özetlenebilir: Sağlık çalışanlarının halkın gözündeki itibarını yükselten bir tutum izlenmeli, sağlık çalışanını değersizleştirecek uygulamalardan kaçınılmalıdır. Sağlık çalışanlarına yönelik bir şiddet olayı meydana geldiğinde kamudaki tüm yöneticiler aynı sert tepkiyi göstermeli; sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışında bulunan bir kişi, sadece adli işlemlerle değil aynı zamanda bazı idari hak mahrumiyetlerine de maruz kalmalı; sağlıkta şiddetin önlenmesinde, kamu otoritesi, sağlık ortamının tüm bileşenleriyle, sağlık meslek kuruluşlarıyla iş birliği yapmalıdır.

Sağlık çalışanlarının korunması ülkenin sağlık hizmetinin ve toplumun sağlığının da güvenceye alınması anlamına gelir.

Anahtar kelimeler: Şiddet, sağlık çalışanına yönelik şiddet, şiddetin önlenmesi, sağlık çalışma ortamının güvenliği.

Summary

In this study, we aimed to draw attention to an important issue of our country's health care environment, verbal and physical violence against medical personnel by patients or their relatives, to examine the causes of these incidents and discuss solutions to prevent this violence.

However, we evaluated the problem based on scarce studies performed by researchers, reports issued by Turkish Medical Association and other health professional organizations, television and newspaper interviews, articles and our own observation.

A total of 23,120 cases of violence against health personnel have been reported for the last two years. Another issue we have encountered was TV-newspaper news sometimes blaming healthcare providers because of clinical complications. No action has been taken against these unfounded allegations. We observed that "113- White code" application launched to help violence victims of healthcare workers by Ministry of Health became nothing more than a free legal support. In addition, existing legislation of the Ministry of Health does not contain any health administrative sanctions to those who use violence.

Currently, the existence of violence against medical personnel in our country have an extremely negative impact on health workers. The ways of preventing violence can be cited as in the following: An attitude that add value to the health providers in the eyes of the society could be adopted, practices that discredit health care workers should be avoided; all the administrators of the government should show the same strong reaction in case of a violence against health workers occurs; a person in violent behavior towards health professionals should be exposed not only to judicial proceedings but also to some deprivation of administrative rights; In the prevention of violence in health, the public authority should cooperate with all the stakeholders of the health environment including health professional organizations.

Protecting health workers means ensuring the health of the country's health care and the community.

Key Words: Violence, violence to health workers, inhibiting of violence, safety of health service environment

Giriş ve Amaç

Her geçen gün şiddetin günlük yaşantımızda daha çok yer aldığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre şiddet, günümüzün önemli halk sağlığı sorunlarından biridir.¹ DSÖ, şiddeti şu şekilde tanımlamıştır; “kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme ve gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması”dır. Sağlık kurumlarındaki şiddet de, “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır.^{2,3}

Türkiye’de, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları, öteden beri var olmakla birlikte son yıllarda belirgin ölçüde artış göstermiştir. Bu makalede, ülkemizin sağlık ortamının önemli bir sorunu olan sağlık çalışanlarına karşı, hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan sözel ve fiziksel şiddet olgusuna dikkat çekilmesi, bu olayların nedenlerinin irdelenmesi ve sağlık ortamındaki şiddet olaylarını önlemeye yönelik çözümlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Konu, sağlık personeline yönelik olarak ülkemizde bugüne kadar meydana gelen şiddet olaylarına ilişkin çalışmalar, Türk Tabipleri Birliği, sağlık çalışanlarının üyesi olduğu sendikalar ve diğer sağlık meslek örgütlerinin bu alandaki çalışmaları, raporları, yapılan sempozyum ve paneller, televizyon, gazete röportajları, haberler ve yazarların kendi gözlemlerine dayanılarak ele alınmıştır.

Bugüne kadar sağlık çalışanlarına, personeline yönelik şiddet olayları incelendiğinde hemen her gün yüzlerce sözel veya fiziksel şiddet olgusunun var olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanına yönelik sözel (bağırma, kötü ve alaycı ifadeler aşağılayıcı sözler, hakaret ve tehdit, v.b) ve fiziksel şiddet (sağlık kuruluşunda ortamdaki eşyalara zarar verme, kapıyı sert bir

şekilde çarpma, sağlık personelini ve diğer hasta-hasta yakınlarını itme, vurma, bıçak veya sert bir cisimle yaralama, öldürme v.b.) olguları basın ve yayın organlarında, sosyal medyada her gün paylaşılar hale gelmiştir.

Bu olgulardan beş tanesi özellikle sağlık kamuoyunun hafızasından silinmemektedir. Son üç yılda (2014-2017) iki göğüs cerrahisi uzmanı (Dr. Ersin Arslan ve Dr. Kamil Furtun), çalıştıkları devlet hastanesinde hasta yakınları tarafından öldürülmüştür. 2005 yılında yine bir göğüs cerrahisi profesörü (Dr. Göksel Kalaycı) görev yaptığı İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinin otoparkında silahlı saldırı sonucu öldürülmüştür.

Bu üç dramatik cinayet olgusunun üçünün de göğüs cerrahisi uzmanlarına yönelik olması ayrıca dikkat çekicidir. Bu hekim ölümlerine ek olarak 2017 yılı içinde yine ölümlerle sonuçlanan bir doktora saldırı olayı meydana gelmiştir. Samsun’da bir kadın doğum uzmanı (Dr. Aynur Dağdemir), birlikte çalıştığı kadın sağlık çalışanına yönelik şiddeti önlemeye çalışırken, o hemşirenin eşi tarafından bıçaklanarak çalıştığı hastanede öldürülmüştür. Bu vahim olay Samsun’daki meslek ve kadın örgütleri ile sendikaların çağrısıyla düzenlenen yürüyüş ile protesto edilmiştir. Türk Tabipleri Birliği de bu saldırıyı şiddetle kınamış, Merkez Konseyi Başkanı yaptığı konuşmada, Türkiye’de sağlık çalışanlarına ve kadınlara yönelik artan şiddete bir kez daha dikkat çekmiştir.⁴

Haziran 2015 yılı sonrası, iki yıl içinde sağlık personeline yönelik toplam 23.120 sağlıkta şiddet olgusu rapor edilmiştir.⁵ Bu saldırılar 2017 yılında da devam etmiş, Aksaray’ın Eski İlçesi Bozcamağmut Köyü Aile Sağlığı Merkezi’nde çalışan bir aile hekimi (Dr. Hüseyin Ağır), 29 Mart 2017 tarihinde görevi başında daha önce kurumlarında çalışan bir hemşirenin eşi tarafından uğradığı silahlı saldırı sonucu hayatını kaybetmiştir.⁶

Şiddet bir problem çözme aracı olarak görüldüğünden, şiddetin birçok boyutta kullanılmasına ve çok çeşitli şekillerde karşımıza çıkmasına neden olmaktadır.

Bütün bu olanlara karşılık Sağlık Bakanlığı, 2012 yılında “önlem amaçlı” 113-Beyaz kod⁷ uygulamasını başlatmıştır. Bu uygulama daha çok; şiddete maruz kalan sağlık personeline yönelik yapılan saldırıya karşı verilen ilgili sağlık personeline dava sürecindeki ücretsiz hukuki destektir.⁸ 113 Beyaz kod uygulamasının pratikte, ülke çapında sağlıkta şiddeti önleyici hiçbir etkisi olmamıştır, sadece şiddet olayı meydana geldikten sonraki dönemde, şiddete maruz kalan sağlık çalışanına ücretsiz avukatlık desteği olarak devam etmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı’nın sağlık personeli ve hastalara yönelik mevcut yasal düzenlemeleri sağlıkta şiddet uygulayan kişilere idari bir yaptırım içermemektedir. Örneğin birinci basamakta aile hekimliği uygulamasında, bir hasta/hasta yakını ya da başka birisi aile hekimine şiddet uygularsa, mevcut yasa ve yönetmeliklere göre⁹, Halk Sağlığı Müdürlüğü sadece o kişinin kaydını o aile hekiminden alıp, aynı aile sağlığı merkezindeki en az hasta sayısı olan aile hekimine aktarmaktadır. Hastayı yaptığı kötü davranıştan dolayı, caydırıcı veya bazı sağlık hizmetlerinden mahrum bırakan önlemler alınmamaktadır.

Örneğin şiddet uygulayan kişinin kaydı asla başka bir aile sağlığı merkezine aktarılmamaktadır. Ne yazık ki bu uygulama, şiddete uğrayan sağlık personeli ni incitmekte, çalışma motivasyonunu bozmaktadır. Eğer bir hasta, sağlık personeline şiddet uygulayıp tutuklanmadıysa ve yargılaması tutuksuz devam ediyorsa, olayın meydana geldiği günün ertesi günü o kişi, yeniden aynı aile sağlığı merkezine gelebilmekte ve çok rahatlıkla hizmet almak için yeniden başvurabilmektedir. Bu davranışı önleyebilecek herhangi bir idari, yasal düzenleme bulunmamaktadır. Bu durum yöneticilere iletildiğinde, Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine⁹ atıfta bulunarak “yasaların böyle olduğu” cevabı alınmaktadır. Oysa yasalar değişebilir. Şiddeti önlemek için sadece adli süreçlerin sonuçlanmasını beklemek gerekir. İdari olarak yapılacak bazı yasal düzenlemelerle, bu tür saldırgan davranışlarda bulunan ya da bulunma potan-

siyeli olan kişilere karşı caydırıcı nitelikte, bazı hizmetlerin alımında, caydırıcı (mahrum bırakan) önlemler alınabilir. Örneğin “sürücü belgesi” sağlık raporu için başvuran bir kişi o işlem sırasında sağlık personeline karşı şiddete başvurursa, 6 ay-1 yıl gibi bir süre içinde o sağlık raporunu alamaması gibi bir kısıtlama uygulanabilir.

Şahin ve ark.’nın Ankara Numune Hastanesi Acil servisinde 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada acil sağlık çalışanlarının şiddete uğramış olmalarına rağmen has-taya bakmaya devam ettikleri görülmüştür.¹⁰ Acil Tıp Kliniğinde çalışanlar arasında en fazla şiddete maruz kalanların hemşireler olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanı şikayet başvurusunu savcılığa yapmakta, ancak bu süreç uzun sürdüğü için sağlık çalışanları bu tür durumlarla karşı karşıya kaldıklarında, sessiz kalmayı tercih etmekte ya da unutmaya çalışmaktadırlar. Yasal düzenlemelerin, bu çalışmaların ışığı altında yeniden ivedi olarak düzenlenmesi ve acil servis çalışma şartlarının bir an önce iyileştirilmesi gerektiği belirtilmiştir.¹⁰

Sağlık personeline yönelik şiddeti önlemek amacıyla, hem Sağlık Bakanlığı hem Türk Tabipleri Birliği toplumsal duyarlılık oluşturmaya yönelik bazı videolar (kamu spotları) hazırlayıp yayınlamışlardır. Ancak bunların da sağlık ortamındaki şiddeti önleyici etkisi çok az olmuştur.

Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik çözümler ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, Arnetz J ve Arnetz B’nin İsveç’te yapmış olduğu bir çalışmada; hastanelerde meydana gelen şiddetin önlenmesinde, hastane yönetiminin, sağlık hizmeti verilen ortamın koşullarına odaklanması ve bu konuda iyileştirmeler yapması gerektiği belirtilmiştir.¹¹ Privitera ve ark.’nın ABD’de bir psikiyatri kliniğinde yaptığı bir çalışmada; o klinikteki sağlık çalışanlarının %43’ünün tehdite, %25’inin de saldırıya maruz kaldığını saptamışlardır. Ayrıca tehdit ve saldırıların zaman içinde anlamlı bir oranda arttığını belirtmişlerdir.¹²

Şiddetin gerçekleştiği yerle ilgili bildirimlere baktığımızda en sık acil servislerde ve ikinci sıklıkta ise psikiyatri kliniklerinde olduğu gösterilmiştir.¹³

Ayrancı'nın acil servis çalışanlarına yönelik yaptığı bir çalışmada 195 çalışanın 141'i (%72,3)'ü kendilerine yönelik olarak, şiddetin bir türüyle karşılaştıkları cevabını vermişlerdir. Anketi yanıtlayanların %69,5'i daha çok sözel/duygusal türde şiddetle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.¹⁴ Kaya ve ark.'nın acil serviste çalışan hekimlere yönelik yapmış olduğu bir çalışmada; acil servis hekimlerinin %47,9 oranında en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını saptamışlardır.¹⁵ Özcan ve ark.'nın yapmış olduğu çalışma da, konuyla ilgili yayınların geriye dönük olarak taranması biçiminde gerçekleştirilmiştir. Ocak 1999 - Temmuz 2010 tarihleri arasında ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış ilgili çalışma, derleme ve gözden geçirmeler değerlendirme kapsamına alınmıştır. İncelemede, sağlıkta şiddetin nedenleri arasında; uzun bekleme süresi önemli bir neden olarak gösterilirken, hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uymaması hemşirenin zamanının kısıtlı olması ve uzun çalışma süreleri, ödeme zorlukları, yanlış anlama gibi iletişim sorunları ve kişisel sorunlar gibi nedenler, ayrıca personel yetersizliği, personelin yorgunluğu ve basında çıkan yanlış haberler olarak sıralanmışlardır.¹⁶

Gülalp ve ark.'nın Türkiye'nin güney illerinin kent merkezlerinde yaptıkları bir çalışmada; "Şiddet belirgin olarak acil hekime yönelik gelişmektedir. Erkek cinsiyet, ≥ 31 yaş, acil hekimi olmak, acil serviste beş yıl ve üstünde çalışmış olmak, fiziksel saldırı için risk faktörleri" olduğunu bildirmişlerdir.¹⁷

Gaziantep-Kilis Tabip Odası'nın 2008'de yayınladığı "Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu 2008"de, hekimlerin %74,5'inin meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir.¹⁸ Gökçe ve Dündar'ın Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddetle ilgili yaptığı bir

çalışmada tüm katılımcıların durumluk kaygı puanı ortalaması $41,8 \pm 9,4$, sürekli kaygı puanı ortalaması ise $47,8 \pm 6,0$ bulunmuştur. Yüksek kaygı düzeyleri gösteren hekim ve hemşirelere ait bu puanlar, ülkemizde sağlık personeli üzerinde daha önce uygulanmış anket çalışmalarından da yüksektir. Durumluk ve sürekli kaygı puanları ortalaması sırasıyla, Samsun ili 112 acil hizmetlerinde çalışan personelde 39,5 ve 46,0; Ankara ilinde bir sağlık ocağının çalışanlarında 40,6 ve 44,9 olarak saptanmıştır. Kaygı skorlarının yüksek bulunmasının, yukarıda söz edilen çalışmalarda saptanan şiddete maruz kalma oranlarından daha fazla sayıda şiddete uğrama ve hasta grubunun psikiyatrik hastalardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.¹⁹ Al ve ark.'nın bir araştırmalarında ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sanıldığından daha yüksek oranlarda meydana geldiğini ancak bildirimlerinin çok az olduğunu rapor etmişlerdir.²⁰

Çamcı ve Kutlu'nun Kocaeli'nde hastane çalışanlarına yönelik yaptıkları çalışmada; sağlık çalışanlarının işyeri şiddetine maruz kalma oranı çalışma hayatı boyunca %72,6, son 12 ayda ise %72,4 olarak bulunmuştur. En fazla maruz kalınan şiddet türü %98,5 ile sözel şiddet olup şiddetin en fazla hasta yakınları ve erkekler tarafından uygulandığı saptanmıştır.²¹ Turhan ve ark.'nın yazmış olduğu konuyla ilgili TTB kitabında, "sağlıkta şiddetin önlenmesi hususunda, caydırıcı kanunların bu konuda öncelikli hedefler arasında yer alması, konuya ilişkin temel sorumluluğun kamusal mekanizmalara ait olması, kamu kurumlarının plan ve programlarını yaparken meslek örgütlerinin de içinde olduğu sivil yapıların katkısını ve desteğini alması gerektiği" görüşleri ifade edilmiştir.²²

İlhan ve ark.'nın Gazi Üniversitesi hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlara yönelik yaptıkları araştırmada, intörn doktorların %73,1'i, araştırma görevlisi doktorların %73,4'ü en son karşılaştıkları şiddet davranışı sonrasında (şikayet veya bildirim gibi) hiçbir şey yapmadıklarını belirtmiştir.²³

Ayrancı ve ark.'nın Eskişehir, Ankara ve Kütahya'daki sağlık kurumlarında çalışanların 2001-2002 tarihleri arasında mesleklerinin son bir yılında herhangi bir nedenle sözel, fiziksel ve cinsel şiddet türlerinden herhangi birine en az bir kez uğrayıp uğramadıkları sorulduğu çalışmada; sağlık kurumlarında acil servis ve servislerde, pratisyen hekim ve hemşirelerde şiddetle karşılaşma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetle ilgili çalışmalarda, sağlık çalışanlarının işyerlerinde karşılaştıkları şiddeti çalışma sürecinin kaçınılmaz bir yanı olarak görmeleri nedeniyle pek çok olayın resmi olarak bildirilmediği saptanmıştır.²⁴

Kemik ve ark.'nın Mersin'de aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları arasında yapmış oldukları bir araştırmada; aile hekimlerinin, işyerinde aile sağlığı elemanlarına göre anlamlı derecede daha fazla şiddete maruz kaldığını bildirmişlerdir (%73,2-%53,8, sırasıyla). Birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimliği birimlerinde çalışanlara yönelik şiddet oranı yüksektir.²⁵

Coşkun ve Öztürk'ün, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşirelere yönelik yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin sözel şiddete maruz kalma oranı %86, fiziksel şiddete maruz kalma oranı ise %50,4 olarak saptanmıştır. Fiziksel şiddete maruz kalanların %82'si psikiyatri kliniklerinde çalışırken şiddete maruz kaldıklarını belirtmektedir. Fiziksel şiddet olaylarının %77'sinin hastalar tarafından gerçekleştirildiği bildirilmiştir.²⁶

Sağlık çalışanlarının yüzde 67'sinin şiddete uğradığı halde şikayetçi olmadığı, sözleşmeli çalışanların, iş güvencesiz çalıştıkları için kadrolu çalışanlara göre daha az şikayetçi oldukları saptanmıştır. Şiddetin, %14 oranında sağlık yöneticileri ve idare tarafından uygulandığının saptanması, şikayet oranındaki düşüklüğün bir başka nedeni olarak düşünülebilir. İstanbul'daki bir araştırma sonucuna göre sağlık çalışanlarının sözlü saldırıya uğrama oranı %100, fiziksel saldırı oranı %88, bunların polise bildirilme oranı %40, dava açılma

oranı %33 olarak bildirilmiştir (Hekime Yönelik Şiddet Çalışmayı, TTB-İTO).²⁷ Ortamda polis ya da güvenlik görevlisinin bulunması şiddeti engellemede hiçbir anlam taşımamaktadır. Şiddet uygulaması ile karşılaşılacak yerlerin %85'inde polis ya da güvenlik görevlisi bulunmaktadır.²⁷

Hekimler hakkında olumsuz algı oluşması

Hekimliğin saygınlığı azalmış, halkın gözünde hekimlik değersizleşmiştir.²⁸ Hekimlerin aleyhine yapılan açıklamalar, sağlık çalışanlarına yöneltilen mobbing, hastaların şiddet davranışını tetiklemekte, doktorlar adeta "az çalışıp çok kazanan kişiler" olarak gösterilmektedir. Sağlık hizmetlerine yönelik tepkiler hekimlere yönelmektedir.²⁸ Bir başka sorun da bazı politikacıların, geniş kitleler karşısında hekimleri suçlayıcı konuşmaları ve söylemleridir. Bu tür tavırlar, hekimleri halkın gözünde potansiyel suçlu konumunda göstermektedir.⁸

Toplumsal şiddet

Şiddet okulda, yolda, trafikte, evde toplumun tüm alanlarında artmaktadır. Sağlık alanındaki şiddeti toplumdaki şiddetten ayırmak mümkün değildir. Uyuşturucu, madde kullanımı ve bireysel silahlanmadaki artış toplumsal şiddetteki artışa neden olmaktadır. İnsanlar adalete olan güvenlerini yitirdikleri için herkes kendi adaletini aramakta, sorunları kendi yöntemleriyle çözmeye çalışmaktadır. Şiddet bir suçtur. Ülkemizde hukuk mekanizması yavaş işlediği için suç cezasız kalmakta, adalet duygusu zedelenmektedir. Zamanla insanlar arasında güven ve değer kaybı oluşmuştur.²⁸

Hasta hakkı-Hekim hakkı yerine Sağlık hakkı

Hasta hakları ön plana çıkarılıp, sürekli gündemde tutulurken, hastaların sorumluluklarından son derece az söz edilmekte, sağlık çalışanlarının haklarından giderek hiç bahsedilmemektedir.²⁸ Oysa esas olan "sağlık hakkı" dır, hasta hakkı-hekim hakkı ayrımı yerine tüm bireylerin faydalanacağı "sağlık hakkı" öne çıkarılmalı ve savunulmalıdır.

Öz eleştiri

Elbette hiçbir şey şiddeti mazur göstermez. Ama önce sağlık çalışanları kendi aralarında konuşmalı, kendilerine eleştirel bakabilmelidir. Hekimler arası ilişkide dayanışmanın zayıflaması, hekimlerin birbirlerini kötüleyen yorumlar yapmaları, hekimler arası dildeki şiddet, genel şiddeti artırmaktadır. Hekimler arası hiyerarşik ilişkide de şiddet göz ardı edilmemelidir. Asistan hekim, şefinden, hekim başhekimden şiddet görebilmektedir. Hekimlerin, sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğunu göz ardı etmeleri, herkesin görüşlerini dikkate almamaları da şiddete zemin hazırlamaktadır. Hekimlerin yeterli mesleki donanıma sahip olmamaları, hasta ve hasta yakınlarına olumsuz tavır içinde olmaları şiddeti körüklemektedir. Hekimler hakkında “çok para alıyorlar, parasız çalışmıyorlar” yönündeki algı şiddeti arttırmaktadır. Hem iyi hem kötü hekimin var olduğu, iyi hekimin de kötü zamanları olabildiği unutulmakta, hekimlere anlayış gösterilmemektedir.

Tabip odalarının hekimleri korumaya yönelik çabaları yetersizdir.²⁸ Bu konudaki çalışma hemşireler ve sağlık memurlarının da katılacağı bir ekip bütünlüğü içinde yapılmalıdır. Hekimlerin iletişim konusunda özel bir eğitimlerinin olmaması, hastalara yaklaşımda yetersiz kalınmasına neden olabilmektedir. Meslek odaları bu “aynaya bakış” konusunda öncülük etmelidir.²⁸

Dünya Sağlık Örgütü, dünyadaki sağlık personeline yönelik şiddetin önlenmesine büyük önem vermektedir. Bu konu, sadece sağlık çalışanlarının psikolojik ve fiziksel iyilik halini olumsuz etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda çalışma motivasyonlarını da bozmaktadır. Sonuçta, şiddet olgusu, sağlık bakımının kalitesini bozmakta ve sağlık bakımını riske sokmaktadır.²⁹ Dünya Hekimler Birliği, hükümetlere ve şiddet durumuna müdahil olan tüm kesimlere, bazı meseleleri anlama, farkına varma konusunda çağrıda bulunmuştur. Dünya Tabipler Birliği’nin, şiddet olaylarına konu olan tüm taraflara ve hükümetlere çağrısı aşağıdaki 7 maddede sıralanmıştır:³⁰

1. Cenevre Sözleşmeleri ve ek protokollerine uygun olarak silahlı çatışmalar ve diğer şiddet olayları da dahil olmak üzere sağlık personelinin emniyetini, bağımsızlığını ve kişisel güvenliğini her zaman sağlayın.

2. Sağlık personelinin, yaralı ve hastalara çatışma sırasındaki rollerine bakılmaksızın hizmet vermelerini ve tıbbi görevlerini bağımsız olarak, ceza veya yıldırma korkusu olmaksızın meslek ilkelerine uygun olarak yürütmelerini sağlayın.

3. Yaralıların ve tıbbi yardıma muhtaç diğer insanların, yeterli tıbbi imkanlara güvenli bir şekilde erişmeleri gereksiz yere engellenmemelidir.

4. Sağlık çalışanları için mümkün olan en güvenli çalışma ortamını sağlayın, onları, sağlık hizmetlerini, tıbbi nakilleri ve bunlardan yararlanan insanları koruyun.

5. Çatışma durumlarında tıbbi tarafsızlığı koruyan uluslararası insani ilkelere ve insan hakları hukukuna saygı gösterin ve teşvik edin.

6. “Silahlı çatışmalar ve diğer şiddet durumlarında tıbbi personelin sağlamlığı ve korunması hakkındaki Dünya Tabipleri Birliği’nin bildirgesinde belirtildiği gibi sağlık personeline ve sağlık tesislerine yönelik şiddeti belgeleyen raporlama mekanizmaları oluşturun.

7. Sağlık çalışanlarının korunmasıyla ilgili uluslararası hukuk kurallarının farkındalığını artırın ve sağlık hizmetlerine yönelik tehditlerle mücadele stratejilerini belirlemek için farklı aktörlerle iş birliği yapın. Dünya Tabipleri Birliği ve Kızıl Haç Uluslararası Komitesinin “Tehlike altındaki sağlık hizmeti projesi” n-deki iş birliği buna bir örnektir.

Medyanın rolü

Medyada, sağlık çalışanlarını hedef alan, yanlış yayınlar yapılmaktadır.²⁸ Öte yandan bazı TV dizileri de sık sık olağan dışı şiddet sahneleri içermekte, hatta sağlık personeline yönelik şiddeti özendirilmektedir. Yine, sağlık hizmetleri sırasında meydana gelen bir komp-

likasyon, ilgili haber editörünce yeterince araştırılıp incelenmeden adeta hekimleri veya sağlık personelinin yargılayıcı ve kışkırtıcı tarzda hem gazetelerde hem televizyonlarda haber olarak sunulmaktadır. Buna karşılık Radyo Televizyon Üst Kurulu'nun ve diğer kamu kuruluşlarının yaptırımları çok zayıf kalmaktadır. Acil tıp uzmanı Sarcan 2013'te hazırladığı uzmanlık tez çalışmasının sonuçlarına göre; sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddetin nedeni olarak: "medyada tahrir edici haberler, yayınlar ve filmlerin yer alması ve siyasetçilerin sağlık çalışanları aleyhine olan beyanları" gibi faktörler olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada, "şiddetin bir hak arama yöntemi olduğu düşüncesine katılanların oranı (%20,3)" hiç de küçümsenmeyecek durumdadır.⁸

Gerek medyada gerek sinema sektöründe bu tür yanlış üretim anlayışlarını düzeltebilmek için hem yasal düzenlemeler yapılmalı hem de o sektörle ilgili meslek kuruluşlarının bu konuda çok daha duyarlı olmalarını sağlayabilecek nitelikte birtakım adımlar atılmalıdır.

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki, sağlık alanında şiddetin çok sık olduğu ancak az bildirilmektedir. Bunun birçok nedeni olmakla birlikte, genel ortak kanı özellikle ülkemizde çalışanların haklarını savunacak yasal düzenlemelerin olmamasıdır. Türkiye'de sağlık personelinin mağdur olduğu eylemlere ilişkin yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır. Fakat görev başında yapıldığı için cezanın yarısı kadar daha arttırma yargı kararına bağlıdır. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler, gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliğini sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır. Amacı insanlara yardım ve tedavi etmek olan hekimlerin ve sağlık çalışanlarının güvenli koşullarda çalışması, olabilecek şiddet riskinin azaltılması en doğal haklarıdır.

Güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, mevzuatların düzenlenmesi, yöneticilerin üzerine düşen görevler gibi çok yönlü konular olmakla birlikte yasal düzenlemelerin de gerektiği açıktır.³⁰

Sonuç

Halen ülkemizdeki sağlık personeline yönelik şiddetin varlığı, sağlık çalışanlarını son derece olumsuz etkilemekte, sağlık personelinin motivasyonunu bozmaktadır. Şiddeti önlemenin yolu ve yöntemleri hem sağlık çalışanları hem de yöneticiler tarafından bilinmektedir. Eksik olan şey: şiddetin önlenmesi için bilinen bu faktörlerin ve önlemlerin uygulamaya konulabilmesi yönünde gerekli olan iradedir. Bu iradenin, sağlık sistemine yön veren politikacılar ve sağlık yöneticileri tarafından ortaya konulması beklenmektedir.

Şiddeti önlemenin yollarını şöyle sıralayabiliriz:

- 1- Sağlık çalışanlarının halkın gözündeki itibarını yükselten bir tutum izlenmeli; sağlık çalışanını değersizleştirecek uygulamalardan kaçınılmalıdır;
- 2- Sağlık çalışanlarına yönelik bir şiddet olayı meydana geldiğinde kamudaki tüm yöneticiler aynı sert tepkiyi göstermelidirler.
- 3- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışında bulunan bir kişi, sadece adli işlemlerle değil aynı zamanda bazı idari hak mahrumiyetlerine maruz kalmalıdır.
- 4- Sağlıkta şiddetin önlenmesinde, kamu otoritesi, sağlık ortamının tüm bileşenleriyle; sağlık meslek kuruluşlarıyla (meslek odaları, sağlık sendikaları, sağlık meslek dernekleri) iş birliği yapılmalıdır.

Bu önlemlerin alınması ve sağlık hizmetleri içinde uygulamaya konulması, uygulamaların denetlenmesi gerekir. Sağlık çalışanlarının korunması ülkenin sağlık hizmetinin ve toplumun sağlığının da güvence altına alınması anlamına gelir.

Kaynaklar

1. WHO. Global Status Report on Violence Prevention 2014. ISBN 978 92 4 156479 3 World Health Organization 2014.
2. Turhan Ö, Ahmed F, Aslan D. ve ark. Önenebilir bir sorun: Hekime yönelik şiddet. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2014: 2-4. ISBN 978-605-5867-83-6 .
3. TTB. Şiddet Sempozyumu Raporu. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Eylül 2007.
4. Türk Tabipleri Birliği resmi web sitesi <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/> adresinden 25.11.2015 tarihinde erişilmiştir.
5. Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik ve Dayanışma Sendikası başkanı Dr. İlknur Çabuk'un CNN Türk Tv'de 02.06.2015 tarihli "Her şey" programında Mirgün Cabas'a verdiği röportaj <http://tv.cnnurk.com/tv-cnn-turk/programlar/her-sey/saglikta-siddetli-kriz> adresinden 25.11.2015 tarihinde erişilmiştir.
6. TTB. Meslektaşları Dr. Hüseyin Ağır'ı andı. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/huseyinagir-6644.html> adresinden 10.04.2017 tarihinde erişilmiştir.
7. Sağlık Bakanlığı 113-Beyazkod uygulaması. <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr/alo113.aspx> sitesinden 07.06.2015 tarihinde erişilmiştir.
8. Sarcan E. Toplumun sağlık çalışanlarına uygulanan şiddete bakış açısı. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, 2013.
9. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 8. Maddesinin 2. Bendi. Resmi Gazete, 25.01.2013; 28539.
10. Sahin B, Gaygısız S, Balcı FM, Ozturk D, Sönmez MB, Kavalcı C. Violence against allied healthcare personnel in an emergency department/ Yardımcı acil sağlık personeline yönelik şiddet. Türkiye Acil Tıp Dergisi-Tr J Emerg Med 2011;11(3):110-14.
11. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Social Science and Medicine 2001; 52:417-27.
12. Privitera M, Weisman R, Cerulli C, Tu X and Groman A. Violence toward mental health staff and safety in the work environment. Occupational Medicine 2005;55:480-6.
13. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Et-kileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2 (2):161-73.
14. Ayrancı Ü. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. J Emerg Med 2005; 28(3):361-5.
15. Kaya A, Karadayı B, Kolasayın MÖ, Aslan NA, Oral G. Violence in the health sector and its properties: A Questionnaire toward Physician Working in the Emergency Departments. JAEM 2014;13:124-30.
16. Özcan NK, Bilgin H. Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(6):1442-56.
17. Güllalp B, Karcıoğlu Ö, Köseoğlu Z, Sari A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2009; 15(3): 239-42.
18. Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık sektöründe şiddet raporu- Nisan 2008. Gaziantep-Kilis Tabip Odası. www.ttb.org.tr/siddet adresinden 13.02.2016 tarihinde erişilmiştir.
19. Gökçe T, Dündar C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15(1): 25-8.
20. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Yılmaz DA, Yıldırım C. Increased Violence Towards Health Care Staff. JAEM 2012;11:115-24.
21. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(1):9-16.
22. Turhan Ö, Ahmed F, Aslan D, Erişgen G, Çakır B, Şengelen M, Yıldız AN. Önenebilir bir sorun: Hekime yönelik şiddet. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2014. ISBN 978-605-5867-83-6.
23. İlhan M, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni 2009; 28(3):15-23.
24. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:147-54.
25. Kemik A, Hayran O, Akan H. Aile Hekimliği Sisteminde Çalışan Personelin Şiddete Maruziyet Durumları. Sözel sunum. Kuşadası, 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, 15-19 Mayıs 2013. S-063.
26. Coşkun S, Öztürk AT. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; (3):16-23.
27. Oğan H. Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı. Türk Tabipleri Birliği İstanbul Tabip Odası Yayınları, 2009:12-5.
28. Ankara Tabip Odası. Hekimlere ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Raporu 2010-2011. 1. Baskı. Ankara, Ankara Tabip Odası Yayınları, 2011.
29. WHO. Violence against health workers. <http://www.who.int/violence-injury-prevention/violence/workplace/en/> adresinden 12.03.2015 tarihinde erişilmiştir.
30. World Medical Association. WMA Declaration on the Protection of Health Care Workers in situation of Violence. <http://www.wma.net> adresinden 07.06.2015 tarihinde erişilmiştir.

Alıntı Kodu: Özcan F, Yavuz E. Türkiye'de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 66-74. Doi: 10.15511/tjfp.17.00236.



Evde sağlık hizmetlerinde bir akut böbrek yetmezliği olgusu

A case of renal injury in home care services

Ece Gülin Kasap¹

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Asist. Dr., İstanbul

Özet

Bu olguda Evde Sağlık Hizmetlerinde izlenen bir hastanın son zamanlarda genel durumunda bozulma ve anemi nedeniyle kısa süre izlenmek üzere Evde Sağlık Servisi'ne yatırılması sonucunda hızla gelişmekte olan bir akut böbrek hasarının saptanması, prerenal, renal, postrenal nedenlerin ayrımının yapılması ve tedavisi anlatılmakta; aile hekimliğinin bütüncül ve kapsamlı yaklaşımının sürekli bakımla desteklendiğinde Evde Sağlık Hizmeti alan hastalarda yaşam kurtarıcı olduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar sözcükler: evde sağlık, böbrek hasarı, sürekli bakım

Summary

In this case, as a consequence of a patient's, surveyed by the Home Care services, hospitalization in the Home Care Clinic for a short follow-up due to a recent decline in his general health and anemia, the determination of an acute renal injury, the differentiation of prerenal, renal, postrenal causes, and the treatment were presented; it is emphasized that the effect of the holistic and comprehensive approach of the family practice when supported by the continuous care was lifesaving for Home Care patients.

Key words: home care, renal injury, continuous care.

İletişim adresi:

Dr. Ece Gülin Kasap
drhctin@gmail.com- mail yok

Geliş tarihi: 15.06.2016

Kabul tarihi: 10.07.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Alıntı Kodu: Kasap E. G. Evde sağlık hizmetlerinde bir akut böbrek yetmezliği olgusu.

Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 75-78. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00375.

Giriş

Akut böbrek hasarı (ABH); böbrekte oluşan ani fonksiyon kaybına bağlı olarak üre ve diğer azotlu atık ürünlerin atılamaması, hücre dışı sıvı hacmi ve elektrolit içeriğinin bozulmasıyla sonuçlanan klinik bir tablodur. “Kidney Disease Improving Global Guidelines (KDIGO) 2012” ye göre aşağıdaki üç koşuldan herhangi birinin varlığı ile ABH tanısı konur:¹

1. 48 saat içinde serum kreatinin düzeyinde 0.3 mg/dl ve üzeri artış
2. Son 7 gün içinde ortaya çıktığı bilinen ya da tahmin edilen serum kreatinin düzeyinde bazale göre $\geq 1,5$ kat artış olması
3. İdrar çıkışının son 6 saatte $<0,5$ ml/kg/saat olması

Amaç

Akut böbrek hasarı (ABH), hastanelerde sık karşılaşılan morbidite ve mortalite sebeplerinden biridir. Bu olgu sunumundaki amaç evde sağlık hizmetleri tarafından evinde ve evde sağlık yataklı servisinde takip edilen hastalarda ABH hasarı tanısı koymanın ve prerenal, renal, postrenal ayrımı ile beraber uygun tedavi protokolünün düzenlenmesinin önemini vurgulamaktır (Tablo 1).

Bulgular

65 yaşında erkek hastanın 14 yıl önce geçirdiği serebro-vasküler olay (SVO) sonrası sol hemiplejisi olup, 14 yıldır tip 2 diyabet, primer hipertansiyon ve epilepsi tanıları ile izlenmekteydi. Halsizlik ve yaygın vücut ağrısı şikayetleri olan hasta son bir yıldır yatağa bağımlı hale gelmişti. Sakral bölge başta olmak üzere yaygın bası yaraları mevcuttu. Sakral bölgedeki Evre 4 bası yarasına vakum yardımcı kapama tedavisi almaktaydı. Bası yaralarının kontaminasyonu önlemek amacıyla idrar sondası ile takipli olan hastanın evde idrar çıkışı yaklaşık 2000 cc/gün idi. Hasta; Evde Sağlık Hizmetleri sürecinde saptanan anemisinin (Hb:7,1g/

dl) araştırılması ve tedavisi amacıyla ve son haftalarda genel durumunun bozulması nedeniyle Evde Sağlık Servisi'ne yatırıldı. Kullandığı ilaçlar; metformin, mir-tazapin, SSRI, amlodipin+valsartan kombinasyonu idi. Hastanın oral alımı kötü olduğundan enteral beslenme solüsyonu ile beslenmekteydi. Yatış sırasında ateş: 36,5°C, TA:112/55mmHg, nabız:74/dk ritmik, solunum sayısı:18/dk, spO2: 96; fizik muayenede genel durumu orta-kötü, kaşektik, dehidrate; solda hemipleji mevcut, kas gücü ise sağ üst ekstremitede 5/6, alt ekstremitede 3/6 idi. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Hastanın yatışından itibaren idrar çıkışında azalma (200 cc / 8 saat) oldu, BUN:108mg/dl, Kreatinin: 1,72mg/dl, K:6,9 mEq/L idi ve bir hafta önceki değerlerine göre BUN (30,5mg/dl), Kreatinin (0,87mg/dl), K (4,57mEq/L) değerleri artış göstermekteydi. İdrar çıkışının son 6 saatte $<0,5$ ml/kg/saat olması üzerine hasta ABH olarak değerlendirildi.

Hastanın diğer biyokimyasal değerleri: Na:133 mEq/L, Ca:9,7 mg/dl (düzeltilmiş Ca:10,6 mg/dl), P:3,7 mg/dl, Ürik asit:7,49 mg/dl, CRP:120 mg/dl, Prokalsitonin:0,46 ng/ml, idrar dansitesi:1007, idrar Na: 54 mEq/L , fraksiyone Na ekskresyonu: %0,04, BUN/kreatinin oranı >20 , WBC:7550 K/uL, Hb:7,4 g/dl, MCV:84 fL idi. Hastanın öyküsünde son dönemde oral alımda azalma mevcuttu.

Etyolojide ön planda prerenal nedenler düşünüldü. Antipotasyum tedavi (nötralize mayi, salbutamol in-

Tablo 1. Akut Böbrek Hasarı laboratuvar değerleri

	Prerenal nedenli ABH	İntrarenal nedenli ABH
BUN / kreatinin	$>40:1$	$<20:1$
İdrar Na	<20 mEq/l	>40 mEq/l
idrar dansitesi	>1020	<1012
Fraksiyone Na ekskresyonu	$<\%1$	$>\%2$

haler, kalsiyum glukonat İV.) ve İV. hidrasyon tedavisi başlandı. Elektrokardiyografisi normal sinüs ritmi şeklindeydi. Postrenal nedenlerin dışlanması amacıyla idrar sondası irrije edildi ve üriner ultrasonografi çekildi. Ultrasonografide postrenal obstruksiyon bulgusu saptanmadı. Bilateral böbrek boyut ve parankim kalınlıkları doğal, sağ böbrek parankim ekosu Evre 1 renal parankimal hastalık lehine artmış saptandı. Taş ve hidronefroz bulgusu saptanmadı. Kullandığı ilaçlardan nefrotoksik ve hiperpotasemiye yol açabilecek olan metformin ve angiotensin reseptör blokleri kesildi. Kalsiyum kanal blokleri ve insülin tedavisi başlandı. Aldığı çıkardığı sıvı takibi ve yüklenme bulguları, serum Na-K düzeyleri yakından takip edildi.

Üçüncü günde BUN:70 mg/dl, kreatinin:1,06 mg/dl, K:5,5 mEq/l olan ve idrar çıkışı 1200 cc/8 saat olan hastada oral antipotasyum tedavisine geçildi ve hidrasyon tedavisine devam edildi. 24 saat idrarı toplanan hastanın kreatinin klerensi:48,08ml/dk olarak saptandı ve hasta kronik böbrek yetmezliği olarak kabul edildi.

Akut böbrek hasarına yaklaşımda etyolojik nedenler; prerenal (azalmış renal perfüzyon), intrinsik renal (damar, glomerul veya tubulointerstisyel alan patolojisi) ve postrenal (obstruktif) olarak sınıflansa da sınırlar net değildir. Örnek olarak prerenal azotemi uzun dönemde akut tubuler nekroza sebep olabilmekte, devam eden süreçte kronik fibrozis ve kronik böbrek hastalığına neden olabilmektedir. Benzer bir şekilde tedavi edilmemiş üriner sistem obstruksiyonları da fibrozis ve böbrek atrofisi ile sonuçlanmaktadır.²

Hasta tedavi sürecinde anemisine yönelik olarak eritrosit süspansiyonu tedavisi aldı. Anemi etyolojisi açısından araştırılan hastada vitamin B12:330 pg/mL, folik asit:14,39 ng/ml, ferritin 429 mg/l, demir:13,8 µg/dL, total demir bağlama kapasitesi:181 µg/dL, total bilirubin:0,56 mg/dl, indirekt bilirubin:0,36 mg/dl, LDH:124 U/L, AST:17 U/L, ALT:17 U/L Sedi-mentasyon:120mm/saat, CRP:104 mg/l, prokalsitonin:

0,35 ng/ml, haptoglobulin:3,45 mg/dl, seruloplazmin 0,43 mg/dl, Coombs testi negatifti. Ön planda demir eksikliği anemisi olduğu, sedimentasyon, CRP ve ferritin yüksekliğinin kronik enflamasyona sekonder geliştiği düşünüldü. Takip planlandı. Demir eksikliği anemisi saptanan hastaya oral demir replasman tedavisi başlandı. Yapılan fizik muayenede gastrointestinal kanama düşünülmedi. Gaitada gizli kan negatifti.

Genel durumu iyi, vitalleri stabil ve ABH tablosu gerileyen hasta taburcu edildi. Hasta yakınına bası yarası bakımı ve önlenmesine yönelik eğitim verildi.

Evde sağlık hizmetleri mobil ekiplerince evde yapılan takiplerinde Hb:13,3 g/dl, WBC: 6200/mm³, BUN: 27 mg/dl, Kreatinin:0,76 mg/dl, Albumin:3,5 g/dl, Total protein:7,6 g/dl, Prokalsitonin:0,14 ng/ml, tam idrar tetkiki normal olarak değerlendirildi. Bası yaralarında gerileme ve genel durumda iyileşme gözlemlendi.

Tartışma

Bası yarası kontrolü, aneminin araştırılması ve tedavisi amacıyla Evde Sağlık Servisi'ne yatırılan hastada ABH tablosu saptanmış, yakın izlem ve uygun sıvı elektrolit tedavisiyle hastanın genel durumu düzeltilmiştir.

Evde Bakım, Aile Hekimliğinde sağlık hizmeti kavramının bileşenlerinden biridir.³ Hekime ya da diğer sağlık kurumlarına gidemeyecek durumdaki hastalar bağlı oldukları aile hekiminden hizmet almalıdırlar. Farklı uzmanlık alanlarından konsültasyon gerektiğinde ya da acil durumlarda, hastane desteği gereklidir. Evde Sağlık Hizmetlerinin; birinci basamak kurumları (Aile Sağlığı Merkezleri/Toplum Sağlığı Merkezleri) ve ikinci (Devlet Hastaneleri) ya da üçüncü basamak (Devlet Eğitim ve Araştırma Hastaneleri/Üniversite Hastaneleri) sağlık kurumları arasındaki işbirliğiyle yürütülmesi eve/yatağa bağlı hastalar açısından faydalı sonuçlar vermektedir.

Aile hekimi tarafından görülen ve evde sağlık hizmeti

alması gerektiği belirlenen hastalara sürekli, bütüncül ve kapsamlı bir sağlık hizmet sunumu bu kurumların birbiriyle koordinasyon içinde çalışmalarıyla gerçekleşebilir. Hastanelere bağlı olarak organize edilen Evde Sağlık Hizmetlerine hastane bünyesinde ayrılmış belli bir yatak kontenjanı olması, bu olguda da olduğu gibi, birkaç günlük izlem ya da günü birlik işlem gerektiren durumlarda son derece faydalı olmaktadır. Bu olguda, son zamanlarda genel durumu kötüleştiği söylenen hastanın anemisi açısından değerlendirilmek istenmesi üzerine servise yatırılan hastanın hastanede değerlendirilmesi,

akut böbrek hasarının ortaya çıkmasını ve hastaya tam zamanında müdahale edilmesini sağlamıştır. Evde Sağlık Hizmetlerinin Aile Hekimliği Kliniği tarafından yürütülmesi de bütüncül ve kapsamlı bir hasta değerlendirmesini sağlamıştır. Ayrıca hastanın hastane yatışı sonrası takip randevuları da planlanarak bakımın sürekliliği sağlanmaya çalışılmıştır. Evde Sağlık Hizmetlerinde aile hekimliğinin sürekli, bütüncül ve kapsamlı yaklaşımı yatağa bağımlı hastaların genel durumlarının iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından hastaya önemli bir yaşam fırsatı sunar.

Kaynaklar

1. Kidney Disease Improving Global Guidelines (KDIGO). 2012. http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/pdf/KDIGO%20AKI%20Guideline.pdf adresinden 01.06.2016 tarihinde erişilmiştir.
2. Schrier RW, Wang W, Poole B, Mitra A. Acute renal failure: definitions, diagnosis, pathogenesis, and therapy. *J Clin Invest* 2004;114:5-14.
3. McWhinney IR, Freeman T. Evde Bakım. "Aile Hekimliği" içinde. (çev. ed.) Güldal D. 1.basım. Medikal Akademi Yayıncılık, İstanbul. 2012:363-74.

Alıntı Kodu: Kasap E. G. Evde sağlık hizmetlerinde bir akut böbrek yetmezliği olgusu. *Jour Turk Fam Phy* 2017; 08 (3): 75-78. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00375.

Ergenlik döneminde hipotiroidiye bağlı boy kısalığı

Short stature due to hypothyroidism in adolescence

Ahmet Özlük¹, Saygın Abalı², İsmet Tamer³

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Asis. Dr., İstanbul

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uz. Dr., İstanbul

³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., İstanbul

Özet

Kronik lenfositik tiroidit olarak da tanımlanan Hashimoto tiroiditi (HT) çocuk ve ergenlerde sık görülen endokrin patolojilerden biri olup, çocuklarda edinsel hipotiroidinin en sık nedenidir. Hipotiroidiye bağlı olarak ergenlik döneminde halsizlik, yorgunluk, okul başarısında ve büyüme hızında azalma gelişebilmektedir. Bu yazıda, boy uzamasında azalma yakınmasıyla polikliniğimize başvuran ve Aile Hekimliği disiplini yaklaşımı ile HT'ye bağlı hipotiroidi tanısıyla levotiroksin replasman tedavisi başlanan ergen hasta sunulmaktadır. Adolesan bireyler aile hekimliği bakış açısıyla hipotiroidi için aile hekimleri tarafından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ergenlik, Hipotiroidizm, Büyüme ve gelişme

Summary

Hashimoto's thyroiditis (HT) which also known as chronic lymphocytic thyroiditis, is one of the most common endocrinopathies and also the most common cause of acquired hypothyroidism in children and adolescents. Weakness, fatigue and decrease in both school success and height velocity due to hypothyroidism may develop in adolescence. In this case, an adolescent patient whom referred to our outpatient clinic with a complaint of short stature, diagnosed as overt hypothyroidism and was taken under L-thyroxine replacement treatment from a family physician's perspective is presented. Any adolescent individual should be evaluated by their family physicians for hypothyroidism with the perspective of family medicine.

Key Words: Adolescent Development, Hypothyroidism, Growth & development

İletişim adresi:

Asis. Dr Ahmet Özlük
yetiyolubulur@gmail.com

Geliş tarihi: 18.02.2017

Kabul tarihi: 21.07.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Alıntı Kodu: Özlük A., Abalı S., Tamer İ. Ergenlik döneminde hipotiroidiye bağlı boy kısalığı.

Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 79-82. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00379.

Giriş

Boy kısalığı, yaşa ve cinsiyete göre boyun 3.persantil veya -2 standart deviasyonun (SD) altında olması ve/veya yıllık büyüme hızının 25. persantilden düşük olmasıdır.¹ Çocuk ve ergenlerde boy kısalığının önemli nedenlerinden biri de hipotiroididir.¹ Bu dönemde en sık hipotiroidi nedeni Hashimoto tiroiditi (HT) olup sıklığı %0,3-9,6 arasında bildirilmektedir.² Tiroid hormonları erken dönemde beyin gelişimi, somatik büyüme ve kemik maturasyonunda önemli rol oynamaktadır.² Özellikle ergenlik döneminde başlayan hipotiroidinin bulguları arasında yorgunluk, okul başarısında azalma, kuru cilt, saç dökülmesi ve büyüme hızında azalma yer almaktadır.^{2,3} Ayrıca bazı vakalar puberte gecikmesi ile seyredebilirken bazı vakalarda puberte prekoks görülebilmektedir.⁴ Hipotiroidi tanısı tiroid uyarıcı hormon (TSH) ve serbest tiroksin (sT4) düzeylerinin birlikte değerlendirilmesi ile konur ve tedavisinde çoğunlukla levotiroksin ile tiroid hormonu yerine koyma tedavisi yapılmaktadır.⁴ Bu yazıda boy kısalığı nedeniyle başvuran ve hipotiroidi tanısı alan bir ergen sunulmuştur.

Olgu

Onbeş yaşında erkek hasta son iki yılda boy uzamasında yavaşlama nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde bilinen bir hastalığı olmadığı, büyümesinin öncesinde normal olduğu belirtildi. Soygeçmişinde annede hipotiroidi mevcut idi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, koopere olan hastanın boyu 151,1 cm (-2.7 SD), ağırlığı 48.2 kg (-1.5 SD), vücut kitle indeksi 21,1 kg/m² (-0.05 SD) saptandı.⁵ Deri hafif soluk ve kuru idi. Sistemik muayenede ek bir patoloji saptanmadı ve tiroid muayenesi da doğaldı. Pubertal gelişimi değerlendirildiğinde her iki testis 20 ml ve pubik kıllanması Tanner Evre 4 ile uyumlu olarak saptandı. Tam kan sayımı, böbrek fonksiyonları ve transaminaz değerleri normal olan hastanın sT4 değeri laboratuvar ölçüm sınırlarının altında, <3,2 pmol/L (normal: 7,85-13,25 pmol/L), ve TSH değeri laboratuvar ölçüm

değerlerinin üzerinde, >50,6 IU/mL (normal:0,34-5,60 IU/mL), saptandı. Oldukça düşük sT4 ve yüksek TSH düzeyleri ile primer hipotiroidi tanısı konuldu. Etiyolojiye yönelik tiroid ultrasonografisi ve tiroid otoantikörleri istendi. Sonografik değerlendirmede tiroid hacmi hafif düşük, sağ ve sol lobları sırasıyla 1,9 ve 1,6 ml (-1,8 SD)⁵, ve parankim ekojenitesinde heterojenite saptandı. Antitiroglobulin antikoru (anti-TG) negatif saptanırken (4,00 IU/ml), antitiroid peroksidaz antikoru (anti-TPO) pozitif (>954,0 IU/ml) idi. Primer hipotiroidinin etiyojisinin Hashimoto tiroiditi olduğu gösterildi. Hastaya tiroid hormonu yerine koyma tedavisi olarak levotiroksin 25 mcg/gün başlandı, doz üç gün ara ile tedricen arttırılarak 75 mcg/güne çıkarıldı. Yaklaşık altı hafta sonra kontrol amacıyla polikliniğimize başvuran hastanın TSH düzeyi 6,95 IU/mL ve sT4 düzeyi 8,72 pmol/L idi. Takvim yaşı 15 yıl olan hastanın puberte evresine rağmen kemik yaşı 13,5 yaş ile uyumlu saptandı. B12 düşüklüğü (124 pg/ml) de saptanan hastadan boy kısalığı etiyojisinde rolü olması ve eşlik eden otoimmün hastalık riskinin topluma göre artmış olması nedeniyle Çölyak hastalığı taraması yapıldı. Doku transglutaminaz IgA ve IgG negatif saptandı. B12 eksikliğine oral B12 ile yanıt alındı. Hastanın izleminde levotiroksin tedavisinin 6. ayında boyunun 158,7 cm, büyüme hızının 15,2 cm/yıl olduğu (3,7 SD)⁵ görüldü. Tiroid hormonu yerine koyma tedavisi ile büyümede sıçrama olması ile hastada boy kısalığı etiyojisinin hipotiroidiye bağlı olduğu kesinleştirildi.

Tartışma

Tiroksin ve triiyodotironin hormonları tiroid bezinden salgılanmakta ve hipofizden salgılanan TSH hormonu tarafından kontrol edilmektedir. Tiroid hormonlarındaki küçük değişimler TSH düzeyinde büyük değişikliklere neden olabilmektedir.^{6,7} Tiroid hormonlarının üretiminde azalma yani hipotiroidi, ortaya çıkış zamanına göre konjenital veya edinsel olarak sınıflandırılır. Tiroid bezinin hastalıklarına bağlı olarak

gelişen hipotiroidi primer, hipotalamo-hipofizer sistemdeki patolojiler sonucu TSH üretimindeki yetersizliğe bağlı gelişenler ise santral olarak adlandırılır.

Çocukluk çağında hipotiroidi, başlangıç yaşına göre değişkenlik göstermekle beraber genelde halsizlik, yorgunluk, büyüme geriliği, konstipasyon, okul performansında azalma ile karşımıza çıkmaktadır.^{2,4} Belirtiler yavaş geliştiği için aileler tarafından fark edilmeyebilir. Vakamızda da halsizlik, yorgunluk gibi belirtilerin gözden kaçırılıp, çocuğun büyüme geriliği gibi hastalığın uzun süredir var olduğunu gösteren bir belirti ile gelmesi bunu göstermektedir. Puberte, hipotiroidi vakalarında gecikme gösterir, ancak; primer hipotiroidi vakalarında artan TSH'nın gonadotropinlerle benzer molekül yapısı nedeniyle kızlarda meme büyümesi, erkeklerde testis hacimlerinde artış etkisi olabilir. Hastamızda saptanan kemik yaşı ve boy yaşındaki geriliğe rağmen testis hacminin 20 ml olması, yüksek TSH düzeyi ile ilişkilendirilmiştir. Testis hacminin ileri puberte evresi ile uyumlu ancak; kemik yaşının geri olduğu vakalarda primer hipotiroidi mutlaka akla gelmelidir.

Çocukluk çağında hipotiroidi tanısı sT4 ve TSH değerlerinin birlikte değerlendirilmesi ile konur. Primer hipotiroidi ve hipertiroidiyi dışlamada yalnızca TSH düzeyinin normal olması % 99 negatif prediktif değere sahiptir.⁷ Ancak; santral hipotiroidi vakaları sadece TSH değeri ile kolaylıkla gözden kaçabilir. Ayrıca, sT4 değeri görülmeden saptanmış ılımlı bir TSH yüksekliği hekimlerde ve ailelerde kaygı yaratmakta ve gerekli olmayan acil sevkler neden olmaktadır. Saptanmış hafif TSH yüksekliği, sT4 değeri üst normallere yakın ise tedavisiz izlenmektedir. Aksine hafif TSH yüksekliği, sT4 değeri düşük saptanırsa santral hipotiroidi açısından mutlaka ileri inceleme gerektirir. Aşık hipotiroidi tanısında doğru ve uygun koşullarda yapılmış sT4 değeri daha anlamlıdır. ST4 değeri düşüklüğü, TSH değeri ne olursa olsun ileri inceleme gerektirir.

Çocuk ve ergenlerde edinsel hipotiroidinin en sık nedeni, primer hipotiroidi tablosu ile karşımıza çıkan Hashimoto tiroiditidir. Tüm otoimmün hastalıklarda olduğu gibi 4 yaşından önce nadir görülürken, çocuklarda en yüksek insidans ergenlik dönemindedir.^{3,7}

Hashimoto tiroiditi karşımıza genellikle subklinik hipotiroidi ile çıkar. ST4 düşüklüğü yoktur, sadece TSH yüksekliği saptanır. Bu hastalarda hipotiroidi belirtileri henüz gelişmemiştir. Tiroid tetkiklerinin kolaylıkla ve sıklıkla yapıldığı günümüzde, vakamızda saptanan aşık hipotiroidi tablosu nadir olarak karşımıza çıkmaktadır.

Primer hipotiroidide tiroid hormonlarındaki değişimle beraber serumda tiroid antikörlerinin (anti-TPO ve anti-TG) pozitifliğinin eşlik etmesi halinde otoimmün tiroidit tanısı konur.⁶ Ancak; tiroid fonksiyonlarının değerlendirildiği her hastada rutin olarak tiroid antikörlerinin ölçümü önerilmemektedir.⁷ Çocuk ve ergenlerde %2,9-3,4 sıklığında tiroid otoantikörleri pozitif saptanmaktadır.⁷ Çocukluk çağında HT'de serum anti-TPO antikörleri %90 pozitif saptanırken, anti-TG antikörleri daha düşük oranda mevcuttur.^{6,7}

Çocuklarda hipotiroidi tedavisinde ilk seçenek oral levotiroksindir.^{4,6} Bu yerine koyma tedavisindeki ilaç dozu hastanın ağırlığı, yaşı ve ek hastalıkları gibi çeşitli faktörlere göre düzenlenir.⁶ Levotiroksin tedavisinde kullanılan doz ergenlerde ve erişkinlerde 1,6-1,8 µg/kg/gün iken küçük çocuklarda daha yüksek ve yaşlılarda daha düşüktür.⁶ Yenidoğan ve erken sütçocukluğu dönemi dışında, vakamızda olduğu gibi ciddi sT4 düşüklüğü olan aşık hipotiroidi vakalarında levotiroksin dozu düşük olarak başlanır, tam doza tedricen artırılarak geçilmelidir. Tedavide doz ayarlaması klinik ve laboratuvar yanıtı göre yapılır.⁴ Tedavi hedefi serum TSH düzeyini normal aralıkta ve serum T4 düzeyini normal sınırın üst yarısında tutmaktır.⁴ Levotiroksin emilimi gıdalar ve bazı ilaçlardan etkilenebileceği için aç karna alınması önerilmektedir.⁶

Primer hipotiroidi saptanan çocuklarda tedavinin izlemi serum sT4 ve TSH düzeyi ve büyüme-gelişme izlemi ile yapılır.^{4,7} Hastanın yaşına ve risklerine göre hedeflenen sT4 ve TSH değeri belirlenerek bu düzeye ulaşana kadar her 4-6 haftada bir ölçümü önerilmektedir.⁶ Hedeflenen TSH düzeyine ulaşıldıktan sonra 6 ayda bir sT4 ve TSH ölçümü yeterlidir.^{4,6} Bununla beraber, Hashimoto tiroiditi vakalarında tiroid nodülü açısından yılda bir ultrasonografi ile değerlendirme, eşlik eden otoimmün hastalıklar açısından klinik ve gerekirse laboratuvar izlem gereklidir. Vakamızda boy kısalığı da olması nedeniyle otoimmün bir hastalık olan Çölyak hastalığı tanınmıştır. Çocukluk çağı tiroid hastalarının Çocuk Endokrinoloji Kliniğine sevkı uygundur.^{6,7}

Sonuç

Halsizlik, yorgunluk, unutkanlık, konsantrasyon bozukluğu, deri kuruluğu, saçlarda dökülme, üşüme, kabızlık ve boy kısalığı yakınmaları ile birinci basamaktaki aile hekimlerine başvuran hastalarda hipotiroidi akla gelmesi ile erken tanısı konularak, tedavisi düzenlenen hipotiroidili çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği başta olmak üzere pek çok sorunun önüne geçilebilir. Aile Hekimliği prensiplerinden biri olan koruyucu sağlık hizmetleri özellikle çocuk ve adolesan yaş grubu için önemli yere sahip olduğundan bu bireyler Aile Hekimliği disiplinin kapsamlı ve bütüncül yaklaşım ilkeleri ile değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Baş S, Turan S. Boy kısalığına yaklaşım. "Adolesan Sağlığı" içinde. (ed) Kaya ÇA. 1. Baskı. İstanbul, Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon, 2015;229-34.
2. Zdraveska N, Kocova M. Hashimoto Thyroiditis in Childhood – Review of the Epidemiology, Genetic Susceptibility and Clinical Aspects of the Disease. MJMS 2012;5(3):336-45.
3. Setian N. Hypothyroidism in children: diagnosis and treatment. J Pediatr (Rio J) 2007;83(5 Suppl):209-16.
4. Tamer N. Çocuklarda ve Adolesanlarda Tiroid Hastalıkları. "Endokrinoloji ve Metabolizma El Kitabı" içinde. (çev ed) Aral Y. 3. Baskı. İstanbul, Güneş Kitapevi, 2012;452-8.
5. Demir K, Özen S, Konakçı E, Aydın M, Darendeliler F. A comprehensive online calculator for Pediatric Endocrinologists: ÇEDD Çözüm/TPEDS Metrics. J Clin Res Pediatr Endocrinol 2017; 9: 182-4.
6. Ertörer E. Birinci Basamakta Hipotiroidi Hastasının Tanı ve Takibi. Klinik Gelişim 2013; 26:1:5-7.
7. Örük G. Tiroid hastalıklarında hangi laboratuvar testlerini istemeliyim? Klinik Gelişim 2013; 26:1:1-4.
8. Kabelitz M, Liesenkotter KP, Stach B, et al. The prevalence of antithyroid peroxidase antibodies and autoimmune thyroiditis in children and adolescents in an iodine replete area. Eur J Endocrinol 2003;148:301-7.

Alıntı Kodu: Özlük A., Abalı S., Tamer İ. Ergenlik döneminde hipotiroidiye bağlı boy kısalığı. Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 79-82. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00379.

Emziren annelerde ilaç kullanımı

Drug use in breastfeeding mothers

Burcu Kayhan Tetik¹, Işlay Gedik Tekinemre²

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Yrd. Doç. Dr., Malatya.

² İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Arş. Gör., Malatya.

Özet

Anne sütü, geçmişten günümüze mucizevi bir besin olma özelliğini korumuş ve dikkatleri her zaman üzerine çekmiştir. Dünyada her yıl bir milyondan fazla bebeğin emzirilemediğinden dolayı öldüğü tahmin edilmektedir. Ülkemizde de Türkiye Sağlık Araştırması 2013 (TNSA-2013) verilerine göre ilk 6 ay sadece anne sütü verilme oranı %30, TNSA-2008 verilerinde %41,6 olarak açıklanmıştır. Bu düşüşte annelerin hasta olup ilaç kullanmak zorunda olmaları da rol oynamaktadır. Hastalanan annelere ilaç başlanırken, mümkün olduğunca süte geçmeyen ilaçlar tercih edilmesi emzirmenin sekteye uğramaması içinde oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, İlaç, Anne sütü

Summary

Mother's milk has maintained its status as a miraculous nutrient past to the present and has focused attention on all the time. It is estimated that every year in the World more than a million babies die because they can not be fed by breastmilk. In our country, according to the Turkey 2013 Health Survey (TDHS-2013), only breastfeeding rate was 30% in the first 6 months and 41.6% in the THDS-2008 data. Medication use of the mothers due to an illness play a role in this decline. It is very important to choose drugs that do not pass through mother's milk for not to interrupt breastfeeding as long as possible.

Key Words: Breastfeeding, Drug, Human milk

İletişim adresi:

Dr. Burcu Kayhan Tetik
drburcukayhan@hotmail.com

Geliş tarihi: 04.03.2017

Kabul tarihi: 11.08.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Alıntı Kodu: Kayhan Tetik B., Gedik Tekinemre I. Emziren annelerde ilaç kullanımı.
Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 83-89. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00383

Anne sütü, geçmişten günümüze mucizevi bir besin olma özelliğini korumuş ve dikkatleri her zaman üzerine çekmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Amerikan Pediatri Derneği ilk 6 ay sadece anne sütü ve ek gıdalarla beraber 2 yaş ve sonrasına kadar emzirmeyi önermektedir.¹ Aynı öneri Bakanlığımız tarafından da desteklenmektedir.² Dünyada her yıl bir milyondan fazla bebeğin emzirilemediğinden dolayı öldüğü tahmin edilmektedir.³ Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) ilk 6 ay sadece anne sütü verilme oranı %14,1 olarak açıklanmıştır.⁴ Kanıtlar, gelişmiş ülkelerde bebek maması kullanımının artmış morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğunu bu nedenle; emzirmenin daha çok desteklenmesi ve halkın bu konuda bilinçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.⁵ Ülkemizde de Türkiye Sağlık Araştırması 2013 (TNSA-2013) verilerine göre ilk 6 ay sadece anne sütü verilme oranı %30 olarak açıklanmıştır.⁶ İlk 6 ay sadece anne sütü verilme oranı TNSA-2008 verilerinde %41,6 idi.⁷ Bu düşüşte annelerin hasta olup ilaç kullanmak zorunda olmaları da rol oynamaktadır. Hastalanan annelere ilaç başlanırken, mümkün olduğunca süte geçmeyen ilaçların tercih edilmesi emzirme sürecinde boşluk olmaması için de oldukça önemlidir.

Yapılan çalışmalar, kadınların gebelik döneminde ortalama 7-8 ilaç kullandıklarını ve bu dönemde sağlık personelinin desteğine ihtiyaç duyduklarını göstermiştir.⁸ 14 bin gebe kadında yapılan çalışmada da gebelikleri boyunca ortalama 3,3 ilaç kullandıkları ve bu ilaçlar içinde ilk sıralarda analjezik ve anestezi ilaçları olduğu belirtilmiştir. Bu ilaçları, soğuk algınlığı ilaçları, proton pompa inhibitörleri, hemoroid ve astım ilaçları takip etmiştir.⁹

Süt protein konsantrasyonu olgun süte yaklaşık %0,9 dur.¹⁰ Annenin kullanmış olduğu ilaçların büyük kısmı annenin plazmasında kalır, süte geçen kısım süt proteinlerinin miktarına bağlıdır. Annenin aldığı ilacın süte geçmesini, ilacın iyonizasyon özelliği de etkile-

mektedir. Non-iyonize olan ilaçlar süte, iyonize olabilen ilaçlardan çok daha az geçerler. İlaçların çözünürlük ve sıvılara geçiş özelliklerini etkileyen olaylardan biri de sıvıların pH düzeyleridir. Kan plazması ve intertisiyel sıvının pH'sı 7,4 olup biraz alkalidir. Zayıf asit olan ilaçlar alkali sıvıda daha kolay çözüldükleri ve proteinlere daha kuvvetli şekilde bağlandıkları için plazmada süte olduğundan daha yüksek konsantrasyonda kalırlar. Dolayısıyla zayıf alkali olan ilaçlar süte daha çok geçerler.⁸ İlaç molekülünün büyüklüğü ve molekül ağırlığı da ilacın süte geçişini etkileyen durumlardandır. Ağırlığı 100 mol'un üzerindeki ilaçlar membranlardan süte geçemez. Örneğin insülin ve heparin molekül büyüklükleri fazla olduğu için süte geçemezler. Bir ilacın geçişini etkileyen faktörlerden birisi de molekülün çözünürlüğüdür. Kolostrumun lipid bariyeri zayıf olduğundan ilaçlar için oldukça geçirgendir. Yüksek lipid çözünürlüğü olan ilaçların plazma ve süte paralel eliminasyon eğrilerine sahip olduklarından süten eliminasyonu plazmaya benzer şekilde olacaktır. Ancak düşük lipid çözünürlüğüne sahip olan bir ilaç plazmadan sabit oranda temizlenebilirken, süt içinde eliminasyon hızı daha yavaş olacak ve daha fazla süt içinde kalabilecektir.⁸

Annenin dolaşımındaki ilacın konsantrasyonu ilacın uygulama şekline yani oral, intramüsküler (IM), intravenöz (IV), transdermal (TDDS), rektal, inhaler veya vajinal kullanımına bağlıdır. Oral alınan ilacın yemekler arasında veya yemek sırasında alınması gibi diğer faktörler de ilacın kan ve süte geçiş oranlarını değiştirmekte olup, genellikle yutulan dozun %1'ini aşmaz ve sütteki miktarları süt hacminden bağımsızdır. Tek doz kullanılan ilaçların kana ve süte geçen miktarlarıyla, tekrarlanarak kullanılan dozların kana ve süte geçen miktarları farklı olmaktadır. Yani annenin aldığı ilacın süte geçme miktarı ilacın alınma şekliyle ilgilidir.¹¹

Anne sütüne geçmiş olan ilacın bebeğin kan dolaşımına geçen miktarı, bebeğin bağırsak yolağındaki

enzim aktivitesi, annenin ilacı ne şekilde aldığı, aç tok kullanım gibi pek çok faktörden etkilenmektedir ve kesin ölçen bir yöntem yoktur. Bebeğin ilacı detoksifiye etmesi bebeğin böbrek ve karaciğerdeki detoksifikasyon ve konjugasyon yeteneğine bağlıdır. Süte çok düşük seviyelerde geçen bazı ilaçlar, bebekler tarafından iyi detoksifiye edilemeyip organlarında birikebilir, bu da toksisite açısından önemlidir. Örneğin Asetaminofen gibi, karaciğerde konjüge edilen ilaçlar, neonatal hepatik veya detoksifikasyon sisteminin sınırlı rezervi nedeniyle toksik olabilmektedir.⁸

Sülfadiazin gibi bazı ilaçlar, yaşamın ilk haftasında bilirubin ile albümine bağlanmak için yarışır. Bilirubin albumine bağlanmazsa kanda birikir ve kernikterus tehlikesi ortaya çıkar. Albümine bağlanma bölgelerinde bilirubinle yarışan diğer ilaçlar; salisilik asit (aspirin veya asetilsalisilik asit), furosemid ve fenilbutazondur.¹²

Bir bebeğin miadında doğması özellikle yaşamın ilk

birkaç ayında ilaç detoksifikasyonu ve metabolizması için oldukça önemli bir faktördür. Açıkçası bebek, ne kadar prematüreyse tolere edebildiği ilaç miktarı da o kadar azdır. Yalnızca organ sistemlerinin olgunlaşmamış olması değil, vücut kompozisyonundaki farklılıklar da ilaç detoksifikasyonunu etkilemektedir. Prematüre bebeğin vücudunun ekstraselüler sıvı oranı daha fazla, mutlak protein miktarı ve vücut yağ oranı daha az olduğundan, verilen ilaçlar prematüre bebeklerin merkezi sinir sistemi (MSS) üzerinde daha sedatif etki yapar. Bebeklerin haftalarına ve ağırlıklarına göre ilaçları metabolize etme hızları da aynı değildir. Kırk haftalık, miadında doğan bir bebeğin karaciğeri ilaçların çoğunu metabolize edebilecek durumdadır. Ancak yeni doğanlarda sarılık, düşük serum albumin varlığı, stres, hipoksi veya asidozu işaret eden doğumdaki düşük Apgar skorları ilacın metabolizmasını ve atılımını değiştirebilir.⁸

Bebekler haftalarına göre süt tüketir ve anne bebeğin ihtiyacına göre süt üretir. Bir anne dakikada 60-300 ml

Tablo 1. Emzirme çayları içinde muhtemel olan maddeler ve olası etkileri^{8*}

Bitki ismi	Etkisi	Toksitesisi
Rezene Tohumu	Zayıf diüretik etkili	Santral sinir sistemi bozukluğu
Kişniş Tohumu	Tükürük ve mide sıvısını artırır	Santral sinir sistemi bozukluğu
Papatya Çiçeği	Antispazmotik, terleme	Kusma, baş dönmesi
Limon Otu	-	-
Borage Yaprağı	Diüretik, terleme, öfori	-
Devedikeni yaprağı	Galaktagog, terleme, iştah açıcı	Güçlü mide bulantısı
Anason	Uyarıcı, hafif ekspektoran	-
Eşekkulağı yaprağı	Galaktagog, kan şekeri düzenler, uterusu kasar	Hipoglisemi
Çemen Tohumu	Uyarıcı, diüretik, istemli ve istemsiz kasları kasar	Uykusuzluk, huzursuzluk, parmaklarda ağrı

*Emzirme sırasında zararı olmayan çaylar: Hindiba, portakal baharatı, nane, ahududu, kırmızı çalı çayı, kuşburnu

süt üretebilir. Memeye gelen kan akımı dakikada yaklaşık 500 ml'dir. Bir bebeğin günlük ortalama 1000 ml süt tüketeceği düşünülünce, emziren annenin ilaç kullanımı önemli bir sorun olabilir. Özellikle kolostrumun miktarı az olsa da ilaçlara karşı geçirgenliği fazla olduğu için bu dönemde ilaç kullanımına daha çok dikkat edilmelidir.⁸

Bir ilacın bebeğe zarar verip vermediği tam bilinmiyorsa bebek gözlemlenmelidir. Eğer bebekte yorgunluk ya da uyku hali semptomları varsa, beslenme ya da uyku düzeninde bir değişiklik gözlenirse annenin kullandığı ilaç tekrar gözden geçirilmelidir. İlaçların çoğu karaciğerde elimine edildiği için enzim indüksiyonları konusunda da dikkatli olunmalıdır. Bir ilacın güvenli olduğu bebeğin kaç aylık olduğuna, kilosuna, karaciğerden elimine edilmesine göre değişebilmektedir. Annenin gebelik döneminden itibaren kullandığı ilaçları varsa o ilaçların bebeğe daha az zararlı olduğu düşünülmektedir. Emzirme döneminde ilaçların güvenliği ile ilgili çok veri olmadığı için gebelik döneminde kontrendike olan ilaçların emzirme döneminde de kullanılmaması önerilmelidir.¹³

Annenin kullandığı ilacın bebeğe zarar vermesini azaltmak için aşağıdaki tedbirler alınmalıdır.⁸

1- İlacın uzun etkili formunun detoksifikasyonu daha zor olduğundan mümkün olduğunca kısa formu tercih edilmelidir.

2- Anneye süte en az geçecek dozda ilaç verilmelidir.

3- Anneye en uygun ilaç alma zamanının emzirdikten hemen sonra olduğu vurgulanmalıdır.

4- Bebeğin yeme düzeninde, uyku alışkanlıklarında değişiklik veya vücudunda kızarıklık gibi alışık olmadığı döküntü olup olmadığını kontrol etmesi istenmelidir.

5- Mümkünse kanıtlar eşliğinde süte en düşük miktarda geçen ilaç seçilmelidir.

“Rochester Üniversitesi Emzirme ve İnsan Laktasyonu Çalışma Merkezi”, anne sütüne geçen ilaçlar, uyuşturucular ve kontaminantlar hakkındaki veri tabanını sürekli olarak güncellemektedir. Emziren annelerin kullanabileceği veya kullanamayacağı ilaç ve bitkilerle ilgili bilgiler **Tablo 1, 2 ve 3**'te verilmiştir.⁸

Tablo 2. Bakteriyel mastit için kullanılacak antibiyotikler⁸

Antibiyotikler	Kullanıldığı durumlar	Doz	Güvenilirlik
Dikloksasilin	Metisiline dirençli olmayan Stafilokok	500 mg oral 4x1	Evet
Klindamisin	Penisilin allerjisi olan toplumdaki edinilmiş metisiline dirençli <i>S.aureus</i>	300 mg oral 4x1	Tükürük ve mide sıvısını artırır
Eritromisin	Penisilin allerjisi olan	500 mg oral 4*1	Evet
Azitromisin	Penisilin allerjisi olan	Oral 4 250 mg 1x1	Muhtemelen evet
TMP-SMZ	Toplumdan edinilmiş metisiline dirençli <i>S.aureus</i>	Oral 2x1	Evet
Sefalekssin	Metisilin duyarlı <i>S.aureus</i>	500 mg oral 4x1	Evet

Tablo 3. Emzirme sırasında güvenli olan ilaçların listesi⁸

Analjezikler	
Kodein	Süte az oranda geçer. Güvenle kullanılır.
Meperidin	Çocukta flask ve tonus azalması olduğunda ilaç kesilmelidir.
Diazem	Tek uygulamada güvenilir. Tekrarlanan dozlarda bebekte uykusuzluk yapabilir, bebeğin kanında birikme eğilimindedir.
Aspirin	Tek uygulamada güvenilir. Süte geçmektedir.
Asetaminofen	Oldukça güvenilirdir.
İbuprofen	Güvenle kullanılır.
Fentanil Sitrat	Lipofilik olduğu için süte oldukça fazla geçer. Kullanılacaksa transdermal formlar öncelikli tercih olmalıdır.
Epidural anestezipler, (fentanil, sufentanil, morfin, bupivakain, rodokain)	Genel anesteziye göre anne kanına 6 saat sonra ulaşır genel anesteziyelere karşı daha güvenlidir.
Ketorolak	Güvenle kullanılır. Anne sütüne geçmez
Antibiyotikler	
Penisilin	Güvenle kullanılır
TMP-SMZ	Güvenle kullanılır. Ancak Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz Eksikliği olanlarda kullanılmaz
Kloramfenikol	Kullanılmaz
Tetrasiklin	Kullanılmaz
Eritromisin	Miadında bebeklerde kullanılabilir. Sit P450 ile metabolize olan (Eritromisin, karbamazepin, siklosporin, digoksin, triazolam, teofilin, antikoagülanlar gibi...) ilaçların klirensini etkiler.
Aminoglikozid	Güvenle kullanılır
Metronidazol	Güvenle kullanılır
Sefalosporinler	Güvenle kullanılır
Sülfonamid	Güvenle kullanılır
Amoksisilin	Güvenle kullanılır
Makrolid	Güvenle kullanılır
Klavulonik asit	Güvenle kullanılır
Florokinolon	Kontrendikedir

Tablo 3. devam: Emzirme sırasında güvenli olan ilaçların listesi⁸

Gastrointestinal ilaçlar	
Simetidin	Güvenle kullanılır
Sisaprid	Kontrendikedir
Sülfapiridin/Sülfosalazin	Güvenle kullanılır
Famotidin	Güvenle kullanılır
Omeprazol	Güvenle kullanılır
Antikoagülanlar	
Heparin	Anne sütüne geçemez. Güvenle kullanılır
Düşük molekül ağırlıklı heparin (ardeparin, dalteparin, enoksaparin, nadroparin, reviparin ve tinzaparin)	Güvenle kullanılır
Warfarin	Güvenle kullanılır
Tiroit ilaçları	
Tiyourasil	Kontrendike. Agranülositoz ve Guatr yapabilir
Propiltiurasil	Güvenle kullanılır
Levotiroksin	Güvenle kullanılır
Metimazol	Önerilmez
Kafein ve Ksantinler	
Kafein	Güvenle kullanılır
Teofilin	Güvenle kullanılır
Difenilin	Önerilebilir net bilgi henüz yok
Teobromin	Güvenle kullanılır
Albuterol	Güvenle kullanılır

Kaynaklar

1. World Health Organization: World Health Report 2009. Infant and young child feeding: Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Geneva, 2009.
2. http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/bilgi-dokumanlar/kitaplar/1013emzirme_danismanligi_el_kitabi.html adresinden 18/07/2017 tarihinde erişilmiştir.
3. <https://www.babyfriendlyusa.org/get-started/the-guidelines-evaluation-criteria> adresinden 18/07/2017 tarihinde erişilmiştir.
4. United States Department of Health and Human Services. Maternal, infant and child health. Healthy People 2020. <http://www.healthypeople.gov/2020/default.aspx> adresinden 10/07/2017 tarihinde erişilmiştir.
5. Newton E. The epidemiology of breastfeeding. Clin Obstetr Gynecol 2004;47:613-23.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, 2014.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. “2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, 2009.
8. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. “Medications, Herbal Preparations, and Natural Products in Breast Milk”. 8th Edition. Philadelphia, Elsevier, 2015:364-406.
9. Levitan AA, Manion JC. Propranolol therapy during pregnancy and lactation. Am J Cardiol 1973;32:247.
10. Rasmussen F. Mammary excretion of antipyrine ethanol and urea. Acta Vet Scand 1961;2:151.
11. Sangalli BC. The hazard (potential hazard) with transdermal drug delivery systems (TDDS) a.k.a. drug patches. Hudson Valley Poison Center Toxicol Newslett 1992;2:1.
12. Schaefer C, Peters P, Miller RK. Drugs During Pregnancy and Lactation. Treatment Options and Risk Assessment. 2nd ed. London, Elsevier Academic Press. 2007:53-76.
13. Sietsema WK. The Absolute Oral Bioavailability Of Selected Drugs. Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol 1989;27:179.

Alıntı Kodu: Kayhan Tetik B., Gedik Tekinemre I. Emziren annelerde ilaç kullanımı.
Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 83-89. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00383



Pozitif psikolojinin Aile Hekimliği pratiğindeki yeri

Positive psychology for Family Physicians

Pemra Cöbek Ünalın¹, Vakur Ant Ünalın²

¹⁾ Marmara University Medical Faculty Department of Family Medicine, MD, MSc. Professor of Family Medicine, İstanbul.

²⁾ University of East London (UEL), Applied Psychology Master Degree student, London.

Özet

Bu derlemede pozitif psikolojinin amacı ve genel ilkeleri ile bunun bir sonucu olan iyilik hali (refah) açıklanmaktadır. Pozitif psikolojinin aile hekimliği pratiği içindeki yeri ve önemi ile bu amaçla kullanılabilir yöntemlerin entegrasyonu özetlenmektedir.

Anahtar sözcükler: pozitif psikoloji, aile hekimliği

Summary

In this review article the aim and general principles of positive psychology and wellbeing as its output are explained. The place and importance of positive psychology in the practice of family medicine and the integration of that kind of interventions are summarized.

Key words: positive psychology, family medicine

İletişim adresi:

Pemra Cöbek Ünalın, MD, MSc.
punalan@marmara.edu.tr

Geliş tarihi: 15.01.2017

Kabul tarihi: 25.06.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2017

Alıntı Kodu: Cöbek Ünalın P., Ünalın V. A. Pozitif psikolojinin Aile Hekimliği pratiğindeki yeri.
Jour Turk Fam Phy 2017; 08 (3): 90-93. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00390.

Dear editor,

Positive psychology is a relatively new area in psychology. But, in my opinion it was saved under the physician patient relationship and communication skills during medical interview cover over many years. If we begin to talk about physicians' essential therapeutic skills, primary care physicians will recognize the "support" term. The aim of positive psychology is to help people be happier, to make them to believe in the health related advantages of happiness, to emphasize the importance of using the scientific interventions to determine how things may go right and to support people to live a happier and healthier life. On the other hand, many academic organizations of family medicine retain patient-centeredness as a core concept and mean a family physician (also a family medicine student, resident...) who improves the health and wellbeing of the patients, care givers and people.¹

A variety of interventions have been developed in Wellbeing/Positive Psychology (PP) area. The aim of all these interventions is to facilitate positive emotions, wellbeing, growth, creativity, relationships, family or partner affairs, life satisfaction, and other desirable consequences. PP interventions facilitate the relationships, review the possibilities in the future, develop the applicants' strengths, enhance their appreciation of life, and foster a spiritual awakening. One of the basics in family medicine is holistic approach and bio-psycho-social wellness. Negative feelings, stressor events and strains in life such as; marital adjustment, problems in family relationship, unanticipated, undesired, and acute events (such as death, rape, war, and natural disaster) or the effects of long term demands (such as chronic illness, economic depression, unemployment, addiction, and migration or separation from the family or spirituality because of some obligations), all of them predict a decrease in physical, psychological, and social well-being, in health promotion and coping with illness. It is obvious that to present health promotion and to empower the patient to

be able to cope with the illness are the objectives of a family medicine.²

PP interventions are about the fundamentals of happiness and to make the person to be aware of his strengths. Across several studies, some of the participants were exposed to these programs. They learnt about the principles of wellbeing and self-efficacy, including the importance of a busy life, social interactions, close relationships, meaningful work, organized plans, plausible expectations, orientation to the present, maintaining integrity, and optimistic thinking. In some of the studies, other participants were assigned to various control groups to investigate the effect of the intervention. Seligman, Rashid, and Parks³ developed a procedure that was designed to enhance happiness and wellbeing for the people who ask for consultancy. Family physicians can learn that kind of structured procedures and use them. To ask for gratitude is another important character of PP interventions. Without gratitude, individuals would not reciprocate the support of one another. Therefore, gratitude encourages individuals to perceive cooperation, one another as affiliates who could help each other and, for example, increases the likelihood to mimic one another as a sign of trust and affiliation.⁴

Among these fundamentals, the most interesting ones for a family physician were: to identify the strengths today and be positive and helpful about the future. These two major interventions selected to inform the family physicians aim:

1- To explore and identify the key strengths of a person's personality and attempt to apply these strengths to one's own daily life (how to savor and enjoy daily experiences). This intervention provides the patient the possibility to understand the strong sides of themselves, to be aware about the self-efficacy, the best possible selves. Because that kind of interventions will be helpful for the patients who need support to increase their motivation for the adherence to the treatment.

2- To learn how to react positively, enthusiastically to favorable news from someone else and to be hopeful. (positivism and hope) This is important for the primary care physicians especially to motivate their patients who need behavioral change. For example, substance abuse and smoking as the most common problem that we deal with in primary care.

In a study by Lyubomirsky⁵ and Peters⁶, participants who completed the best possible selves exercise, experienced more elevated levels of positive affect regarding to the participants who merely wrote about the activities they completed over the last 24 hours. They also have experienced more flow. Indeed, many studies have confirmed this exercise enhances facets of wellbeing. The best possible selves, is an activity in which individuals write about the feelings and events they would experience if their life unfolded as favorably as possible in various domains, such as work, school, social life, or health. They are asked to think about the best possible life that could actually unfold in some setting, such as university, receiving excellent grades may be an example. Individuals are usually instructed to write for 10 minutes or so with any style they like. Next, they dedicate 5 minutes, writing about a specific goal or activity that could facilitate this best possible self. As a conclusion, it is observed that participants who reflected positive events, experienced more happiness and less depressive mood. It may be possible to tell that positivism will cause less depression in the near future if there are some scientific research that should test the long-lasting effect of the intervention after months, too.

As Wood, Linley, Maltby, Kashdan, and Hurling⁷ showed, in a longitudinal study, the use or application of strengths seems to curb stress and increase self-esteem and vitality and this state will help the applicant to feel himself in a better state. In this study, participants completed a measure that gauges the extent to which they utilize their strengths. Typical questions include “I achieve what I want by using my strengths”, “I am able to use my

strengths in lots of different ways”, and “My work gives me lots of opportunities to use my strengths”. In addition, participants completed measures of perceived stress over the last month, self-esteem, and vitality. The measure of vitality included questions like “I feel alive and vital”. These measures, apart from the questions on the degree to which they utilize their strengths, were administered on three occasions, over the six months. Application of strengths at one time was associated with reduced stress as well as increased self-esteem and vitality three and six months later. These findings confirm the benefits that apply when individuals are granted opportunities to apply their strengths.

Proctor, Tsukayama, Wood, Maltby, Eades, and Linley⁸ showed that strength based interventions can be applied to students in Years 7, 8, and 9 in high school-that is, when students are around 12 to 15 in age. Over six months, students were encouraged to identify their key strengths and become more sensitive to these strengths. For example, they were encouraged to write about or draw about occasions in which they, or someone they knew, exhibited and utilized a specific strength. In addition, throughout the day, they were encouraged to identify or utilize these strengths. This program significantly improved life satisfaction. According to the researchers, when individuals apply their strengths, they experience a sense of fulfillment, choice, and authenticity, improving their wellbeing. Even the recognition of personal strengths is positively associated with some outcomes. The strengths are associated with healthy behaviors in general. The emotional strengths in particular were also associated with physical fitness, motivation and life satisfaction.

As a conclusion PP interventions are useful in general medicine, so can be learned and used as a tool by the family physicians to overcome all the stressors. The skills of the family physicians related to this subject must be improved through continuous professional development activities.

Kaynaklar

1. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine* 2002;24(1):49–58.
2. Lavee Y, McCubbin HI, Olson DH. The Effect of Stressful Life Events and Transitions on Family Functioning and Well-Being. *Journal of Marriage and Family* 1987;49(4):857-73.
3. Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist* 2006;60:410-21.
4. Jia L, Lee LN, Tong EMW. Gratitude facilitates behavioral mimicry. *Emotion* 2015;15(2):134-8. doi: 0.1037/emo0000022
5. Lyubomirsky S, Dickerhoof R, Boehm JK, Sheldon KM. Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion* 2011; 11:391-402.
6. Peters ML, Flink IK, Boersma K, Linton SJ. Manipulating optimism: Can imagining a best possible self be used to increase positive future expectancies? *The Journal of Positive Psychology* 2010; 5:204-11.
7. Wood AM, Linley PA, Maltby J, Kashdan TB, Hurling R. Using personal and psychological strengths leads to increases in well-being over time: A longitudinal study and the development of the strengths use questionnaire. *Personality and Individual Differences* 2010; 50: 15-19.
8. Proctor C, Tsukayama E, Wood AM, Maltby J, Eades JF, Linley PA. Strengths Gym: The impact of a character strengths based intervention on the life satisfaction and wellbeing of adolescents. *Journal of Positive Psychology* 2011; 6:377-388. doi: 10.1080/17439760.2011.594079

Alıntı Kodu: Cöbek Ünalın P, Ünalın V. A. Pozitif psikolojinin Aile Hekimliği pratiğindeki yeri. *Jour Turk Fam Phy* 2017; 08 (3): 90-93. Doi: 10.15511/tjtfp.17.00390.