

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

# Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt  
Volume **23** | Sayı  
Number **2** | Nisan-Haziran  
April-June **2019**

## Sağlık Kuruluşlarında Doktorlara Yönelik Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi

Rıfat Erten, Serdar Öztora, Hamdi Nezih Dağdeviren



## Neden Diğer Uzmanlıklar, Neden Aile Hekimliği Uzmanlığı Değil?

Hatice Tuba Akbayram

\* **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Demegi'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Dergi üç ayda bir çıkar ve dön sayıda bir cilt tamamlanır. Derginin yayın dili Türkçe'dir, Yabancı yazarlardan yelen yazılar İngilizce yayınlanabilir.

\* Derilinin içeriğini Aile Hekimliğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konular oluşturmaktadır. Dergi, araştırma makalelerini, olgu sunumlarını, derlemeleri (derlemeler, sadece davet ile kabul edilmektedir), sürekli tıp eğitimiye katkıda bulunacak yazılar, kısa raporları, başmakaleleri, editöre mektupları, önemli uluslararası belgelerin çevirilerini, yayın tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini kabul eder.

\* Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha (önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayınlanabilir.

\* Dergimiz ve demeginin yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiç bir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden yapılacak her türlü alıntı, derginin kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

\* Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurullarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda yayın kurulu incelemesi aşamasının ardından bilimsel danışma kuruluna sunulur.

\* Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlarda aynı doğrultudaysa sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıt göre karar verilir.

\* Dergimize gönderilecek yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri ile Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda yalnızca standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

\* Türkçe karşılığı olan yabancı kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

### Yazı Çeşitleri

**Özgün araştırmalar:** Özet, Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazım Kuralları: <http://www.turkailehkekderg.org/yazarlara-bilgi>. **Giriş** bölümünde; çalışma konusu, konunun niçin seçildiği, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri verilerek araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır. **Gereç ve Yöntem** bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçüklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarından kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

**Kısa araştırma raporları:** Araştırma konusu, amaçları ve elde edilen bulgular itibarıyla sınırlı kapsamlı olan ve tam bir özgün araştırma yazısı gerektirmeyen durumlarda basıvrulması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayınlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara geçerlidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'ye geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

**Derlemeler:** Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazısı sonuçlara varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi zorunluluğu yoktur; konunun özelliğine göre bölümler içerebilir. Derlemeler başlık, özetler, tablolar ve kaynaklar dışında 4000 sözcük ile sınırlanmalıdır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yalnızca davet üzerine hazırlanan derlemeler yayınlanır.

**Olgu sunumları:** Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirimi ve tartışmalarıdır. Aile hekimliği

uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Yorum yazıları ve editöre mektuplar:** Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini gelişmelerden haberdar etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli konulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Siz olsaydınız ne yapardınız:** Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

**Ulusal ve uluslararası raporlar:** Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

**Dergilerden seçmeler:** Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan makalelerden özet bilgiler içeren yazılar Dergide yer alabilir. Bu yazılar 500 sözcüğü geçmemelidir.

**Haberler:** Aile hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada yaşananları ve kullanılan yenilikleri vb. ele alan yazılardır. Yazım biçimi serbesttir; 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Tanıtmı yazılar:** Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurul çalışmalarını ve önemli projeleri tanıtmak amaçlı yazılardır. TAHUD çalışma gruplarının etkinliklerini tanıtmak amacıyla da yazılabilir. Bu yazılar gerektiğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

**Başmakale (Editöryal):** Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Dergide yayınlanmış başlıca makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu konular tartışmak amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlar dışında başmakalenin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilirler.

### Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

**Başlık:** Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlarda en çok 10 sözcükten oluşmalıdır. Başlık bölümünde ayrıca varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre vb. bilimsel etkinlikler açıklanır. Yazarların ad ve soyadları, akademik unvanları, bağlı oldukları kurumlar ve uzmanlık alanları ile yazışma yapılacak yazarın adı-soyadı, posta adresi, telefon ve faks numaraları, e-posta adresi makale kabul sistemine ayrıca yüklenir; bu bilgiler başlık sayfasında yer almaz.

**Özet:** Türkçe ve İngilizce başlıklarla izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150 en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç (Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere Türkçe ve İngilizce en azı üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimlerine (TBT) (Kaynak için [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com) adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html) adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

**Metin:** Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için farklı yapılandırılır. Makale metni Dergi elektronik makale kabul sistemine yazılır ve kurum adları olmadan Türkçe ve İngilizce makale başlığı, Türkçe ve İngilizce özetler, Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler, kaynaklar ve tablo/şekil/resim/grafikler ile birlikte yüklenmelidir.

**Kaynaklar:** Kaynak numaraları metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara verilmeksizin köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir. Kaynaklar makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullandığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile HekDerg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

**Örnekler:** Örneklerle ilgili tüm detaylara web sitemizdeki "Yazarlara Bilgi" bölümünden ulaşılabilir. <http://www.turkailehkekderg.org/yazarlara-bilgi>

**Yazıların Gönderilmesi:** Değerlendirilmek üzere dergiye gönderilecek yazıların gönderim ve eş değerlendirme süreci (peer review) izlemi sadece derginin [www.turkailehkekderg.org](http://www.turkailehkekderg.org) adresinde yer alan çevrim içi (online) sürümü aracılığıyla yapılabilmektedir. Dergi elektronik ya da geleneksel posta yoluyla yazı kabul etmemektedir.

**Baş Editör | Editor-in-Chief**

Prof. Dr. Esra Saatçı

**Editörler | Editors**

Prof. Dr. Serdar Öztora, Edirne

Prof. Dr. Dilek Toprak, İstanbul

Doç. Dr. Ümit Aydoğan, Ankara

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural, İstanbul

Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin, Samsun

**Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board**

Doç. Dr. Erdiç Yavuz, Samsun

Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer, Edirne

Uzm. Dr. Birgül Coşkun, İstanbul

Uzm. Dr. Işık Gönenç, İstanbul

**Sahibi | Owner**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adına

Yönetim Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Esra Saatçı

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor**

Prof. Dr. Serdar Öztora, droztora@yahoo.com

**Yönetim Yeri | Administration Office**

TAHUD Genel Merkezi

Ziaur Rahman Cad. No: 7/10 Çankaya 06650 Ankara

**Yazışma Adresi | Business Correspondence**

e-posta: tahud@tahud.org.tr

**Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator**

Hüseyin Kandemir, huseyin@medikalakademi.com.tr

**Grafik Tasarım | Graphic Design**

Perihan Demirbaş

**Yayınevi | Publisher**

Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Sti.

Halaskargazi Cad. No: 172, D: 134 - Şişli / İstanbul

Tel: (0537) - 309 29 55, Faks: (0212) 233 90 61

www.medikalakademi.com.tr

**Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board**

**Prof. Dr. Nezih Dağdeviren** (Aile Hekimliği)

Trakya Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Edirne

**Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu** (Aile Hekimliği)

Dışkapı Eğitim ve Araş. Hast. / Ankara

**Prof. Dr. Cahit Özer** (Aile Hekimliği)

Mustafa Kemal Üniv. Tıp Fak., Aile Hek. ABD. / Hatay

**Prof. Dr. Mehmet Uğurlu** (Aile Hekimliği)

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara

**Prof. Dr. Mehmet Urgan** (Aile Hekimliği)

Ankara Üniv. Tıp Fak. / Ankara

**Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu** (Aile Hekimliği)

Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak. / Eskişehir

**Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board**

**Prof. Dr. Thomas Freeman** (Family Medicine)

The Schulich School of Medicine and Dentistry,

The University of Ontario / Ontario, Canada

**Prof. Dr. Michael Kidd** (Family Medicine)

Faculty of Health Sciences, Flinders University /

Adelaide, Australia

**Prof. Dr. Jan De Maeseneer** (Family Medicine)

Faculty of Medicine and Health Sciences,

University of Ghent / Ghent, Belgium

**Prof. Dr. Waris Qidwai** (Family Medicine)

Aga Khan University / Karachi, Pakistan

**Prof. Dr. Richard G. Roberts** (Family Medicine)

School of Medicine and Public Health,

University of Wisconsin / Madison, WI, USA

**Prof. Dr. Moira Stewart** (Epidemiology & Biostatistics)

The Schulich School of Medicine and Dentistry,

The University of Ontario / Ontario, Canada

**Assoc. Prof. Nabil D. Sulaiman** (Family Medicine)

College of Medicine, University of Sharjah / UEA

**Prof. Dr. Chris van Weel** (Family Medicine)

Nijmegen Medical Centre, Radboud University /

Nijmegen, The Netherlands

## Başmakale | Editorial

**Yeni sayımızdan kısa özetler! | 50**

**Short summaries of our new issue!**

Ümit Aydoğan

## Araştırmalar | Research Articles

**Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi | 52**

**Evaluation of exposure to violence against doctors in health care facilities**

Rıfat Erten, Serdar Öztora, Hamdi Nezih Dağdeviren

**Aile Hekimlerinin kistik fibrozis hastalığı,  
izlemi ve yenidoğan tarama testi konusundaki bilgi düzeyleri | 65**

**The knowledge of primary care physicians about  
cystic fibrosis disease, follow up and its newborn screening**

Mehmet Semih Demirtaş, Erdem Topal, Fatih Kaplan, Talat Kılıç

**Neden diğer uzmanlıklar, neden aile hekimliği uzmanlığı değil? | 70**

**Why other specialties, why not family medicine specialization?**

Hatice Tuba Akbayram

## Derleme | Invited Review

**Hangi hipertansiyon kılavuzu,  
hangi eşik değerler? Hipertansiyonda yeni eşik değerler | 78**

**Which hypertension guideline and threshold values? New thresholds in hypertension**

Yusuf Çetin Doğaner, Ümit Aydoğan

## Olgu Sunumu | Case Report

**Kronik demir eksikliği anemisi nedeni ile şüpheli  
edilen çölyak hastalığı: Aynı aileden iki olgu sunumu | 85**

**Celiac disease suspected due to chronic iron deficiency  
anemia: Two case reports from the same family**

Latife Uzun, Ruhşen Kutlu

# Yeni sayımızdan kısa özetler!

## Short summaries of our new issue!

Ümit Aydoğan<sup>1</sup>

### Değerli okurlarımız,

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi olarak yeni sayımız olan, 23. cildin 2. sayısı ile yayın hayatına devam ediyoruz. Bu sayımızda üç araştırma makalesi, bir derleme ve bir olgu sunumu ile sizlerle birlikteyiz.

Araştırma makalelerimizin ilki, Sn. Erten, Öztora ve Dağdeviren tarafından hazırlanmış olan “**Sağlık Kuruluşlarında Doktorlara Yönelik Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi**” konu başlıklı çalışmadır. Bu çalışmada, sağlık hizmet sunumu sırasında doktorlarımızın maruz kaldığı şiddet, şiddete maruz kalma sıklığı ve şiddet sonrası yaşananlar ele alınmıştır. Maalesef, sağlıkta şiddetin halen ciddi bir sorun olduğu ve doktorlarımızın maruz kaldıkları şiddet sonucunda çalışma isteklerini kaybettikleri sonucu ile karşı karşıya kalmaktayız.

İkinci araştırma makalemiz, Sn. Demirtaş, Topal, Kaplan ve Kılıç tarafından hazırlanmış

olan “**Aile Hekimlerinin Kistik Fibrozis Hastalığı, İzlemi ve Yenidoğan Tarama Testi Konusundaki Bilgi Düzeyleri**” konu başlıklı çalışmadır. Bu çalışmada, erken tanı sayesinde hastaların yaşam süresi ve kalitesini etkileyen, otozomal resesif kalıtım ile geçen, beyaz ırkta 3000 doğumda bir görülen, mortalite ve morbiditesi yüksek, Ocak 2015 tarihi itibarıyla ülkemizde yenidoğan döneminde tarama testinin uygulanmaya başlandığı kronik bir hastalık olan kistik fibrozis ele alınmıştır.

Üçüncü araştırma makalemiz Sn. Akbayram tarafından hazırlanmış olan “**Neden Diğer Uzmanlıklar, Neden Aile Hekimliği Uzmanlığı Değil?**” konu başlıklı çalışmadır. Bu çalışma, geleceğin hekimleri ve yaklaşık bir yıldan az bir süre sonra tıp doktoru unvanı ile tıpta uzmanlık sınavına girecek olan tıp fakültesi son sınıf öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Her

1) Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Editörler Kurulu Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., Ankara

geçen gün, tüm dünyada branşlara özgü uzman hekim dağılımı önemli bir sorun haline gelmeye başlamıştır. Birinci basamakta nitelikli bir sağlık hizmeti sunumu için, aile hekimliği uzmanlarının sayısının artması gerekmektedir. Bu çalışmada, sağlık profesyoneli olmaya hak kazanacak olan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin aile hekimliği uzmanlığına bakışları değerlendirilmiştir.

Dördüncü makalemiz bir derlemedir. Sn. Doğaner ve Aydoğan tarafından hazırlanmış olan “**Hangi Hipertansiyon Kılavuzu, Hangi Eşik Değerler? Hipertansiyonda Yeni Eşik Değerler**” konu başlıklıdır. Bu çalışmada, en sık gördüğümüz kronik hastalıklardan birisi olan hipertansiyonun Amerikan Kardiyoloji Derneği/Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) tarafından yeni yayımlanan kılavuza göre tedavide daha önceden sadece yaşam tarzı değişikliği önerdiğimiz prehipertansiyon olarak bilinen aralıkta yer alan kan basıncı değerlerinin, Evre 1 hipertansiyon olarak sınıflandırıldığına dikkat çekilmesine rağmen, hipertansiyon tedavi yönetiminde ana belirleyicinin aile hekimliği disiplininin temel özelliklerinden hasta merkezli bütüncül yaklaşım olduğu vurgulanmıştır.

Beşinci makalemiz ise bir olgu sunumudur. Sn. Uzun ve Kutlu tarafından sunulmuş

olan “**Kronik Demir Eksikliği Anemisi Nedeni İle Şüphelenilen Çölyak Hastalığı: Aynı Aileden İki Olgu Sunumu**” konu başlıklıdır. Bu çalışmada, genetik olarak yatkınlığı olan bireylerde glutenin neden olduğu, birçok sistemi etkileyen, her yaşta ortaya çıkabilen, bulgu olarak bağırsak dışında en sık demir eksikliği anemisi olarak karşımıza çıkan, erken tanı ve diyet tedavisi ile komplikasyonların önüne geçebildiğimiz, aile hekimleri tarafından ishal ve karın ağrısı ile gelen ve aynı zamanda tedaviye dirençli demir eksikliği anemisi olan hastalarda şüphelenmemiz gereken ve otoimmün bir hastalık olan çölyak hastalığı ele alınmıştır.

Yeni sayımızda tekrar karşılaşmak ve meslektaşlarımızın Türkiye Aile Hekimliği Dergisi için gerek yazarlık gerekse de hakemlik katkılarının artarak devam etmesini arzu ediyoruz. Dergimizin yirmi yılı aşkın süredir yayınlanmasında emek veren tüm yazar ve hakemlerimize, dergimizin baş editörüne, Editörler Kurulu ve Teknik Kurul üyelerine ve Medikal Akademi çalışanlarına teşekkür eder ve saygılarımızı sunarız.

**Doç. Dr. Ümit Aydoğan**

*Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*  
*Editörler Kurulu Üyesi*

# Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi

## Evaluation of exposure to violence against doctors in health care facilities

Rıfat Erten<sup>1</sup>, Serdar Öztora<sup>2</sup>, Hamdi Nezh Dağdeviren<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sütçüler İlçe Devlet Hastanesi, Isparta

<sup>2</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne

## Özet

**Amaç:** Araştırmamızda Edirne il merkezindeki doktorların maruz kaldığı şiddeti, şiddet sonrası yaşadıklarını ve şiddete maruz kalma sıklığını incelemeyi hedefledik.

**Yöntem:** Çalışmanın evreni 01.09.15 ve 01.02.2016 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki 772 hekim oluşturmaktadır. Örneklem için evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Araştırmamızın amacı kendilerine anlatıldı. Araştırmamıza katılmayı kabul eden 433 hekime anketler uygulandı. Anket 41 sorudan oluşmaktadır. İstatistiksel yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H ve Ki-kare analiz testleri kullanıldı.

**Bulgular:** Katılımcıların %50,8'i son bir yılda işyerinde en az bir kez şiddete maruz kaldığı ifade etmiştir. Meslek hayatı boyunca doktorların %88,5'i sözel şiddete maruz kalmaktadır. Doktorların akademik kariyeri arttıkça şiddete maruz kalma sıklığı azalmaktadır ( $p<0,001$ ). Günlük bakılan hasta sayısı arttıkça şiddete maruz kalma sıklığı arttığı saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Kadınlar erkeklere göre daha fazla şiddet görmektedir ( $p<0,001$ ). Doktorluk hayatının ilk 10 yılında olanların şiddet görme sıklığı daha fazla olduğu görülmüştür ( $p<0,001$ ). Şiddete maruz kalan doktorların gözlemlendiği sebeplerden en fazla şikâyet edilen konu bekleme nedeniyle gecikme idi. İsteddiği ilacı yazdıramama veya hasta olmadan ilaç yazdırmaya çalışmak, hasta olmadığı halde rapor almaya çalışmak gibi etik olmayan istekler de hastaların şiddete başvurmasında önemli nedenlerdendir.

**Sonuç:** Şiddetin sıklığını, nedenlerini ve sonuçlarını doktorların gözünden ortaya koymaya çalıştığımız bu çalışmada, sağlıkta şiddetin halen ciddi bir sorun olduğu ve doktorların maruz kaldıkları şiddetin sonucunda çalışma isteklerini kaybettikleri saptanmıştır. Ülkenin en batısında yaptığımız bu çalışmada dahi her 10 doktordan 9'u hayatında bir kez de olsa şiddete maruz kalmaktadır. Sağlıkta şiddetin önüne geçilebilmesi için sağlık bakanlığından, hastane idaresine, medyadan, doktorlara, hasta ve hasta yakınlarına kadar herkes üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmelidir. Sağlıkta şiddete daha kalıcı çözümler bulunabilmesi için hasta gözünden de olaylar araştırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Doktorlar, şiddet, sağlık tesisleri

## Summary

**Objective:** In this study, we aimed to investigate the violence against doctors in the city center of Edirne and prevalence of exposure to violence and experiences after the violence.

**Methods:** The sample of this study comprised of 772 medical doctors working in the city center of Edirne. We reached all of the doctors between 01.09.2015 and 01.02.2016 and explained our study. 433 doctors accepted to participate in our study. The data were collected by researchers using a questionnaire which includes 41 questions. Descriptive statistics, Mann-Whitney U, Chi-Square and Kruskal-Wallis H test were used for statistical analysis.

**Results:** In our study, 50.8% of participants stated that they have been exposed to violence at least once in the last year. 88.5% of the doctors were exposed to verbal violence throughout their career. When the academic careers increase, the frequency of exposure to violence decreases ( $p<0.001$ ). The higher daily number of patients was also increasing the frequency of exposure to violence ( $p<0.001$ ). Female doctors were exposed to violence more than male doctors ( $p<0.001$ ). Young doctors who are in the first 10 years of their career exposed to violence much higher than others ( $p<0.001$ ). According to the participants most common causes were delays and waits. Being unable to make the doctor to prescribe the requested drug, unable to get drugs or sick leave with no medical necessity are among the reasons to direct violence towards doctors.

**Conclusion:** As result of our study aiming to investigate the frequency, reasons and consequences of violence through the eyes of doctors, we can say the violence is still a serious problem in health and the doctors lose their motivations for work after faced violence. Another important result is, 9 out of every 10 doctors were faced violence at least once in their career. In order to prevent violence in health, everyone, from the patients to the ministry of health, hospital administrations, media, doctors must fulfill their own responsibilities. For permanent solutions of violence, we also need to investigate the patients' point of views.

**Key words:** Physicians, violence, health facilities



## Giriş ve Amaç

İnsanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkmış olan şiddet olgusu, sahip olunan güç veya kudretin, yaralanma ve kayıpla sonlanan veya sonlanma olasılığı yüksek biçimde, bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla ya da bizzat uygulanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ise şiddet, fiziksel saldırı, cinayet, sözel saldırı, duygusal, cinsel veya ırksal taciz olarak tanımlanmaktadır. Şiddet günümüzde her alanda görülmekle birlikte özellikle iş yerlerinde gittikçe artan bir önem kazanmıştır ve bütün meslekleri etkileyen ciddi bir sorun haline gelmiştir. İş yerinde şiddet “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmaktadır.<sup>[1]</sup>

Şiddet; işyerleri olarak değerlendirildiğinde en çok sağlık sektöründe ortaya çıktığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, sağlık sektöründe çalışmanın, diğer iş sektörlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir.<sup>[2]</sup> Özellikle doktorlara yönelik şiddet son 20-30 yılda daha ciddi bir problem haline gelmiştir. Saldırıya uğrayan veya öldürülen doktor sayısı her yıl daha da artmıştır. Amerika'da yapılan bir çalışmada doktorlara yönelik şiddet diğer işyerlerindeki şiddete oranla 4 kat daha fazla bulunmuştur.<sup>[3]</sup>

Şiddet olaylarının sağlık kurumlarında az bildirildiği yapılan bazı çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni olarak da yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılanırken, diğerlerinin önemsenmemesi bildirilmiştir. Günümüzde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, azalmak yerine ivmeli bir şekilde artmaktadır. Sağlık çalışanlarında karşılaştıkları şiddet sonrasında bazı semptomlar ortaya çıkmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda şiddete uğrayanlarda şiddetin psikolojik etkileri incelenmiştir. Şiddetin şaşkınlık, kızgınlık, çaresizlik, korku, tükenmişlik, güven kaybı kendini suçlama gibi farklı duygulara neden olduğu belirtilmiştir.<sup>[2]</sup>

Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler, gerek

yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır.<sup>[4]</sup> Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en önemli nedenleri arasında hastaların bekleme sürelerinin uzun olması, çok sayıda muayene yapılması ve testlerin istenmesi, mental veya davranış bozukluğu olan hastaların varlığı, hasta ve yakınlarının aşırı istekte bulunması ve memnuniyetsizlikleri, eğitim düzeylerinin düşük olması ve kurallara uymama, stresli hasta yakınları, kalabalık ve gürültülü ortamlar, sağlık çalışanın (özellikle hemşirelerin) zamanın kısıtlı olması, uzun çalışma süreleri, ödeme zorlukları, yanlış anlama gibi iletişim problemleri ve kişisel sorunlar, personel yetersizliği, yorgunluğu ve basında çıkan provokatif içerikli yanlış haberler, yetersiz güvenlik ve polis desteği, krizleri yönetmede yetersizlik, hasta ve yakınları ile yalnız kalma, silah ve yaralayıcı aletlerin taşınmasının kolay olması, hastalara, hemşirelere, diğer sağlık çalışanlarına ve hasta yakınlarına ait kişisel özellikler yer almaktadır.<sup>[5]</sup>

Toplumumuz genel olarak şiddet olaylarını onaylamıyor; fakat şiddet gören sağlık çalışanlarına akut dönemde yardımı ve mağduriyetine desteği de çok azdır (%18).<sup>[6]</sup> Hatta özellikle doktorlara yönelik şiddet, az sayıda da olsa toplumun bir kesimi tarafından takdir görmektedir.<sup>[5]</sup> Şiddet; bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısına olduğu gibi, çevreye, nesnelere de zarar verebilmektedir.<sup>[7]</sup> Bu nedenle şiddet sağlık çalışanları üzerinde uzun ve kısa vadede stresin artmasına, mental olarak kişilerin kendini işine verememesine, iş doyumunda azalmaya, kurumundan ayrılmak istemesine ve psikolojik olarak kendi sağlıklarının zarar görmesine kadar gidebilecek geri dönüşü olmayan yıkıcı sonuçlar doğurabilir.

Şiddet her alanda görülebilen yaygın bir sorundur. Yukarıda da bahsedildiği üzere şiddetin en çok görüldüğü alan sağlık sektörüdür. Son zamanlarda toplumumuzda sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddetin hekimler tarafından nasıl algılandığını ve değerlendirildiğini saptamak, hekimlerin gözünden şiddetin nedeni ve sonuçlarını değerlendirmek, sağlık

kuruluşları (Özel Hastaneler, Devlet Hastaneleri, Aile Sağlığı Merkezleri) arasındaki farklılıklar göz önünde bulundurularak şiddetin hangi kurumlarda daha fazla olduğu veya hangi kurumun hangi şiddet tipine daha fazla maruz kaldığını saptayarak etkilerinin artılarının ortaya konması ve çözüm önerileri sunabilmek amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, Edirne il merkezinde bulunan 19 Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Devlet Hastanesi, Üniversite Hastanesi ve iki Özel Hastanede çalışan hekimlerin hekime yönelik şiddet maruziyetlerinin incelenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı desende hazırlanmıştır.

Edirne il merkezinde bulunan 19 Aile Sağlığı Merkezi'nden 43 doktor, devlet hastanesinden 160 doktor, üniversite hastanesinden 516 doktor ve iki özel hastaneden toplam 53 doktor olmak üzere toplam 772 doktor araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem olarak evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Etik kurul ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü onayları alındıktan sonra 01.09.15 ve 01.02.2016 tarihleri arasında Edirne il merkezindeki 772 hekim değerlendirmeye alındı.

Edirne il merkezindeki yukarıda belirttiğimiz merkezlerde aktif olarak görev yapıyor olmak, aktif olarak hasta bakmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek araştırma dahil olma kriterleri olarak belirlendi. Aktif olarak hasta ile görüşmemek, yukarıda bahsettiğimiz kurumlarda çalışmamak ve çalışmamıza katılmaya gönüllü olmamak ise dahil edilmeme kriterleri olarak belirlendi.

Edirne il merkezinde belirttiğimiz kurumlardaki 772 doktordan 541'i belirttiğimiz kriterlere uymaktaydı. Bu 541 hekimden 433'ü araştırmamıza katılmayı kabul etti ve araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek anketlerin doldurulması sağlandı. Araştırmamızda, araştırmaya katılan hekimlerin kimlik bilgileri toplanmadı.

Araştırmaya katılacak olan hekimler sözlü olarak bilgilendirildi ve onayları alındı. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan

ve araştırmaya katılmalarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini bildiren gönüllüler çalışmaya alındılar. Çalışmada veriler, anabilim dalımız tarafından oluşturulan bir anket kullanılarak toplandı.

Sağlık çalışanlarına yönelik yapılmış şiddet, sağlık çalışanlarının şiddet sonrası neler hissettiği ve yaptığı ile ilgili literatürler incelendi. Bu çalışmaların genel olarak içeriklerini yansıtan çoktan seçmeli toplam 41 sorudan oluşan anket formu hazırlandı.

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no: 10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı. İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler, Spearman korelasyon analizi, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H ve Ki-kare analiz testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterildi (p<0,05 olduğunda anlamlı, p≥0,05 olduğunda anlamsız kabul edildi).

## Bulgular

Araştırma Edirne il merkezinde bulunan sağlık kuruluşlarında görevli aktif olarak hasta bakan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 165 kadın (%38,1) ve 268 erkek (%61,9) olmak üzere toplam 433 hekimle yapıldı. Araştırmamıza katılan 433 hekimin yaş ortalaması 36,84±9,66 (minimum 24, maksimum 71) idi.

Katılımcıların %68,4'ü üniversite hastanesinde görev yapmaktayken, %45,5'i asistan hekim idi. Katılımcıların %21,4'ünün akademik kariyeri vardı ve 310'u (%71,6) dâhili branşlardan, 123'ü (%28,4) cerrahi branşlardan idi.

Katılımcıların %82,2'si (n=356) toplumda genel olarak, %82,7'si (n=358) sağlıkta şiddet olaylarında bir artış olduğunu düşünürken, %46,3'ü (n=203) son bir yılda çalıştığı kurumda şiddet olaylarında artış olduğunu belirttiler, ayrıca %92,1'i son yıllarda doktorların saygınlığı azaldığına inanmaktaydı. Sağlıkta şiddet olaylarında artış olmasının nedenini %76,4 ile politikacılara, %59,8 ile medyaya, %44,1 ile idarecilere bağlarken, %15,5'i doktorlar nedeniyle olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 1. Katılımcıların mesleki özellikleri**

		n	%
<b>Çalışılan sağlık kuruluşu</b>	Üniversite Hastanesi	296	68,4
	Devlet Hastanesi	76	17,5
	Aile Sağlığı Merkezleri	41	9,5
	Özel Hastaneler	20	4,6
	Toplam	433	100
<b>Uzmanlık durumu</b>	Asistan hekim	197	45,5
	Uzman hekim	192	44,3
	Pratisyen	44	10,2
	Toplam	433	100
<b>Akademik kariyer</b>	Akademik kariyeri olmayan	340	78,6
	Profesör	50	5
	Doçent	23	5,3
	Doktor Öğretim Üyesi	20	4,6
	Toplam	433	100
<b>Branşlar</b>	Aile Hekimliği	69	16,0
	İç Hastalıkları	58	13,4
	Pediyatri	44	10,2
	Acil Tıp	30	6,9
	Kadın Hastalıkları	23	5,3
	Ortopedi	18	4,2
	Genel Cerrahi	15	3,5
	Kardiyoloji	14	3,2
	Kulak Burun Boğaz	14	3,2
	Anesteziyoloji	13	3,0
	Enfeksiyon Hastalıkları	13	3,0
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	12	2,8
	Göğüs Hastalıkları	11	2,5
	Radyoloji	11	2,5
	Üroloji	11	2,5
	Nöroloji	10	2,3
	Psikiyatri	10	2,3
	Çocuk Psikiyatrisi	9	2,1
	Radyasyon Onkoloji	8	1,8
	Kalp Damar Cerrahi	8	1,8
	Göz Hastalıkları	7	1,6

Devamı... sayfa 57'de

**Tablo 1. Katılımcıların mesleki özellikleri - ... sayfa 56'dan devam**

		n	%
	Dermatoloji	7	1,6
	Nöroşirurji	5	1,1
	Çocuk Cerrahisi	4	0,9
	Göğüs Cerrahisi	3	0,7
	Plastik Cerrahisi	2	0,5
	Tıbbi Genetik	2	0,5
	Spor Hekimi	1	0,3
	Nükleer Tıp	1	0,3
	Toplam	433	100

**Tablo 2. Katılımcıların maruz kaldıkları şiddetin özellikleri**

		n	%
<b>Şiddete maruz kalınan yer</b>	Poliklinik	127	37,7
	Yataklı servis	85	25,2
	Acil servis	65	19,2
	Bekleme salonu	25	7,4
	Hastane koridoru	22	6,6
	Kendi odam	12	3,6
	Hastane bahçesi	1	0,3
	Toplam	337	100
<b>Katılımcılara göre şiddetin nedeni</b>	Bekleme nedeniyle gecikme	130	21,2
	Tedaviden memnuniyetsizlik	114	18,7
	İstediği ilacı yazdıramama	79	12,9
	Rapor alamama	66	10,8
	İhmal edilme düşüncesi	66	10,8
	Hitapla ilgili problemler	51	8,5
	Kötü haber alma	45	7,3
	Kurum yetersizlikleri	39	6,4
	Alkol veya ilaç etkisinde olma	21	3,4
	Toplam	611	100

Katılımcıların %90,5'i (n=392) meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Doktorların %88,5'i (n=383) sözel şiddete uğradığını ifade ederken, %60,3'ü (n=261) tehdit edildiğini, %46,7'si (n=202) mob-

inge uğradığını ve %18,7'si de (n=81) fiziksel şiddete maruz kaldığını söylemektedir. Katılımcıların %50,8'i (n=220) son bir yılda işyerinde en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Son bir yılda katılımcıların %47,1'i (n=204) en az bir kez

hakarete maruz kaldığını, %29,8 (n=129) tehdit edildiğini söylerken, %4,6 (n=20) katılımcı ise yumruk/tokat gibi fiziksel darbe ile karşılaştığını ifade ettiler. Dört katılımcı (%0,9) cinsel tacize uğradığını belirtirken, hiçbir katılımcı son bir yılda bıçak ya da silahla yaralama gibi bir olayla karşılaşmamıştı.

Şiddete maruz kalan katılımcıların %59'u (n=130) şiddete mesai saatlerinde maruz kalırken, %29,5'i (n=65) nöbet esnasında, %11,5'i ise hem nöbette hem de mesai saatlerinde şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir.

Katılımcılar şiddete en fazla başvuranların %50 ile hasta yakınları, %41 hem hasta hem hasta yakınları, %8 i hasta, %1'i sağlık çalışanları olduğunu söylemektedir. Katılımcılar şiddete en fazla başvuranların %62'i (n=137) ile erkekler,%30'u (n=66) her iki cinsiyetin eşit, %8'i (n=17) de kadınların daha fazla şiddete başvurduğunu ifade etmişlerdir

Şiddete maruz kalan katılımcıların %37,7'si (n=127) poliklinikte şiddete maruz kalmıştır. Katı-

lımcıların %21,2'si (n=130) şiddetin nedeninin bekleme nedeniyle gecikme olduğunu düşünmekteydi.

Şiddete maruz kalan doktorlarımızın 92'si (%42,2) şiddet sonrası bir girişimde bulunurken, 44 kişi olayın mahkemeye taşındığını, bunlardan da sadece 9 olayda bir sonuç alınamadığını ifade etmişlerdir (**Tablo 3**).

Karşılaşılan şiddetin doktorların üzerinde bıraktığı etkiler **Tablo 4**'de özetlenmiştir.

Son bir yılda maruz kalınan şiddet olguları incelendiğinde, kadınların anlamlı derecede şiddete daha fazla maruz kaldığı saptandı (Pearson  $\chi^2$ :17,552; p<0,001). Akademik kariyer ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Pearson  $\chi^2$ :24,684; p<0,001). Günlük bakılan hasta sayısı arttıkça daha fazla şiddete maruz kaldığı görülmüştür (Pearson  $\chi^2$ :22,118; p<0,001). Pratisyen hekimler arasında şiddete maruz kalma arasında anlamlı derecede fazladır (Pearson  $\chi^2$ :14,441;p=0,001). Doktorların görev yaptığı ku-

**Tablo 3. Katılımcıların şiddet karşısındaki davranışları ve süreç**

sorular	cevaplar	n	%
Şikâyette buldunuz mu?	Hayır bulunmadım	126	57,8
	Güvenlik çağırdım	33	15,1
	İdareye bildirdim	33	15,1
	Karakola şikâyette buldum	26	12,0
	Toplam	218	100
Yaptığınız şikâyet sonucu ne oldu?	Mahkemeye gidildi	44	46,8
	Güvenlik marifetiyle saldırgan uzaklaştırıldı	27	28,7
	Özür diledi	12	12,8
	Hiçbir şey yapılmadı	7	7,4
	Hasta taburcu edildi	4	4,3
	Toplam	94	100
Mahkeme nasıl sonuçlandı?	Hapis cezası aldı	13	30,0
	Halen devam ediyor	13	30,0
	Para cezası aldı	9	20,0
	Hiçbir sonuç alınamadı	9	20,0
	Toplam	44	100

rum (Pearson  $\chi^2$ :5,101; p=0,165) ile branşına göre (Pearson  $\chi^2$ :0,555;p=0,456) son bir yıl içinde şiddet görmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Detaylar Tablo 5’de verilmiştir.

Hayat boyu karşılaşılan şiddetin türüne göre incelendiğinde, kadınların daha fazla sözel şiddete (Pearson  $\chi^2$ : 0,894; p=0,344) ve tehdide (Pearson  $\chi^2$ : 6,434; p=0,011) maruz kaldığı saptanırken, erkeklerin daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (Pearson  $\chi^2$ : 3,984; p=0,046). Ayrıca kadınların meslek hayatı boyunca mobinge daha fazla maruz kaldığı bildirilmiştir (Pearson  $\chi^2$ : 3,954; p=0,047).

Araştırmamıza katılan doktorların yaşa göre şiddete maruz kalmaları arasında anlamlı bir fark saptandı. Daha genç yaştaki doktorların şiddet görme sıklığı daha fazla olduğu görüldü (Z:-3,387; p<0,001). Doktorların yaşa göre sözel (Z:1,297; p=0,195), fiziksel (Z:0,829; p=0,407) veya tehdide (Z:-1,520;p=0,129) maruz kalmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak daha genç yaştaki doktorların mobinge maruz kalma sıklığının daha fazla olduğu saptandı (Z:-3,951;p<0,001).

Doktorların deneyim süresine göre şiddete maruz kalmaları arasında anlamlı bir fark saptandı. Doktorluk hayatının ilk 10 yılında olanların şid-

det görme sıklığı daha fazla olduğu görüldü (Z:-3,236;p<0,001).

Katılımcıların branşlara göre meslek hayatı boyunca herhangi bir şiddet görme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Pearson  $\chi^2$ :4,224; p=0,040). Cerrahi branşların daha fazla sözel şiddete uğradıkları (Pearson  $\chi^2$ :4,278;p=0,039) belirtilmiş olsa da, fiziksel şiddet görmeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Pearson  $\chi^2$ :2,680;p=0,102).

Doktorların verdiği güvenlik notuna göre çalıştığı hastanelere baktığımızda aile sağlığı merkezleri güvenlik notu en düşük birim olurken özel hastaneler en yüksek birim oldu. (Kruskal-Wallis test:48,070; p<0,001).

## Tartışma

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda yapılan bu çalışmada, Edirne İl Merkezinde bulunan sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin, hekime yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilebilmek hedeflendi.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %90,5’i meslek hayatları boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını ifade etti. Bu da demek oluyor ki doktorların 10’da 9’u hayatlarında bir kez de olsa şiddetle karşı karşıya kalmaktadır. Katılımcıların %88,5’i sözel şiddete maruz kaldığını ifade etti.

**Tablo 4.** “Şiddet sizde nasıl bir etki bıraktı?” sorusuna katılımcıların verdiği cevaplar

		n	%
Şiddet sizde nasıl bir etki bıraktı?	Öfke	124	24,4
	Hayal kırıklığı	107	21,1
	Üzüntü	86	17
	Anksiyete	69	13,5
	Güvensizlik	67	13,2
	Çaresizlik	55	10,8
Şiddetin doktorların çalışmasına etkisi	Yaptığım işten keyif almıyorum	94	34,3
	Daha endişeliyim	79	28,8
	Etkisi olmadı	63	23,0
	Daha dikkatliyim	29	10,6
	Çalıştığım kurumu değiştirmek istiyorum	9	3,3

%60,3'ü tehdit edilirken, %46,7'si mobinge ve %18,7'si de fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtti. Türkiye'de yapılmış iki farklı çalışmada, tüm sağlık çalışanlarının %87 oranında şiddet davranışına maruz kaldığı saptanmıştır.<sup>[8,9]</sup>

Son bir yılda katılımcıların %50,8'i en az bir kez şiddete maruz kaldığı ifade etti, bunlardan %47,1'i sözel şiddete, %29,8'i en az bir kez tehdide maruz kaldığını ifade etmiştir. %4,6'si fiziksel şiddete maruz kalırken, % 0,9'u da en az bir kez cinsel tacize maruz kaldığını belirtti. WHO, ILO ve ICN'nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına

bakıldığında, genel olarak çalışanların %3-17'sinin fiziksel, %27-67'sinin sözel, %10-23'ünün psikolojik, %0,7-8'inin cinsel içerikli, %0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmektedir.<sup>[10]</sup>

Cinsiyete göre meslek hayatı boyunca sözel şiddete maruz kalma sıklığı kadında daha fazla iken (%90-87) meslek hayatı boyunca fiziksel şiddete maruz kalma ise erkekte daha fazla görülmektedir (%21-13). Son bir yılda çalışmamıza katılan erkeklerin %42,9'u (n=105) şiddete maruz kalırken, kadınların %63,6'sı (n=115) şiddete maruz kaldığını ifade etti. Türkiye'de bu konuda yapılmış çok merkezli çalışmalar vardır. Bunlardan

**Tablo 5. Son bir yılda şiddete maruz kalma ile katılımcıların özellikleri arasındaki ilişki**

		Şiddete maruz kalmadım n=213 (%49,2)		Şiddete maruz kaldım n=220 (%50,8)		Toplam n=433 (%100)	İstatistik	
		n	%	n	%			
Cinsiyet	Erkek	153	57,1	115	42,9	268	Pearson $\chi^2:17,552p<0,001$	
	Kadın	60	36,4	105	63,6			165
Akademik kariyer	Akademik kariyeri olmayan	147	43,2	193	56,8	340	Pearson $\chi^2:24,684p<0,001$	
	Profesör	39	78	11	22			50
	Doçent	13	65	7	35			20
	Doktor Öğretim Üyesi	14	60,9	9	39,1			23
Görev yaptığı kurum	Üniversite hastanesi	151	51	145	49	296	Pearson $\chi^2:5,101$ p=0,165	
	Devlet hastanesi	33	43,4	43	56,6			76
	Aile sağlığı merkezleri	16	39	25	61			41
	Özel hastaneler	13	65	7	35			20
Günlük hasta sayısı	10 ve altı	47	68,1	22	31,9	69	Pearson $\chi^2:22,118p<0,001$	
	10-50 arası	145	49,8	146	50,2			291
	50 ve üzeri	21	28,8	52	71,2			73
Uzmanlık durumuna göre	Pratisyen hekim	17	38,6	27	61,4	44	Pearson $\chi^2:14,44$ p=0,001	
	Asistan hekim	82	41,6	115	58,4			197
	Uzman hekim	114	59,4	78	40,6			192
Branş	Dahili branşlar	149	48,1	161	51,9	310	Pearson $\chi^2:0,555$ p=0,456	
	Cerrahi branşlar	64	52	59	48			123

en kapsamlılarından biri 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve Kütahya'da sağlık kurumlarında yapılan çalışmadır. Çalışmaya hem birinci basamaktan, hem devlet hastanesi hem de üniversite hastanesinde çalışanlar dâhil edilmiştir. Son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorgulandı. Çalışanların yaklaşık yarısı (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52,5) şiddete uğradığını ifade etmiştir.<sup>[11]</sup> Bizim çalışmamızda da yapılan diğer çalışmalarda da kadınların erkeklere göre işyerinde daha fazla şiddet gördüğü saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmaların aksine bizim çalışmamızda çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılık saptandı.<sup>[12]</sup> Deneyim süresi arttıkça veya yaş arttıkça şiddete uğrama sıklığının azaldığı görüldü. Yaş ilerledikçe doktorluk hayatında tecrübe kazandıkça hastalarla gereksiz tartışmalara daha az girmektedirler.

Katılımcıların %45,5'i (n=197) asistan hekim, %44,3'ü (n=192) uzman hekim, %10,2'si (n=44) pratisyen hekim idi. Çalışmamıza katılan uzman hekimlerin %40,6'sı şiddete maruz kalırken, pratisyen hekimlerin %61,4'ü asistan hekimlerin ise %58,4'ü şiddete maruz kaldı. Uzman olma veya olmama ile şiddete maruz kalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Katılımcıların % 11,5'i (n=50) profesör, % 4,6'sı (n=20) doçent, % 5,3'ü (n=23) yardımcı doçent idi. Akademik kariyeri olmayanların %56,8'i şiddete maruz kalırken, yardımcı doçentlerin %39,1'i, doçentlerin %35'i ve profesörlerin %22'si şiddete maruz kaldı. Yine uzman olanların daha az şiddet görmesine paralel olarak akademik kariyeri arttıkça doktorların şiddet görme oranı azalmıştır.

Bunun birkaç nedeni olabilir. Birincisi insanların kariyere ve ünvana saygı duyup akademik kariyeri olan kişilere karşı tavırlarının değişmesi; ikincisi akademik kariyeri olan doktorlara ulaşmanın daha zor olması nedeniyle insanların daha bilgili olduğunu düşünüp saygı duyması; üçüncüsü akademik kariyer yaparken geçen sürede doktorların

kazandıkları deneyim ve tecrübe sonucu insanları nasıl yönetebileceğini bilmesi de şiddeti azaltan sebeplerden olabilir. Yine yaptığımız çalışmada yaşa ve deneyim süresine göre şiddetin daha az görülmesi de bunu destekler niteliktedir.

Katılımcıların 310'u dahili branşlardan, 123'ü cerrahi branşlardan idi. Branşlara göre şiddete baktığımızda dahili branşların %52'sinin (n=161) şiddete maruz kaldığını cerrahi branşların ise %48'inin (n=59) şiddete maruz kaldığını gördük.

Fakat meslek hayatı boyunca herhangi bir şiddet görmelerine baktığımızda cerrahi branşların %95,1'i (n=117) şiddete maruz kalırken, dahili branşların %88,7'si (n=275) şiddete maruz kalmıştır. Son bir yıla baktığımızda dahili branşlar daha fazla şiddet görüyor gibi görülmesine rağmen cerrahi branşlar daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. Ayrıca fiziksel şiddet olarak da cerrahi branş doktorları daha fazla tehdit altında olduğu görüldü.

Sağlık kuruluşuna göre şiddet sıklığına baktığımızda ise en az şiddete maruz kalan birimin özel hastaneler olduğunu görmekteyiz (%35). Bunun en önemli nedenleri bekleme süresinin daha az olması, insanların sorularına cevap verebilecek hekim dışı sağlık personeli (hemşire, danışma, sekreter gibi) olması ve belki de sorunlarına daha hızlı çözüm bulmaları olabilir. Kurumların randevu sistemine geçerek bir hastaya ayrılan süreyi arttırmaları şiddetin önüne geçilmesine yardımcı olacaktır.

Günlük bakılan hasta sayısına göre şiddete maruz kalma durumuna baktığımızda ise 10 ve altında hasta bakan hekimler %31,9 şiddete maruz kalırken, günde 10-50 hasta bakanlar %50,2, günde 50 ve üzeri hasta bakanlar ise %71,2 olarak saptanmıştır. Hasta başına ayrılan süre arttıkça daha az şiddet görüldüğü bariz şekilde görülmektedir. Bunun dışında doktora ulaşmak için uzun bekleme süresinin olmaması şiddetin meydana gelmesinin azaltmakta önemli unsurlardandır. Kafalarındaki sorulara cevap bulabilecek zaman bulabilen hastalar daha sakin olmakta ve böylelikle daha az şiddet görülmektedir. Sağlıkta görülen şiddetin en önemli sebeplerinden biri önem-



senme isteği olduğundan hasta başına ayrılan sürenin arttırılması şiddetin önüne geçmekteki en önemli unsurlardan biridir.

Şiddete maruz kalan doktorlarımıza “sizce bunun nedeni ne olabilir?” diye sordüğümüzde %21 ile en fazla düşünülen sebep uzun bekleme süresi idi. Daha önce yapılan çalışmalarda da benzer şekilde en sık görülen sebeplerden biri olarak uzun bekleme süreleri gösterilmiştir.<sup>[13]</sup> “Sizce şiddetin nedeni ne olabilir?” sorusuna aldığımız diğer cevaplar ise; %19’u tedaviden memnuniyetsizlik, %13’ü istediği ilacı yazdıramama, %11’i rapor alamama, %11’i ihmal edildiğini düşündüğü için, %8’i hitapla ilgili problemlerden, %7’si kötü haber alma, %6’sı kurum yetersizlikleri ve %3 alkol veya ilaç etkisinde olması oldu. Katılımcılara “sizce sağlıkta artan bu şiddetin sebebi ne olabilir?” diye sordüğümüzde; %76,4’ü sebebin sağlık sektöründe uygulanan politikalar olduğunu düşünürken, %59,8’i ise olayları medyanın körüklediği ve %44,1’i hastane idarecilerinden kaynaklandığını düşünmektedir.

Yurt içinde ve yurt dışında yapılan çalışmaların büyük bir kısmında şiddet olaylarının en çok acil servis çalışma ortamlarında meydana geldiğini görülmüştür.<sup>[9,14]</sup> Bizim çalışmamızda %38 ile şiddet en fazla poliklinikte yaşanırken, %25’i yataklı serviste, %19’i acil serviste, %7’si bekleme salonunda, %7’si hastane koridorunda, %4’ü kendi odalarında yaşadıklarını ifade ettiler. Bizim çalışmamızın diğer çalışmalardan farklı sonuç vermesinin en önemli nedeni çalışmamıza katılan acil hekimi sayının az olmasıdır.

Şiddete maruz kalan doktorların %57’si şiddet sonrası herhangi bir şikâyette bulunmaz iken %15’i idareye bildirmiş, %15’i güvenlik çağırması ve %13’ü karakola şikâyette bulunmuştur. Doktorlara yaptığımız şikâyet sonucunda ne yapıldı diye sordüğümüzde %30 oranında şiddet uygulayana hapis cezası verildiğini, %20 oranında para cezası aldığını, %20’sinde hiçbir sonuç alınamazken %30’unda hala mahkemenin devam ettiğini ifade ettiler. Bu durum; sağlık çalışanlarının ya şiddeti

benimsemelerinin ya da kendilerine yönelik tehditlerin ve aynı zamanda şikâyet etmeleri durumunda yargı sürecinin çok yavaş işleminin etkili olduğunu gösterebilir. Doktorlarımız hakaret veya küfürle kendilerine sözel şiddet uygulanmasına alıştığını ifade ediyorlardı. Bir çoğu şikâyette bile bulunmadığını ve bu durumun düzeleceğine dahi inancı kalmadığını ifade etmiştir. Tehditlere karşı boyun eğer duruma gelmiş, sadece fiziksel bir şiddetle karşılaştıklarında şikâyetçi olmuşlardır. Uygulanan sağlık politikaları sağlık kurumlarını birer ticarethanelere dönüştürmüş, medya da doktora yönelik şiddet haberlerinin popüler bir hal alması halkın gözünde doktorları değersizleştirmiş, doktorluk artık saygı duyulmayan bir meslek haline gelmiştir. Politikacıların, medyanın ve idarecilerin söylemlerinde değişiklik yapıp doktorluğu yeniden saygın bir meslek haline getirebilmek şiddetin önemli ölçüde azaltacaktır.

## Sonuç

Şiddet doktorun yaşına, cinsiyetine, branşına, çalıştığı kuruma, uzman olup olmamasına, akademik kariyerine ve hastanın beklentilerine göre değişmektedir. Hastalar doktordan ne beklemesini gerektiğini bilmemekte, problemi sorunu ne olursa olsun çözüm önerisi sunmasını talep etmektedir. Bunun da en önemli nedeni mevcut sağlık politikaları ve hastane düzenidir. Tek değişen doktorların tecrübe kazandıkça mevcut duruma alışmaları ve hastaları idare etme yeteneklerinin artmasıdır.

Sonuç olarak, sağlıkta şiddet sorunun çözülmesi için; toplumun, sağlık çalışanlarının, idari ve hukuki birimlerin, siyasetçilerin, basının duyarlı davranması gerekmektedir. Randevu sistemleri güçlendirilerek uzun hasta kuyruklarının oluşması engellenmelidir. Yardımcı sağlık personeli sayısı artırılarak hastalara sunulan hizmet daha iyi bir hale getirilebilir. Ayrıca güvenlik güçlerini arttırarak sağlık çalışanlarının güvenliği için gerekenleri yerine getirmelidir. Hasta ve hasta yakınları bilinçlendirilmeli gerekirse kamu spotlarıyla bu bilinçlendirme desteklenmelidir.

Bu çalışma sağlıkta Şiddeti doktorların gözünden değerlendirmeyi amaçlamıştır. Sağlıkta Şiddete bütüncül bir yaklaŐımda bakabilmek, kalıcı çözümlere ve önlemlere ulaşabilmek için diğer bir paydaŐı olan hasta tarafından da değerlendirilmesi gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri Őiddetinin belirlenmesi. J Psychiatr Nursing 2011;2(1):9-16.
2. Dilek A. Sağlık çalışanlarına yönelik Şiddet olgusunun bir devlet hastanesi örneğinde incelenmesi. NWSA: Med Sci 2013;8(2):1-15.
3. Hostiuc S, Dermengiu D, Hostiuc M. Violence against physicians in training. A Romanian perspective. J Forensic Leg Med 2014;27:55-61.
4. Annagür B. Violence towards health care staff: risk factors, aftereffects, evaluation and prevention. Curr Approach Psychiatr 2010;2(2):161-73.
5. Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Yılmaz DA, Yildirim C. Increased violence towards health care staff. J Academic Emergency Med 2012;11(2):115.
6. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. Soc Sci Med 2001;52(3):417-27.
7. Aslan Ö, Lofçalı A, Uğur Ő, Tuğlu A. Hemşirelerin acil serviste Şiddet içeren olgu senaryolarına yaklaşımları. Gülhane Tıp Derg 2005;47(1):18.
8. Erkol H, Gökdoğan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers—A problem in Turkey? J Forensic Leg Med 2007;14(7):423-8.
9. Gökçe T, Dündar C. Samsun ruh ve sinir hastalıkları hastanesi'nde çalışan hekim ve hemŐirelerde Şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. Turgut Özal Tıp Merkezi Derg 2008;15(1):25-8.
10. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. J Occup Health 2008;50(3):288-93.
11. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. ÇeŐitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında Şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Derg 2002;3:147-54.
12. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. J Interpers Viol 2006;21(2):276-96.
13. Aydın B, Kartal M, Midik O, Buyukkakus A. Violence against general practitioners in Turkey. J Interpers Viol 2009;24(12):1980-95.
14. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. J Adv Nurs 2012;68(12):2685-99.

*Geliş tarihi: 19/02/2019*

*Kabul tarihi: 03/03/2019*

*Yayın tarihi: 25/06/2019*

### **Çıkar çakıŐması:**

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

### **İletişim adresi:**

Serdar Öztora,

e-posta: droztora@yahoo.com

# Aile hekimlerinin kistik fibrozis hastalığı, izlemi ve yenidoğan tarama testi konusundaki bilgi düzeyleri

The knowledge of primary care physicians about cystic fibrosis disease, follow up and its newborn screening

Mehmet Semih Demirtaş<sup>1</sup>, Erdem Topal<sup>1</sup>, Fatih Kaplan<sup>1</sup>, Talat Kılıç<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

<sup>2</sup>İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

## Özet

**Giriş:** Kistik fibrozis otozomal resesif geçen ve beyaz ırkta 1:3000 doğum da bir görülen mortalitesi ve morbiditesi yüksek, kronik bir hastalıktır. Erken tanı, hastaların yaşam süresi ve kalitesini etkilemektedir. Türkiye’de, Ocak 2015 tarihi itibarıyla kistik fibrozis yenidoğan tarama testi uygulanmaya başlandı. Bu çalışma; birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin kistik fibrozis hastalığı ve kistik fibrozis yenidoğan tarama testi konusundaki bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlamıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Malatya ilinde çalışan ve gönüllü olan toplam 115 aile hekimi dahil edilmiştir. Aile hekimleriyle yüz yüze görüşmeler araştırmacılar tarafından yapıldı ve KF hastalığıyla ilgili önceden hazırlanmış anket formu dolduruldu. Çalışma için Malatya ili Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı’ndan onay alınmıştır. İstatistiksel değerlendirme SPSS (SPSS for Windows, Version 20.0, SPSS Inc, U.S.A) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Aile hekimlerinin ortanca yaşı 42 (30-50) yaş olup, 65 (%56,5)’i erkek idi. Katılımcıların meslekteki ortanca süresi 17 yıl (5-25) idi. Aile hekimlerinin kistik fibrozis hastalığı konusundaki bilgi düzeylerine bakıldığında; 103 (% 89,6)’ü hastalığın otozomal resesif geçtiğini biliyordu. Kistik fibrozisi düşündüren belirtiler sorulduğunda; aile hekimlerinin %80,9’u büyüme geriliği ve %90,4’ü tekrarlayan akciğer enfeksiyonunun kistik fibrozisi düşündürdüğünü belirtti. Katılımcıların % 96,5’i kistik fibrozis tanısı için ter testi yapılması gerektiğini bilmelerine rağmen, ter testi pozitifliği için terdeki Cl konsantrasyonunun 60 mmol/L’nin üzerinde olması gerektiğini ancak %31,3’ü biliyordu. Katılımcıların %84,3’ü Türkiye’de yenidoğan döneminde kistik fibrozis tarama testinin yapıldığını biliyordu. KF testi pozitif çıkan hastaların kistik fibrozis merkezine gönderilmesi gerektiğini ise katılımcıların %62,6’sı doğru olarak cevapladı. Katılımcılara kistik fibrozisli hastaların izlemi konusundaki bilgileri sorulduğunda; sadece 21’i (%17,3) hastaların 3-6 ay aralarla kontrollere gitmeleri gerektiğini biliyordu. Katılımcıların sadece 39’u (%33,9) kistik fibrozisli hastaların düzenli göğüs fizyoterapisine devam etmeleri gerektiğini biliyordu.

**Sonuç:** Birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin kistik fibrozis hastalığı ve izlemi konusundaki bilgi düzeyleri yetersizdir. Bu nedenle Kistik fibrozis hastalığı için tıp fakültelerindeki mezuniyet öncesi eğitime ve mezuniyet sonrası mesleki eğitime önem verilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Aile hekimleri, kistik fibrozis, bilgi düzeyleri

## Summary

**Introduction:** Cystic fibrosis is a chronic disease with a high mortality and morbidity rate, with autosomal recessive transmission seen at 1: 3000 births and more common in the white race. Early diagnosis affects the life survey and quality of the patient’s. In Turkey, cystic fibrosis As of January 2015 started to be applied to newborn screening test. This work; aimed to measure the level of knowledge of cystic fibrosis disease and cystic fibrosis neonatal screening in family physicians working in primary care.

**Methods:** A total of volunteered 115 family physicians working in Malatya province were included into the study. Face-to-face interviews were held with family physicians and a survey was completed. The study was approved by the Ethical Committee Presidency of Clinical Investigations in Malatya. SPSS SPSS SPSS (SPSS for Windows, Version 20.0, SPSS Inc, USA) was implemented.

**Findings:** The average age of the family physicians was 42 years (30-50 years) and 65 (56.5%) were male. The median duration of family physicians was 17 years (5-25). When the knowledge level of family physicians about cystic fibrosis disease was analyzed, 103 (89.6%) physicians knew that the disease was autosomal recessive. When asked for symptoms suggestive of cystic fibrosis, they indicated that growth retardation (80.9%) and recurrent lung infection suggested cystic fibrosis (90.4%). Although 96.5% of the participants knew that sweat testing was needed for the diagnosis of cystic fibrosis, only 31.3% knew that the Cl concentration had to be above 60 mmol/L for sweat test positivity. Of the participants 84.3% stated that in the neonatal period, cystic fibrosis screening test was performed in our country; 62.6% of the participants knew that patients with positive CF test should be referred to a cystic fibrosis center. When the participants were asked about the follow-up of patients with cystic fibrosis; Only 21 (17.3%) physicians knew that patients had to be followed-up at 3-6 months intervals. Only 39 (33.9%) family physicians knew that patients with cystic fibrosis should continue regular chest physiotherapy.

**Conclusion:** Family physicians working in a primary care setting have insufficient knowledge of cystic fibrosis disease and its follow-up. Therefore, pre-graduate education in medical schools and post-graduate graduation for cystic fibrosis disease should be given importance.

**Key words:** primary care physician, cystic fibrosis, knowledge level

## Giriş

Kistik fibrozis (KF) otozomal resesif geçen ve beyaz ırkta yaklaşık olarak 1/3000 doğumda bir görülen mortalitesi ve morbiditesi yüksek, kronik bir hastalıktır. Kistik fibrozis, ekzokrin salgı bezlerinde yer alan Kistik Fibrozis Transmembran Regülatör (KFTR) proteini kodlayan gendeki resesif mutasyonlar sonucu oluşur.<sup>(1)</sup> Özellikle çocukları, yaşam surveyin artmasından dolayı da son dönemlerde erişkinleri ilgilendiren multisistemik bir hastalık olup; ekzokrin salgı bezlerinin fonksiyon bozukluğundan dolayı başlıca gastrointestinal sistem tutulumu, solunum sistemi tutulumu, pankreas yetersizliği, terde artmış elektrolit seviyeleri ile karakterize bir hastalıktır.<sup>(2,3)</sup>

Ülkemizde KF hastalığı 2015 yılı Ocak ayı itibariyle ulusal tarama kapsamına alınmıştır.<sup>(4)</sup> Tarama sonuçları ve takiplerinin çoğunluğunu birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler görmektedir. Bu nedenle de birinci basamakta çalışan hekimlerinin KF hastalığı ve kistik fibrozis yenidoğan tarama testi hakkında bilgi sahibi olmaları ve tarama testi sonucundaki anormal durumları ve şüphelendikleri vakaları ilgili merkeze yönlendirmeleri ve ailelere bu konuda gerekli bilgilendirmeleri yapmaları önem arz etmektedir.

Bu çalışmada; birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin KF hastalığı ve Kistik Fibrozis tarama, takip ve tedavisi konusundaki bilgi düzeylerini ölçmek ve bu konuda farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Malatya ilinde çalışan ve gönüllü olan toplam 115 aile hekimi dahil edilmiştir. Aile hekimlerine, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü tarafından belirli dönemlerde verilen kurum içi eğitim programlarında, primer araştırmacılar tarafından ziyaret edilip, gönüllük esasına göre çalışmaya dahil edilmiştir. Aile hekimleriyle yüz yüze görüşmeler araştırmacılar tarafından yapıldı ve KF hastalığıyla ilgili önceden hazırlanmış anket formu dolduruldu.

Anket formu; 19 çoktan seçmeli cevapların olduğu sorulardan oluşmaktaydı. Formda kistik fibrozis hastalığının bulguları, yenidoğan taraması ve kistik fibrozis merkezleri ve kistik fibrozis hastalarının tedavi, korunma ve aşılınmaları ile ilgileri sorulardan oluşmaktaydı. Diğer sorularda ise hekimlerin demografik özelliklerini, KF hastalığının bulgularını, tanı koyma metodunu, tedavisini ve KF merkezlerine yönlendirme becerilerini içeren sorulardan oluşuyordu.

İstatistiksel değerlendirme SPSS (SPSS for Windows, Version 20.0, SPSS Inc, U.S.A) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi. Nitel verilere ait değişkenler sayı ve yüzde olarak, nicel değişkenlere ait veriler ise, ortanca (en küçükten büyük) olarak verildi. Çalışma için Malatya ili Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan onay alınmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya, Malatya ilinde çalışan 115 aile hekimi dahil edildi. Aile hekimlerinin ortanca yaşı 42 (30-50) yaş olup, 65 (%56,5)'i erkek idi. Katılımcıların meslekteki ortanca çalışma süresi 17 yıl (5-25) idi. Aile hekimlerinin KF hastalığı konusunda ki bilgi düzeyleri sorgulandığında; 103 (% 89,6)'ü hastalığın otozomal resesif geçtiğini biliyordu. Kistik fibrozisi düşündüren belirtiler sorulduğunda büyüme geriliği (%80,9) ve tekrarlayan akciğer enfeksiyonu (%90,4) bulgusunun KF' yi düşündürdüğünü belirttiler (**Tablo 1**).

Katılımcıların % 96,5'i KF tanısı için ter testi yapılması gerektiğini bilmelerine rağmen, ter testi pozitifliği için terdeki Cl konsantrasyonunun 60 mEq/L'nin üzerinde olması gerektiğini ancak %31,3'ü biliyordu. Katılımcıların %84,3'ü Türkiye'de yenidoğan döneminde KF tarama testinin yapıldığını bilmelerine rağmen, testi pozitif çıkan hastaların KF merkezine gönderilmesi gerektiğini ancak katılımcıların %62,6'sı biliyordu. Şu an çalıştıkları şehir de KF merkezi olduğunu bilenlerin sayısı ise 21 (%18,6) idi (**Tablo 2**).

Katılımcılara KF'li hastaların izlemi konusundaki bilgileri sorulduğunda; Sadece 21 (%17,3)'i hastaların 3-6 ay aralarla kontrollere gitmeleri gerektiğini biliyordu. Yine katılımcıların sadece 39 (%33,9)'u KF'li hastaların düzenli göğüs fizyoterapisine devam etmeleri gerektiğini biliyorlardı. Ayrıca KF'li hastalarda kullanılan domnaz alfa ve pankreatin içeren ilaçların kullanımı ile ilgili bilgileri de sırasıyla %43,4 (n=43) ve %34,8 (n=40) idi (**Tablo 3**).

**Tablo 1. Aile hekimlerinin KF düşündürülen bulgular konusundaki bilgi düzeyleri**

Kistik fibrozisi düşündürülen semptomlar	n (%)
Kronik ishal	67 (58,3)
Büyüme geriliği	93 (80,9)
Tekrarlayan akciğer enfeksiyonları	104 (90,4)
Sık tekrarlayan hışıltı atakları	88 (76,5)
Üst loblarda bronşektazi	44 (38,3)
Mekonyum ileusu	48 (41,7)
Distal intestinal obstrüksiyon sendromu	25 (21,7)
İnfertilite-vas deferens yokluğu	34 (29,6)
Nazal polip	38 (33)
Balgam kültürlerinde psödomonas üremesi	44 (38,3)
Hipokloremik metabolik alkaloz	40 (34,8)

**Tablo 2. Aile hekimlerinin Kistik Fibrozis Yenidoğan Tarama testi ve KF merkezleri konusundaki bilgi düzeyleri**

	n (%)
KF'li hastaların ne sıklıkta izlenmesi gerektiğini bilen	21 (18,3)
KF'li hastalara günlük tuz verilmesi gerektiğini bilen	27 (23,5)
KF'li hastalara düzenli göğüs fizyoterapisinin yapılması gerektiğini bilen	39 (33,9)
Domnaz alfa içeren ilacın KF'li hastalarda kullanılması gerektiğini bilen	43 (37,4)
Pankreatin içeren ilacın KF'li hastalarda kullanılması gerektiğini bilen	40 (34,8)

## Tartışma

İlk kez 1960'lı yılların başında sadece Fenilketonüri Hastalığının taraması olarak Dr. Robert Guthrie tarafından geliştirilen yenidoğan taramasına, zaman içerisinde hipotiroidizm, biotinidaz ve KF gibi hastalıklar da dahil edilmiştir. Taramada yer alan hastalıklar ülkelerin kendi yürüttüğü programlara göre değişiklik gösterebilmektedir.<sup>(5)</sup> Ülkemizde de 2015 yılında ulusal yenidoğan tarama programına KF hastalığı dahil edilmiştir.<sup>(6)</sup> Çalışmaya dahil edilen aile hekimlerinin büyük bir kısmı ülkemizde KF tarama testinin yapıldığını bilmekteydi. Bununla birlikte KF'de tarama testinin pozitif çıkması halinde hastaların KF merkezlerine yönlendirilmesi gerektiğini 67 aile hekimi (%62,6) biliyordu.

Kistik Fibrozis hastalığı ekzokrin salgı bezlerindeki fonksiyon bozukluğundan kaynaklı olarak meydana gelen ve daha çok gastrointestinal ve solunum sistemlerinin tutulum gösterdiği bir hastalıktır. Kistik Fibrozis de 7. kromozomdaki gen mutasyonu sonucu Kistik Fibrozis Transmembran Regulator Proteininin sentezi bozulmaktadır.<sup>(7)</sup> Bundan dolayı ekzokrin pankreas kanallarında ve akciğerlerde mukus tıkaçları oluşmakta ve erken bebeklik döneminden itibaren kronik ishal ve sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları görülmektedir. Aile hekimlerine KF ile ilgili semptomlar sorulduğunda 104 kişi (%90,4) tekrarlayan akciğer enfeksiyonunun görüldüğünü, 67 kişi (%58,3) ise kronik ishalin

**Tablo 3. Aile hekimlerinin KF'li hastaların izlemi konusundaki bilgi düzeyleri**

	n (%)
KF için yenidoğan tarama testini Türkiye'de yapıldığını bilen	97 (84,3)
Tarama testi sonucu pozitif çıkan hastaların KF merkezine yönlendirilmesi gerektiğini bilen	72 (62,6)
KF merkezlerini Türkiye'de var olduğunu bilen	68 (59,1)
Şu an çalıştığı şehirde KF merkezi olduğunu bilen	21 (18,6)

görüldüğünü bilmekteydi.

KF tedavisi multisistemik bir yaklaşım ile ele alınması gereken bir konu olup, solunum sistemine yönelik tedavi stratejileri mortalite ve morbitideyi belirleyen en önemli faktördür. Bununla birlikte, hastaların sosyoekonomik düzeyleri, büyüme gelişme geriliği ve nutrisyonel açıdan da yakın takip ve tedavi edilmesi gerekmektedir.<sup>(8)</sup> KF'de solunum yolu tedavileri arasında önemli bir yer tutan mukolitik tedavilerde etkinliği kanıtlanan dornaz alfa (Pulmozyme) ve hipertonic salin uygulamaları yer almaktadır.<sup>(9,10)</sup>

Dornaz alfanın, balgam viskozitesini azaltarak solunum fonksiyonlarında düzeltmeye sebep olduğu ve pulmoner atak sayısında azalma yaptığı için KF'li hastalarda erken dönemlerden itibaren kullanılması önerilmektedir.<sup>(11)</sup> Katılımcılardan 43 kişi (%37,4) dornaz alfa verilmesi gerektiğini biliyordu. Bu nedenle de aile hekimlerinin bu konudaki bilgi düzeylerinin artırılması hastalara uygulanacak tedaviler açısından faydalı olacaktır.

KF'de gastrointestinal bulguların tedavisinde temel nokta pankreatik enzimlerin öğünlerden he-

men önce ya da birlikte alınmasını sağlamaktır. Pankreatik enzimleri içeren proteaz, amilaz ve lipazdan oluşan kapsüller bu biçimde alındığında malabsorbsiyon bulguları ortadan kalkar, gaita görünüşü ve sayısı normale döner, hasta hızla kilo almaya başlar. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinden 40 kişi (%34,8) KF'li hastaların bu kapsülleri kullanması gerektiğini biliyordu.

Sonuç olarak, çalışmamıza katılan birinci basamakta çalışan hekimler, KF tarama programı yapıldığını ve test sonucu pozitif çıkan hastaların yönlendirilmesi gerektiğini bilmekteydiler. Ancak buldukları ilde KF takip merkezlerinin olduğunu bilmemekteydiler. Ayrıca KF tanı koyma metotları, koruyucu ve medikal tedaviler açısından yeterli bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. KF testi pozitif olan hastaların erken dönemde takip merkezlerine başvurmaları, hastalığın tanısı ve prognozu açısından önem teşkil etmektedir. Birinci basamakta çalışan aile hekimlerimizin KF konusundaki bilinç düzeyini artırmaya yönelik eğitim programlarının yapılması ve Kistik Fibrozis konusunda multidisipliner ve çok merkezli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Massie J, Ioannou L, Delatycki M. Prenatal and preconception population carrier screening for cystic fibrosis in Australia: where are we upto? Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2014 Dec;54(6):503-9.
2. Doğru D. Kistik fibrozisde tanı. Katkı Pediatri Dergisi 2002;23: 209-17.
3. The facts about cystic fibrosis. Cystic Fibrosis Canada. 2014.
4. Ersu R, Çakır E. Kistik fibrozis yenidoğan tarama testi ile tanı alan hastaları izleme rehberi. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015
5. Tezel B, Dilli D, Bolat H, et al. The development and organization of newborn screening programs in Turkey. J Clin Lab Anal 2014;28:63-9.
6. Türk Toraks Derneği Kistik Fibrozis Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Toraks Dergisi 2011;12(2):8-12, 27-30. <http://toraks.org.tr/upload-Files/book/file/227201115270-TDD Kistik-fibroz.pdf>, Erişim tarihi: 22.04.2016.
7. Onay T, Topaloglu O, Zielenski J, Gokgoz N, Kayserilli H, Camcioglu Y, et al. Analysis of the CFTR gene in Turkish Cystic fibrosis patients. Identification of three novel Mutations (3172 delAC,P10113L and M110281). Hum Genet 1998;102:224-30.
8. Karakoç F, Karadağ B, Erdoğan T, Kut A, Dağlı E. Kistik fibrozisli hastaların klinik özellikleri ve tedavi yaklaşımları. Türk Pediatri Arşivi 2002;37:19-24
9. Doğru D. Kistik fibrozisli hastalarda solunum sistemi tedavisi. In: E. Dağlı ve F. Karakoç, Çocuk Göğüs Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2007; 231-236.
10. Clinical guidelines: Care of children with cysticfibrosis. Published by Royal Brompton&Harefield NHS Trust, 2007.
11. Kirkham HS, Staskon F, Hira N, McLane D, Kilgore KM, Parente A, Kim S, Sawicki GS. Outcomeevaluation of a pharmacy-basedtherapy management program for patients with cystic fibrosis. Pediatr Pulmonol. 2018 Mar 7.

*Geliş tarihi: 12/09/2018*

*Kabul tarihi: 15/03/2019*

*Çevrimiçi yayın tarihi: 25/06/2019*

### **Çıkar çatışması:**

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

### **İletişim adresi:**

Mehmet Semih Demirtaş,

e-posta: md.semihdemirtas@gmail.com



# Neden diğer uzmanlıklar, neden aile hekimliği uzmanlığı değil?

## Why other specialties, why not family medicine specialization?

**Hatice Tuba Akbayram**

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Gaziantep

## Özet

**Amaç:** Dünyada uzman hekimlerin branşlara özgü dağılımı önemli bir sorundur. Birinci basamakta yüksek kalitede bir sağlık hizmeti için, aile hekimliği uzmanlarının sayısının artması gerekmektedir. Bu çalışma, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kariyer seçimlerini, bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve aile hekimliği uzmanlığına bakışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı bu çalışmaya Eylül 2018 - Ekim 2018 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf öğrencisi 132 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara tıp fakültesini seçme nedenleri, uzmanlık seçiminde etki eden faktörler ve aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili görüşlerini içeren anket uygulanmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin %10,6'sı mezun olduktan sonra aile hekimi olarak çalışmayı istemektedir. Erkek öğrencilerin kariyer tercihlerinde en çok istedikleri ilk üç uzmanlık dalı KBB, iç hastalıkları, göz, kız öğrencilerin deri ve zührevi hastalıklar, iç hastalıkları, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık alanı olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin %7,5'inin ilk üç tercihi arasında aile hekimliği uzmanlığı yer alırken, %21,2'sinde yan dal uzmanlık alanlarının olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %56'sının aile hekimi ve aile hekimliği uzmanı arasında 'çok az farklılık olduğunu' düşündüğü bulunmuştur. Aile hekimliği uzmanı olmak isteyenlerin oranı %9 olup %31'i diğer uzmanlık dallarını kazanamazlarsa düşüneceklerini belirtmiştir. Öğrencilerin aile hekimliği uzmanlığını; maddi getiri %58.3, iş-yaşam dengesi %84.8, rahatlık-kolaylık-nöbetlerin olmaması %88.6, insanlara faydalı olma %48.4, risk ve sorumluluk özellikleri %67,4 oranlarında iyi olarak değerlendirilirken, eğlenceli, ilginç olması, monoton-sıkıcı olmaması %56,8, saygınlık (prestij) %46,2, akademik kariyer özellikleri %43,9 oranlarında iyi değil olarak değerlendirdiği bulunmuştur.

**Sonuç:** Sonuç olarak tıp fakültesi öğrencilerinin tıpta uzmanlaşmayı hatta yan dal uzmanlık alanlarını planladıkları, aile hekimliği uzmanlığına ilgilerinin düşük olduğu bulunmuştur. Bu nedenle mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, aile hekimliği ile ilgili dersler verilerek bir uzmanlık dalı olarak aile hekimi uzmanlığı vurgulanmalıdır. Aile hekimliği uzmanlığının daha tercih edilebilir olması ve toplum tarafından saygınlığının artırılması için gerekli önlemlerin alınması ve çalışmaların yapılması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Tıpta uzmanlık tercihi, aile hekimliği uzmanlığı, tıp fakültesi öğrencileri

## Summary

**Aim:** The uneven distribution of specialties among physicians is a worldwide problem. For a high quality primary healthcare system, the number of family physicians should be increased. This study was carried out in order to determine last year medical students' career choices, the factors affecting their decision and to evaluate their views on family medicine specialization.

**Material and Methods:** A cross-sectional and descriptive study of 132 students from the sixth year of Gaziantep University Faculty of Medicine was completed between September 2018 and October 2018. A questionnaire was distributed to the participants asking their reasons for choosing medicine, their plans for specialization and affecting factors, and their opinions about family medicine specialization.

**Results:** After graduation, 10.6% of the students wanted to work as family physicians. The top three specialties for male students are ENT, internal medicine, ophthalmology, while female students tend to prefer dermatology, internal medicine, and child and adolescent psychiatry. While only 7.5% of the students picked family physician specialization as one of their top three specialties, 21.2% of them had even planned their subspecialties. It was found that 56% of the students thought there was "very little difference" between working directly as a family physician right after medical school and after completing family physician specialization. 9% of the students indicated that they want to specialize in family medicine while 31% indicated that they will only continue if they cannot get in too their residencies. Family medicine expertise was evaluated by the students as "good" based on financial stabilization by 58.3%, good work-social/private life balance by 84.8%, a convenience in terms of no night shifts by 88.6%, being a valuable part of society by 48.4%, and a low risk and low liability by 67.4% of the students. It was found that the student's family medicine specialization was "not good" in terms of prestige (46.2%), academic career choices (43.9%) and being interesting (non-monotonous) (56.8%).

**Conclusion:** It was found that students wanted to specialize in medicine and they even planned their subspecialties and had low interest in family medicine specialization. Family medicine specialization should be emphasized during basic medical education. As being the cornerstone of primary healthcare system, family medicine specialty should be more appealing by improving the negative conditions and mind sets that render it unattractive. Further research should be performed to increase the prestige by the society.

**Key Words:** Career preferences, family medicine specialization, medical students

## Giriş

Bir sağlık sisteminin başarılı olabilmesi için, toplumun her bireyine sürekli, kapsamlı ve maliyet-etkin sağlık bakımı sunması gereklidir. İyi bir eğitim almış aile hekimlerinin görev yaptığı birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık hizmetleri modelleri, daha kaliteli, daha etkin ve daha ekonomik sağlık hizmeti sunar. 2010 yılında tüm Türkiye’de yaygınlaştırılan aile hekimliği uygulaması ile ülkemizin sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler olduğu bildirilmektedir.<sup>(1,2)</sup>

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimleri 1985 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde, 1993 yılından itibaren de üniversitelerde verilmeye başlanmıştır.<sup>(3)</sup> Türkiye’de aile hekimliğinin akademik ve bilimsel bir tıp disiplini ve birinci basamak yönelimli bir uzmanlık alanı olarak gelişimi 25 yıldır devam etmektedir.

Uzmanlık eğitiminin temel amacı; toplumun gereksinimlerine yanıt verebilen uzman hekimler yetiştirmek ve kaliteli sağlık hizmeti verilmesini sağlamaktır. Ülkemizde altı yıl tıp fakültesi eğitimini başarılı bir şekilde tamamlayan hekimler, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS)’na girmeden “Birinci Aşama Aile Hekimliği Uyum Eğitimi” sertifika programından geçerek aile hekimi olarak birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde çalışabilmektedir.

Ancak, dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de de hekimler uzmanlaşmayı tercih etmektedir. Sağlık Bakanlığı 2016 verilerine göre Türkiye’de 144.827 hekim bulunmakta, bunların 22.207’si (%15,3) aile hekimliğinde çalışmaktadır. Aile hekimliği biriminde çalışan hekimlerin sadece %6,8’ini (n=1525) aile hekimliği uzmanları oluşturmaktadır. Türkiye’deki tüm hekimlerin dağılım oranlarına bakıldığında %54,3’ünü uzman hekimler ve %16’sını uzmanlık eğitimi almakta olan hekimlerin oluşturduğu, pratisyen hekim oranının %29,7 olduğu göze çarpmaktadır.<sup>(4)</sup> Birinci basamakta çalışan hekim sayısının azlığı, uzmanlaşmayı tercih eden hekim sayısının fazlalığı değerlendirildiğinde aile hekimliği uzmanı sayısının art-

tırılmasının önemi açık olarak görülmektedir. Aile hekimi sayısındaki azlık nedeniyle esasen birinci basamakta verilmesi gereken sağlık hizmetlerinin, toplumda seyrek görülen hastalıklar konusunda eğitim almış hastane uzmanları tarafından verilmesi genellikle daha fazla tetkik anlamına gelmektedir.<sup>(5,6)</sup>

Bu çalışma tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kariyer seçimlerini, bunları etkileyen faktörleri belirlemek ve bir uzmanlık dalı olarak aile hekimliği uzmanlığına bakışlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu kesitsel tanımlayıcı çalışmada, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 2018-2019 eğitim-öğretim yılında son sınıfta bulunan toplam 174 öğrenci araştırma evrenini oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmeden tüm öğrencilere ulaştırılması planlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 132 (%75,8) öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma öncesi Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan izin alınmıştır. Öğrencilere çalışma ile ilgili bilgilendirme yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, tıp fakültesini seçme nedenleri, kariyer tercihlerine etki eden faktörler ve aile hekimliği uzmanlığı ile ilgili soruları içeren anket formu öğrenciler tarafından doldurulmuştur. Verilerin analizi SPSS programı ile yapılmış, frekans dağılımları, sayı ve yüzde değerleri, ortalama ve standart sapma değerleri belirlenmiştir.

## Bulgular

Çalışmaya katılan 132 öğrencinin yaş ortalaması 24,2±1 yıl olup, 56’sı kız (%42,4) 76’sı (%57,6) erkekti. Öğrencilerin 61’i (%46,2) Anadolu Lisesi, 48’i (%36,3) Fen Lisesi, 5’i yabancı lise (%3,7), 18’i (%13,6) diğer liselerden mezundu. Tıp fakültesini seçme nedenleri arasında en önemli faktörler; saygın bir meslek olması 51 (%38,6), tıbbi olan özel ilgi 26 (%19,7), insanlara faydalı olmak 20 (%15,1)

olarak bulundu (**Tablo 1**).

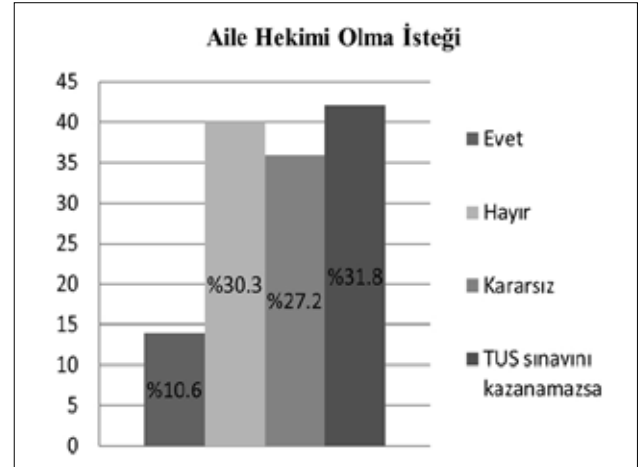
“Mezun olduktan sonra aile hekimi olarak çalışmak ister misiniz?” sorusuna katılımcıların 14’ü (%10,6) evet, 42’si (%31,8) “TUS sınavını kazanmazsam tercih edebilirim” olarak yanıtladı. Katılımcıların bir uzmanlık olarak aile hekimliği uzmanlığı yapmak isteyip istememeleri sorgulandığında, 12’si (%9) evet, 41’i (%31) ise diğer uzmanlıkları kazanamazlarsa tercih edebileceklerini belirtti (**Şekil-1 ve 2**).

Aile hekimi ve aile hekimliği uzmanı arasındaki farklılığın değerlendirilmesi amacıyla sorulan soruya katılımcıların 74’ü (%56’sı) “aralarında çok az farklılıklar var, yaptıkları işler hemen hemen aynı” diye yanıtlarken 35’i (%26,5) “aralarında önemli farklılıklar olduğunu düşünüyorum” olarak yanıtladı. 23’ü (%17,4) kararsız olduğunu ifade etti. Katılımcılar “aile hekimliği uzmanlık eğitimi hakkında (alınan rotasyonlar, eğitim süresi vb.) bilginiz var mı?” sorusuna %46,2’si (61) “kısmen” ve %29,5’i (39) “hayır” olarak yanıtladı. Öğrencilerin çoğunluğunun (%75,7) aile hekimliği uzmanlığı ile bilgilerinin olmadığı veya yetersiz olduğu bulundu. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile ilgili bilgisi olanların oranı %24,2 (32) idi.

Erkek öğrencilerin, kariyer tercihlerinde en çok istedikleri üç uzmanlık dalı kulak burun boğaz hastalıkları (KBB), iç hastalıkları, göz hastalıkları olarak bulundu. Kız öğrencilerin ise en çok iste-

dikleri ilk üç tercihin deri ve zührevi hastalıklar, iç hastalıkları ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları olduğu saptandı. Tüm öğrenciler içinde aile hekimliği uzmanlığının ilk üç tercih arasında seçilme oranı %7,5 (10) idi. Çalışmada 28 (%21,2) öğrencinin ilk üç tercihi arasında yan dal uzmanlık alanları olduğu belirlendi. Yan dal uzmanlık planları; sekiz hematoloji, beş onkoloji, üç pediatrik hematoloji, üç romatoloji, üç endokrin ve metabolizma hastalıkları, üç immünoloji ve alerji, bir pediatrik nöroloji, bir gastroenteroloji, bir yoğun bakım uzmanlığı şeklinde bulundu (**Tablo 2**).

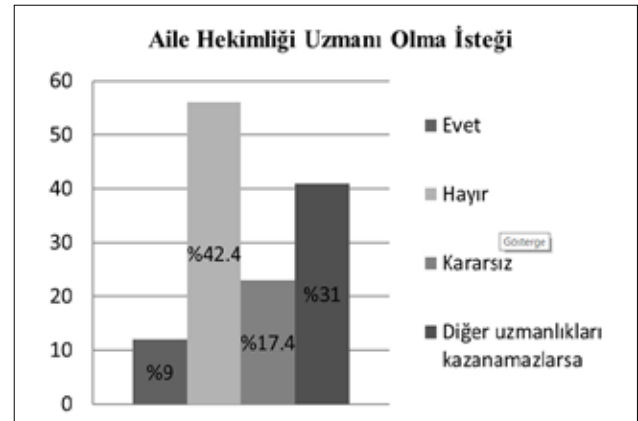
Uzmanlık tercihinin en çok etki eden faktörler; bir uzmanlık alanına ilgi %21,2, iş-yaşam dengesi %17,4, toplum tarafından algılanan saygınlık %15,1 olarak belirlendi (**Tablo 3**).



**Şekil 1.** Tıp Fakültesi öğrencilerinin aile hekimi olma isteği.

**Tablo 1.** Öğrencilerin tıp fakültesini seçme nedenleri

Öğrencilerin tıp fakültesini seçme nedenleri	n	%
Saygın bir meslek olması	51	38,6
Tıbbi özel ilginin olması	26	19,7
İnsanlara faydalı olmak	20	15,1
Aile, öğretmen ve çevrenin yönlendirmesi	12	9,1
İş garantisi ve maddi getiri	10	7,6
Puanın yüksek olması	8	6,1
Diğer faktörler	5	3,8



**Şekil 2.** Tıp Fakültesi öğrencilerinin aile hekimliği uzmanı olma isteği.

Çalışmanın son bölümünde katılımcılardan, aile hekimliği uzmanlığını uzmanlık seçimine etki eden faktörleri göre 5’li likert tipi ölçek kullanarak

**Tablo 2. Tıp Fakültesi öğrencilerinin en çok istediği uzmanlık alanları**

Uzmanlık alanları	Erkek n (%)	Kız n (%)
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	26 (34,2)	7 (12,5)
İç Hastalıkları	19 (25)	12 (21,4)
Göz Hastalıkları	18 (23,6)	5 (8,9)
Deri ve Zührevi Hastalıklar	8 (10,5)	18 (32,1)
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	-	11 (19,6)
Aile Hekimliği	5 (6,5)	5 (8,9)
Yan Dal Uzmanlıkları	16 (21)	12 (21,4)

**Tablo 3. Uzmanlık tercihinin en çok etki eden faktörler**

	n %
Bir uzmanlık alanına olan ilgi	28 (21,2)
İş-yaşam dengesi	23 (17,4)
Toplum tarafından algılanan saygınlık	20 (15,1)
İnsanlara faydalı olma özellikleri	14 (10,6)
Akademik kariyer özellikleri	13 (9,9)
Maddi getirisinin yüksek olması	13 (9,9)
Rahatlık-kolaylık nöbetlerin olmaması	10 (7,6)
Diğer	11 (8,3)

**Tablo 4. Aile Hekimliği Uzmanlığının Tıp Fakültesi öğrencileri tarafından değerlendirilmesi**

	Oldukça iyi	İyi	Kararsız	Kötü	Oldukça kötü
Maddi getiri	16 (%12,1)	61 (%46,2)	39(%29,6)	13(%9,8)	3(%2,3)
Saygınlık (prestij)	5(%3,8)	30(%22,7)	36(%27,3)	35(%26,5)	26(%19,7)
İş-yaşam dengesi	59(%44,7)	53(%40,2)	6(%4,5)	8(%6,1)	6(%4,5)
Akademik kariyer özellikleri	10(%7,6)	23 (%17,4)	41(%31,1)	41(%31,1)	17(%12,8)
Rahatlık-kolaylık nöbetlerin olmaması	76(%57,6)	41(%31,1)	9(%6,8)	2 (%1,5)	4 (%3)
İnsanlara faydalı olma	12(%9,1)	52(%39,4)	42 (%31,8)	16 (%12,1)	10(%7,6)
Eğlenceli ilginç olması, monoton-sıkıcı olmaması	5(%3,8)	14(%10,6)	38(%28,8)	41(%31)	34(%25,8)
Risk ve sorumluluk özellikleri	36(%27,3)	53(%40,1)	29(%22)	10(%7,6)	4 (%3)

“oldukça iyi”, “iyi”, “kararsız”, “kötü”, “oldukça kötü” olarak değerlendirmeleri istendi. Aile hekimliği uzmanlığı tıp fakültesi öğrencileri tarafından maddi getiri yönünden %58,3, iş-yaşam dengesi %84,9, rahatlık-kolaylık nöbetlerin olmaması %88,6, insanlara faydalı olma özelliği %48,4, risk ve sorumluluk özellikleri %67,4 oranlarında “iyi” olarak değerlendirildi. Öğrencilerin aile hekimi uzmanlığını saygınlık (prestij) %46,2, akademik kariyer özellikleri %43,9, eğlenceli, ilginç olması, monoton-sıkıcı olmaması %56,8 oranlarında “iyi” olarak değerlendirmedeği bulundu (Tablo 4).

Çalışmamızda son olarak öğrencilere “Size göre aile hekimliği uzmanlığının en olumsuz yönü?” şeklinde açık uçlu soru sorularak öğrencilerin bu konuda en fazla vermiş olduğu cevaplar değerlendirildi. Öğrencilerin %35’i bu soruyu boş bırakırken, %23’ü prestijinin düşük olduğu ve toplumda gereken önemin verilmediği yönünde cevaplar verirken %14’si monoton ve sıkıcı olduğunu, %12’si mesleki tatminsizliğin olduğunu, %10’u akademik kariyer, kendini geliştirme alanının az olduğunu, %5’i çalışma koşulları ve sistemle ilgili sıkıntılarının olduğunu ifade etti.

## Tartışma

Ülkemizin sağlık sistemine göre altı yıl tıp fakültesini tamamladıktan sonra hekimler uzmanlık sınavına girmeden aile hekimi olarak birinci basamak sağlık hizmetinde çalışabilmekte ama genel-

likle uzmanlaşma yolunu tercih etmektedir. Bu çalışmada tıp fakültesinden mezun olduktan sonra aile hekimi olarak çalışmak isteyenlerin oranı %10,6 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada uzmanlık sınavına girmeden pratisyen hekim olarak çalışmak isteyen öğrencilerin oranı %3,6 olarak bildirilmiştir.<sup>(7)</sup> Bu çalışmada aile hekimliği uzmanı olmak isteyenlerin oranı (%9), aile hekimi olarak çalışmak isteyenlerin oranına (%10,6) çok yakın bir değer olarak bulunmuştur. Ayrıca aile hekimi ve aile hekimliği uzmanlığı arasındaki farklılığı değerlendirmek amacıyla sorulan soruya öğrencilerin %56'sı "aralarında çok az farklılıklar var, yaptıkları işler hemen hem aynı" olarak cevaplamıştır. Bu durum, öğrencilerin çoğunluğu tarafından aile hekimliği uzmanlığının aslında tam bir uzmanlık olarak görülmediğini, aile hekimliği ile aynı ölçüde değerlendirdiklerini göstermektedir.

Türkiye'de aile hekimliği uzmanlık eğitimi, diğer uzmanlıklar gibi tıp fakültesini bitiren hekimlerin TUS sınavını kazandıktan sonra başlamakta ve üç yıl sürmektedir. Çalışmamızda öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun (%75,7) aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile ilgili bilgilerinin olmadığı veya yetersiz olduğu bulunmuştur. Gaziantep Üniversitesi eski bir üniversite olmasına rağmen Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın yeni kurulması, öğrencilerin rol model olarak alabilecekleri öğretim üyesi ve aile hekimi asistanlarının olmamasının bu durumu etkilediği düşünülmüştür.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda, kariyer seçimlerinde mesleki tatmin, prestij, maddi getiri, kendi ilgi alanları, akademik kariyer yapma isteği, TUS puanlarının etkili olduğu gösterilmiştir.<sup>(8-10)</sup> Bizim çalışmamızda da, diğer çalışmalara benzer şekilde, uzmanlık tercihinin en çok etki eden faktörler; uzmanlık alanına ilgi %21,2, iş-yaşam dengesi %17,4, toplum tarafından algılanan saygınlık %15,1, insanlara faydalı olma özellikleri %10,6, maddi getirisinin yüksek olması %9,8, rahatlık-kolaylık nöbetlerin olmaması %7,5 olarak bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda kariyer tercihlerinde kız ve erkek öğrenciler arasında farklılıklar olduğu bulunmuştur.<sup>(11-13)</sup> Ülkemizde yapılan bir çalışmada, erkek öğrencilerin en fazla spor hekimliğini, kız öğrencilerin ise KBB'yi uzmanlık alanı tercihlerinde ilk sırada düşündükleri belirtilmektedir.<sup>(14)</sup> Bu çalışmada erkek öğrencilerin kariyer tercihlerinde en çok istedikleri ilk üç uzmanlık dalının KBB, iç hastalıkları, göz hastalıkları, kız öğrencilerin ise deri ve zührevi hastalıklar, iç hastalıkları, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları olduğu bulunmuştur.

Ayrıca 28 (%21,2) öğrencinin ilk üç tercihi arasında yan dal uzmanlık alanlarını belirtmesi çalışmada dikkat çekici olmuş, uzmanlaşmaya olan yönelimin ve isteğin hızla devam ettiğini göstermiştir. İstanbul Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, tıp eğitimi sonunda kendini pratisyen hekim olarak yeterli hisseden öğrencilerin oranı %14,8 olup intörnlerin %63,1'i aldıkları eğitimin birinci basamak hizmet sunumuna değil, uzmanlaşmaya yönelik olduğunu belirtmiştir.<sup>(15)</sup> Genel olarak klinik tıp eğitiminin birinci basamak sağlık kurumlarından tamamen farklı olan üniversitelere bağlı kliniklerde veya iyi donanımlı hastanelerde verilmesi, hastaların ileri tetkiklerle değerlendirdikten sonra tedavilerin düzenlenmesi, birinci basamak sağlık hizmeti sunmaya yabancı, yetersiz ve isteksiz hekimlerin uzmanlaşmaya yönelmesinin nedenlerinden olabilir.

Yapılan birçok çalışmada aile hekimliği uzmanlığına ilginin diğer uzmanlıklara göre düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>(9,16-18)</sup> Çalışmamızda öğrencilerin ilk üç tercihte aile hekimliği uzmanlığını belirtenlerin oranı %7,5 bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde ilk üç tercihte aile hekimliği uzmanlığı %5,5 olarak tespit edilmiştir.<sup>(19)</sup>

Öğrencilerin aile hekimliği uzmanlığını tercih etmeleriyle ilgili yapılan çalışmalarda, motivasyonu azaltıcı faktörler olarak düşük sosyal statü, prestij eksikliği, diğer uzmanların olumsuz yorumları ve olumsuz rol modeller olduğu gösterilmiştir.<sup>(20-22)</sup>

Bu çalışmada, aile hekimliği uzmanlığı maddi getiri, iş-yaşam dengesi, rahatlık-kolaylık nöbetlerin olmaması, risk ve sorumluluk özellikleri açısından “iyi”, saygınlık ve eğlenceli ilginç olma-monoton sıkıcı olmama özellikleri bakımından “iyi değil” olarak değerlendirilmiştir.

Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçildikten kısa bir süre sonra farklı illerden pratisyene aile hekimlerinin katıldığı bir çalışmada, aile hekimliğinin olumlu yanları olarak “hasta hekim ilişkisinin iyi olması ve ücretin iyi olması” yanıtı verilmiş, olumsuz yanları içinde “çalışma şartları ve ortamı ile ilgili sıkıntılar” ilk sırayı almıştır.<sup>(23)</sup> Shrestha ve Joyce’un çalışmasında, genel pratisyenlikteki çalışma saatlerinde esneklik olması memnuniyetini artıran bir faktör olarak bulunmuştur.<sup>(24)</sup>

Çalışmamızda öğrencilerin %46,2’si aile hekimliği uzmanlığını saygınlık (prestij) açısından iyi olarak görmediklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca “Aile hekimliği uzmanlığının size göre en olumsuz yönü nedir?” sorusuna öğrencilerin %23’ü “prestijinin düşük olması ve toplumda gereken önemin verilmemesi” şeklinde cevap vermişlerdir. Ergin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, toplumun pratisyen hekime yeterince değer vermemesi birinci sınıfta %27,7 iken altıncı sınıfta %15,8 olarak değerlendirilmiştir.<sup>(8)</sup>

Çalışmalarda, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti ve tedavi edici hizmetler vermesi gereken aile sağlığı merkezlerinin en çok ilaç yazdırmak için kullanıldığı bulunmuştur.<sup>(25,26)</sup> Bu durum toplumun aile hekimliğini gerektiği şekilde kullanmadığını göstermektedir. Ayrıca ‘ilaç yazdırma’ gibi toplumda basit olarak görülen bir eylemin aile hekimlerinin görevi olarak düşünülmesi ve hatta bu eylemin genellikle hastanın isteğine göre olması aile hekimliğinin saygınlığını azaltan bir faktör olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda, öğrencilerin %56,8’inin aile hekimliği uzmanlığını eğlenceli, ilginç olması, mo-

noton-sıkıcı olmaması özellikleri bakımından “iyi olarak görmedikleri” bulunmuştur. Aile hekimliğindeki uzun dönem hekim-hasta ilişkisi ve aile sağlığı merkezinde istenebilen tetkiklerin hastane şartlarına göre sınırlı olması öğrencilerin “monoton” değerlendirmelerine katkıda bulunmuş olabilir.

Yıkılkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, öğrencilerin erken dönemde aile hekimliği stajı almaları ve pozitif rol modellerle karşılaşmaları, onları, birinci basamak hekimliğini tercih etme konusunda motive edebileceği ve aile hekimlerinin sosyal statüsünün, uzmanlık tercihlerine direkt etkisi olduğu tespit edilmiştir.<sup>(27)</sup>

Çalışmamızın tek bir üniversitede sınırlı sayıda öğrenciyle yapılması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca ülkemizde bu konu ile ilgili fazla çalışma olmaması nedeniyle çalışmamız diğer çalışmalara ışık tutacak bir ön çalışma olarak değerlendirilebilir. Gelecekte farklı tıp fakültelelerinde bu konu ile ilgili çalışmalar yapılmalıdır.

Sonuç olarak tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin aile hekimliği uzmanlığı dışında tıpta uzmanlaşmayı hatta yan dal uzmanlık alanlarını planladıkları, aile hekimliği uzmanlığına ilgilerinin düşük olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin üçte birinin aile hekimliği uzmanlığını diğer uzmanlık alanlarını kazanamazlarsa “yarı isteksiz-mecbur kalırsa tercih edilebilir” olarak algıladıkları görülmüştür.

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, aile hekimliği ile ilgili dersler verilerek bir uzmanlık dalı olarak aile hekimi uzmanlığının önemi vurgulanmalıdır. Aile hekimliği uzmanlığının tercih edilebilir olması ve toplum tarafından saygınlığının artırılması ile ilgili çalışmalar yapılarak, mesleğini isteyerek sevecek yapan uzman aile hekimlerinin toplumun ihtiyaçları doğrultusunda artması sağlanmalıdır. Gelecekte motivasyonu yüksek, yeterli sayıda aile hekimliği uzmanlarının olması birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirecektir.

## Kaynaklar

1. Sezer Ö. Dağdeviren H.N. Mezuniyet öncesi eğitimde kırsal hekimlik. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics 2018;9(4):241-4.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H et al. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA EUROPE 2011 Edition; 2002:8-12.
3. Ünlüoğlu İ, Özcan, S. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliği, Aile doktorları için kurs notları 1. aşama, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004; 23-29.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> sayfasından 24.09.2018 tarihinde erişilmiştir.
5. Rakel RE. The Family Physician. In: The Textbook of Family Medicine. Rakel RE, Rakel DP (editors) 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2011:2-19.
6. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, 2005; 83(3): 457–502.
7. Canbaz S, Sünter AT, Aker S, Pekşen Y. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi 2007;17 (1):15-9.
8. Ergin A, Dikbaş E, Bozkurt Aİ, Atçeken G, Gürbüz H, Yılmaz C. ve ark. Tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası kariyer seçimi ve etkileyen faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası 2011;32:8-17.
9. Dikici MF, Yarış F, Topsever P, Filiz TM, Gürel FS, Çubukçu M. et al. Factors affecting choice of specialty among first- year medical students of four universities in different regions of Turkey. Croat Med J 2008;49(3):415-20.
10. Köksalan B. Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen bazı faktörler. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2007;8(14):49-63.
11. Köksal S, Vehid S, Tunçkale A, Çerçel A, Erginöz E, Kaypmaz A. ve ark.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası ile ilgili tutumları. Cerrahpaşa J Med 1999;30(4): 251-8.
12. Khader Y, Al-Zoubi D, Amarin Z, Alkafagei A, Khasawneh M, Burgan S, et al. Factors affecting medical students in formulating their specialty preferences in Jordan. BMC Medical Education. 2008;23:8-32.
13. Azzizadeh A, Mccollum CH, Miller CC, Holliday KM, Shilstone HC, Lucci A. Factors influencing career choice among medical students interested in Surgery. Current Surgery. 2003;60(2):210-13.
14. Kara İH, Çelik S, Keyif MF, Demir A, Baltacı D, Mayda AS. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin branş tercihleri ve Tıpta Uzmanlık Sınavı’na bakışlarının incelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2014;6(2):11-18.
15. Yalçınoğlu N, Kayı İ, Işık Ş, Aydın T, Zengin Ş, Karabey S. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin tıp eğitimi ile ilgili görüşleri. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 75(3): 41-5.
16. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Marty F, Dreiding P, Zoller M, et al. Primarycare in Switzerland – no longer attractive for young physicians? Swiss Med Wkly 2006;136:416-24.
17. Aydın S, Yaris F, Sahin ME, Ozer C, Ozkomur E. Students’ perceptions of their under graduate medical education. Saudi Med J. 2005;26:1484-6.
18. Baboolal NS, Hutchinson GA. Factors affecting future choice of specialty among first-year medical students of the University of the West Indies, Trinidad. Med Educ 2007;41:50-6.
19. Kara İH, Üzüm HG, Deler MH, Yılmaz A, Baltacı D, Gürel FS. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi internlerinin branş tercihleri ve TUS kazanma durumlarının incelenmesi. Euras J Fam Med 2013;2(1):11-18
20. Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. Br J Gen Pract 2002;52(478):359–63.
21. Mariolis A, Mihas C, Alevizos A, Gizlis V, Mariolis T, Marayianis K. et al.General practice as a career choice among undergraduate medical students in Greece. BMC MedEduc 2007;1(7):15.
22. Scott I, Wright B, Brenneis F, Brett-MacleanP, McCaffrey L. Why would I choose a career in family medicine?: Reflections of medical students at 3 universities. Can Fam Physician 2007;53(11):1956-7.
23. Aktaş EÖ, Çakır G. Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: bir anket çalışması. Türkiye Ege Tıp Dergisi 2012;51(1):21-29.
24. Shrestha D, Joyce CM. Aspects of work-life balance of Australian general practitioners: determinants and possible consequences. Aust J Prim Health. 2011;17:40-7.
25. Durmuş H, Timur A, Yıldız S, Çetinkaya F. Erciyes Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018;22(1):2-11.
26. Tanır F. Aile hekimliği uygulamalarının Doğanekent Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesindeki durumu. Turkish Journal of Public Health 2014;12(2):91-9.
27. Yıkılkan H, Aypak C, Görpelioğlu S. Aile hekimliği uzmanı olmak için öğrencilerin motivasyonları ve aile hekimliği uzmanlarının iş doyumları: literatür taraması. TJFMPC 2012; 6: 36-41.

*Geliş tarihi: 17/11/2018*

*Kabul tarihi: 06/06/2019*

*Çevrimiçi yayın tarihi: 25/06/2019*

### **Çıkar çatışması:**

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

### **İletişim adresi:**

Hatice Tuba Akbayram,

e-posta: tubaakbayram@gmail.com



# Hangi hipertansiyon kılavuzu, hangi eşik değerler? Hipertansiyonda yeni eşik değerler

Which hypertension guideline and threshold values? New thresholds in hypertension

Yusuf Çetin Doğaner, Ümit Aydoğan

## Özet

2017 Kasım ayında Amerikan Kardiyoloji Derneği/Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) tarafından yayımlanan yeni kılavuza göre hipertansiyon (HT) eşik değerleri aşağı çekilmiştir. Önceden 140/90 mmHg üstü hipertansiyon olarak adlandırılırken; yeni kılavuzla 130-139 mmHg sistolik veya 80-89 mmHg diyastolik değerleri Evre 1 HT olarak sınıflandırılmıştır. Prehipertansiyon olarak bilinen kan basıncı (KB) değerlerinin, Evre 1 olarak sınıflandırılması kardiyovasküler olay gelişimini önlemek amacıyla yapılmıştır. KB değerini belirlemede birden çok ölçümün ortalamasının alınmasına, ofis dışı KB ölçüm değerlerinin önemine vurgu yapılmıştır. Tedavinin altta yatan kardiyovasküler risk durumuna göre şekillendirilmesi ve yaşam tarzı değişiklikleri ile kombine edilmesi gerektiği belirtilmiştir. Yeni kılavuzun önerilerine rağmen, bazı klinisyenlerin yeni sınıflamayı kullanmada günlük pratik açısından çekinceleri bulunmaktadır. Bunlar arasında; KB değerlerinin daha aşağı değerlere çekilmesi için artacak ilaç maliyetleri, tedavi uyum sorunları, özellikle yaşlı hastalarda yaşanabilecek komplikasyonlar ve anksiyete artışı sayılabilir. Yayımlanan çok sayıda HT kılavuzuna rağmen, tedavi yönetiminde ana belirleyicinin aile hekimliğinin en önemli özelliklerinden hasta merkezli bütüncül yaklaşım olduğu değerlendirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, kan basıncı, rehber, sınıflandırma

## Summary

In November 2017, hypertension (HT) thresholds were lowered according to the new guidelines published by the American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA). Previously 140/90 mmHg and above values were described as hypertension; 130-139 mmHg systolic or 80-89 mmHg diastolic values are classified as Stage 1 HT by the new guideline. BP values known as prehypertension were classified as Stage 1 to prevent the development of cardiovascular events. The importance of out-of-office BP measurement values and taking the average of multiple measurements were emphasized. Shaping the treatment based on underlying cardiovascular risk and combining with lifestyle changes were stated. Despite the recommendations of the new guideline, some clinicians have hesitations to apply the new classification in daily practice. Physicians concerns include increased medication costs by lowering BP values, treatment compliance problems, complications primarily experienced in elderly patients and anxiety. Despite the large number of published HT guidelines, the main determinant in treatment management is considered to be a patient-centered holistic approach of which is one of the most important characteristics of the family medicine.

**Key words:** Hypertension, blood pressure, guideline, classification

<sup>1)</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Amerikan Kardiyoloji Derneği / Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) ve beraberindeki dokuz sağlık organizasyonunu içeren görev grubu tarafından 13 Kasım 2017’de yeni hipertansiyon (HT) kılavuzunu yayınlanmıştır. Kılavuz kan basıncı (KB) yüksekliğinin tanı, korunma, hastalığın yönetimi ve tedavi yönlerini ele almıştır.<sup>(1)</sup>

Bu kılavuzun yayımlanması ile birlikte önceki bilgilerimize göre ciddi farklılıklar oluşmuştur. Spesifik olarak en önemli değişiklik, yüksek KB tedavisinde uygulanan yaşam tarzı değişikliği (YTD) ve tıbbi tedavi başlama sınırının, daha önce kabul edilen 140/90 mmHg sınırından 130/80 mmHg sınırına çekilmesi dikkatleri çekmiştir. Bu yeni kılavuz aslında 2003 yılında yayımlanan JNC-7 kılavuzunun güncellenmiş hali gibi değerlendirilebilir.<sup>(2)</sup> Yeni belirlenen sınır değerler ile Amerika’da ki yetişkin popülasyonun %46’sının HT tanısı alacağı, önceki değerler ile HT tanısı alan hasta oranlarının %32 olduğu belirtilmektedir. Yeni eşik değerlerin Amerikan nüfusuna yansıtılması ile yüksek KB prevalansı 45 yaşından genç yetişkin erkeklerde 3 kat, 45 yaşından genç yetişkin kadınlarda ise 2 kat artmış olacaktır. Kılavuz yazarları, antihipertansif tedavi gerektiren hasta sayısındaki artışın ise daha düşük olacağını belirtmektedir.

Bu kılavuzun 2014 yılında yayımlanan JNC-8 raporunun bir karşıt tezi olduğu yorumları sıkça yapılmaktadır.<sup>(3)</sup> JNC-8 ile ilgili en önemli tartışma noktaları, kapsamlı olmaması, medikal kuruluşlarca çokça desteklenmemesi ve yeterli veri tabanına dayanmamasıdır. JNC-8’in diğer eleştirildiği bir nokta da, sıkı KB kontrolünden en fazla fayda göreceğine inanılan 60 yaş ve üzeri hasta popülasyonunda KB hedefini daha kabul edilebilir düzeyde hedeflemesidir. Yeni yayımlanan bu kılavuzun önemli ölçüde, ilk sonuçları 2016’da açıklanan SPRINT (Systolic Blood Pressure Reduction Intervention Trial) çalışmasından etkilendiği gözlenmektedir.<sup>(4)</sup> Bu çalışmada diyabet, inme veya ileri derece kronik böbrek yetmezliği (KBY) olmayan, yüksek KVH riski taşıyan hastalarda kar-

diyovasküler hastalıklara (KVH) bağlı olay (ölüm, miyokard infarktüsü, inme, konjestif kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği) ve tüm sebeplere bağlı mortaliteyi azaltmak için, KB hedefinin 140 mmHg’den daha düşük değerlerde olması yerine, 120 mmHg’den düşük değerlerde olmasının daha üstün olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yeni kılavuz günlük pratikte yetersiz tedaviye neden olduğu düşüncesi ile hipertansiyon tanısındaki değeri 10 mmHg düşürmüştür. Kılavuzun en ses getiren değişikliği olarak değerlendirilebilecek bu noktada, daha önce prehipertansiyon olarak isimlendirilen 130-39/80-89 mmHg’lık KB değerlerinin, artık Evre 1 HT olarak değerlendirilmesidir. Evre 1 HT’de, KVH varlığı veya KVH riskinin %10’nun üzerinde olması durumunda tıbbi tedavi önerilmektedir. HT yönetiminde klinik karar verme sürecinde, ev ve ambulatuvar KB takibinin önemine tekrar vurgu yapılmıştır. Bu öneriler, riskli hasta grubunda daha düşük KB’yi hedeflemenin yararlı olacağını destekleyen iyi derecedeki kanıtlara dayanarak yapılmıştır.<sup>(5)</sup>

HT hedefleri konusunda kılavuzların sürekli revize edilmesi hekimler için de bir karmaşa ortamı yaratmaktadır. Eskiden KB’yi çok düşürmeyelim, hipoperfüzyon inmelere neden olabilir düşüncesini taşıırken; sonrasında “daha düşük- daha iyi” felsefesi benimsenmiştir. Ancak, daha düşük KB’nin daha iyi olacağını çok da kesin göstermeyen ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) çalışması sonrasında, KB hedefleri yeniden yükselmiştir.<sup>(6)</sup> SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial) çalışması sonuçları ile yeniden hedefler daha aşağıya çekilmiştir.

Daha düşük KB değerlerini hedefleme görüşünün temel çıkış noktası, daha fazla insanı KV olaydan koruma isteğidir. KV olayların yaklaşık %50’si, 120-140 mmHg arasındaki KB değerlerinde olmaktadır. Ancak günlük pratikte bu değerler arasındaki hastalar tedavi edilmemektedir. Bu nedenle, KB’yi 120 mmHg’ya düşürmenin bu olayları azaltıcı etkisinin olup olmayacağı değerlendir-

dirilmek istenmektedir. Çalışmalardan ilki olan ACCORD'da KV olay gelişim riski diğer hastalara göre daha yüksek olan diyabet hastaları incelenmiştir. Diğer çalışma ise diyabeti olmayan, ancak yüksek KV hastalık riski taşıyan hastaları inceleyen SPRINT çalışmasıdır.

#### ACCORD'da üç girişim incelenmiştir:

1. KB'yi 120 mmHg'ye düşürmek,
2. Daha yoğun lipid kontrolü,
3. Daha yoğun glukoz kontrolü.

Toplam 4.773 hastadan oluşan KB kolunda daha az KV olay yaşanmasına rağmen, elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bu sonuç günlük pratikte bir belirsizlik yarattı, çünkü kesin olarak "daha düşük, daha iyi" ifadesi söylenemiyordu. Araştırmacılar KB ile ilgili yapılan klinik çalışmalara baktıklarında, birçoğunda KB değerleri 140 mmHg'dan daha düşük değerleri hedef olarak gösteriyordu.

SPRINT çalışmasında örneklem sayısı ACCORD'un neredeyse iki katı olacak şekilde (9.361 hasta) alınmıştı. Bu çalışmada ise KB değerlerinin 120 mmHg olarak hedeflenmesi primer KV olay

gelişimini (HR:0,75; 95%CI, 0,64–0,89; p<0,001) ve toplam mortaliteyi (HR:0,73; 95%CI, 0,60–0,90; p=0,003) anlamlı ölçüde azaltacağı öngörülmüştür. Daha düşük KB hedeflerinin kanıta dayalı olarak faydalı olacağıın tespiti ile 2017 ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu yayımlanmıştır. **Tablo 1** ve **Tablo 2** bu kılavuzda yer alan hipertansiyon sınıflaması, tedavi başlama sınırları ve hedef KB değerlerini özetlemektedir.

Birçok hipertansiyon kılavuzunda olduğu gibi yeni yayımlanan bu kılavuzda da YTD'nin önemi tekrar vurgu yapılmıştır. Bunlar arasında; diyetteki tuz miktarının azaltılması, kilo kaybı, aerobik egzersiz, alkol tüketiminin sınırlandırılması, sigara bağımlılığı ile mücadele sayılabilir. Sadece KB değerlerinin değil, rezidüel risk olarak ifade edilen eşlik eden lipid profili bozuklukları ve diyabetin tedavisi de eş zamanlı olarak yapılmalıdır.

#### 2017 ACC/AHA Kılavuzunda Anahtar Noktalar

- **Yeni kılavuza göre KB kategorileri**
  - Normal: <120/80 mmHg
  - Yüksek: SKB 120-129 ve DKB <80 mmHg
  - Evre 1: SKB 130-139 ve DKB 80-89 mmHg
  - Evre 2: SKB ≥140 veya DKB ≥ 90 mmHg
  - Hipertansif kriz: SKB>180 ve/veya DKB>120 mmHg
- **Doğru Kan Basıncı Ölçümü:** HT tanısının doğrulanması amacıyla ofis dışı ve hastanın kendi kendine yaptığı ölçümlerinin değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu şekilde beyaz önlük ve maskeli hipertansiyon tanıları da dışlanabilecektir.
- **Evre 1 HT olan hastalarda;** geçirilmiş aterosklerotik KVH öyküsü, yüksek ASKVH riski, kronik böbrek hastalığı ve DM mevcut ise tıbbi

**Tablo 1. 2017 ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması**

	SKB (mmHg)	DKB (mmHg)
Normal	<120 ve	<80
Yüksek	120 – 129 ve	<80
Evre 1 HT	130 – 139 veya	80-89
Evre 2 HT	≥140 veya	≥90

SKB: Sistolik Kan Basıncı, DKB: Diyastolik Kan Basıncı, HT: Hipertansiyon

**Tablo 2. 2017 ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu tedavi başlama sınırları ve hedef KB değerleri**

	Tedavi başlama sınırı (mmHg)	Hedef KB (mmHg)
KVH	>130/80	<130/80
10 yıllık ASKVH riski >%10	>130/80	<130/80
10 yıllık ASKVH riski < %10	>140/90	<130/80

KVH: Kardiyovasküler Hastalık, ASKVH: Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık

tedavi başlanmalıdır.

- Tedavide KB hedef değerleri genel popülasyonda 130/80 mmHg'dan düşük olmalıdır.
- Hiçbir ilaç grubu (örneğin; anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri, kalsiyum kanal blokerleri veya beta blokerler) birincil tedavi seçenekleri arasında tiazid veya tiazid benzeri diüretiklerden daha üstün değildir.

## Karşıt Görüş

AAFP (American Academy of Family Physicians) ise ACC/AHA'nın yayımladığı yeni kılavuzu günlük pratikte uygulamayacağını belirtmiştir. Kılavuzun geliştirilmesinde yer almayan AAFP, HT yönetiminde 2014'de yayımlanan JNC-8 (Eighth Joint National Committee) kılavuzunu uygulamaya devam edeceğini vurgulamıştır.<sup>(3)</sup> AAFP'den yapılan açıklamada JNC-8'in metodolojik, uygulanabilirlik ve tutarlılık özelliklerine dayanarak, HT tedavisinde hekim ve hastalara önerilerinin bilimsel kesinliğinin daha yüksek bulunduğu belirtilmektedir.

AAFP'nin yeni kılavuz ile ilgili en önemli çekincesi ise sistematik kanıta dayalı bir değerlendirmede bulunmamasıdır. Kılavuzun önerileri kanıt düzeyleri belirtilerek yayımlansa da altyapısında yer alan kaynakların değerlendirilmesinde yetersizlikler bulunmaktadır. SPRINT çalışmasına ağırlık verilirken, diğer çalışmalar göz ardı edilmektedir.<sup>(7)</sup> Bu sebeplerden dolayı, AAFP ve ACP (American College of Physicians) 60 yaş üstü hastalardaki KB yüksekliğine odaklanan kendi klinik kılavuzlarını yayımlamıştır. Bu birleşik kılavuzun ana önerisi; 150 mmHg ve üzeri SKB değerlerine sahip 60 yaş ve daha yaşlı hasta grubunda, mortalite, inme ve kardiyak olayların gelişim riskini azaltmak için 150 mmHg altı KB değerlerinin hedeflenerek tedavinin başlanmasıdır.<sup>(8)</sup>

AAFP/ACP ve ACC/AHA kılavuzlarının sistematik incelenmesi sonucunda; her iki kılavuz da KV olayları azaltmada daha düşük KB hedeflerinin faydalı olabileceğini belirtmiştir. Bununla birlikte her türlü nedene bağlı mortalitede, Mİ veya böbrek

yetmezliğinde açık bir fayda olduğu saptanmamıştır. Bu değerlendirmeden hareketle, AAFP ve ACP daha düşük KB değerlerinin hedeflenmesini, hasta merkezli değerlendirme sonrasında klinik durumlar da göz önünde bulundurularak yapılmasını önermektedir. Aile hekimlerinin HT yönetiminde hasta merkezli yaklaşarak, hastaların tıbbi öyküleri, risk faktörleri ve tercihleri dikkate alınarak tedavi başlamaları, potansiyel fayda-zarar ilişkisini değerlendirmeleri uygun olacaktır.<sup>(9)</sup>

AAFP görüşüne göre, hipertansiyon tedavisinde en fazla faydayı çok yüksek KB ve yüksek KVH riski taşıyanlar görmektedir. Bir taraftan KB daha düşük değerlerde iken, diğer taraftan tedavinin sağladığı fayda oranı da azalmaktadır. KB eşik değerlerinin yeni kılavuz ile daha aşağı değerlere çekilmesi, bazı bireylere fayda sağlarken, aynı zamanda gereksiz tedavilere ve ilişkili zararlara yol açması muhtemel gözükmektedir.<sup>(7)</sup>

## JNC-8'de anahtar noktalar

- 60 yaş ve üzeri popülasyonda  $\geq 150/90$  mmHg KB değerlerinde tıbbi tedavi başlanmalı;  $< 150/90$  mmHg değerleri hedeflenerek tedavi edilmelidir.
- 60 yaşından genç erişkinlerde,  $\geq 140/90$  mmHg KB değerlerinde tıbbi tedavi başlanmalı;  $< 140/90$  mmHg değerleri hedeflenerek tedavi edilmelidir.

ESH/ESC hipertansiyonu kılavuzu 2007'de yayımlanan önceki versiyonunda bazı değişiklikler yapılarak 2013 yılında yayımlanmıştır. Bu kılavuzdaki temel değişiklik, hedef değerleri daha basit hale getirerek, SKB için  $< 140$  mmHg (geriatrik ya grubu dışında) ve DKB için  $< 90$  mmHg (diyabetikler dışında) değerlerine göre tedavi yönetimi önerilmiştir. ESH/ESC kılavuzundaki diğer güncellemeler; tuz alımını 5-6 g/gün olarak sınırlama ve VKİ'yi  $25 \text{ kg/m}^2$ 'ye düşürme gibi önerileri içeren YTD; monoterapi ve kombine ilaç tedavilerinin başlanmasında avantaj ve dezavantajlar; beyaz önlük ve maskeli HT'nin tanısında ve takibinde ambulatuvar ve evde KB izleminin önemi şeklinde sıralanabilir.<sup>(10)</sup>

2013 ESH/ESC kılavuzunun pek çok hasta grubu için KB hedeflerini <140/90 mmHg altı değerler göstermesi randomize klinik çalışmalara dayanmaktadır.<sup>(11)</sup> KVH riski yüksek hastalarda daha agresif davranarak hedef değerleri 130/80 mmHg altına çekmekle ilgili kanıt düzeyinin yetersizliği vurgulanmaktadır.<sup>(10)</sup> 2013 ESH/ESC kılavuzunda önemi tekrar vurgulanan ofis dışı KB ölçümlerinin eşik değerleri tedavi ve prognoz açısından değerlidir (**Tablo 3**).

1994 yılından başlayarak geliştirilen tüm kılavuzlarda olduğu gibi KAH'nin önlenmesinin toplam KV riskin belirlenmesi ve ölçümü ile ilişkili olması gerektiğini vurgulamıştır. HT hastalarının sadece küçük bir bölümünde KB yüksekliği izole olarak bulunurken büyük çoğunluğunda HT'ye ilave KV risk faktörleri eşlik etmektedir. Bu nedenle, 2013 ESH/ESC kılavuzunda da toplam KV risk belirlenirken KB, KV risk faktörleri, asemptomatik organ hasarı ve klinik komplikasyonların bir arada değerlendirilmesinin önemi yeniden vurgulanmıştır.

Toplam KV riskin hesaplanması, daha önceden saptanmış KVH, diyabet, KBH veya ciddi şekilde tek risk faktörleri bulunan hastalarda kolaydır. Bu özellikteki hastalarda toplam KV risk yüksek veya çok yüksek olup, KV riski azaltan ciddi önlemler alınması gerekmektedir.

2018 ESC/ESH kılavuzunda; hipertansiyon tanımı, 2013 kılavuzu ile karşılaştırıldığında, SKB  $\geq 140$  mmHg ve/veya DKB  $\geq 90$  mmHg olarak değişmemiştir (**Tablo 4**). Tanı için ofis KB ölçümlerine ek olarak, ofis dışı KB ölçümlerinin (örneğin ambulatuvar KB) de kullanılabileceği bildirilmiştir. Diğer yeni öneriler ise şu şekilde özetlenebilir:<sup>(12)</sup>

- KV riskin çok yüksek olduğu yüksek-normal KB'ye (SKB: 130–139/DKB: 85–89 mmHg) sahip hastalar ile evre 1 HT (SKB: 140-159/DKB: 90–99 mmHg) hastalarında yaşlı hastaları da kapsayacak şekilde (>65 yaş, < 80 yaş olmak üzere) yaşam tarzı değişikliklerine ilave olarak antihipertansif ilaç tedavisi başlanmalıdır.

**Tablo 3.** Ofis ve ofis dışı kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon tanımı

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Ofis KB	$\geq 140$	ve/veya	$\geq 90$
Ambulatuvar KB			
Gündüz (veya uyanık)	$\geq 135$	ve/veya	$\geq 85$
Gece (veya uykuda)	$\geq 120$	ve/veya	$\geq 70$
24-saat	$\geq 130$	ve/veya	$\geq 80$
Ev KB	$\geq 135$	ve/veya	$\geq 85$

**Tablo 4.** 2018 ESC/ESH Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması

Sınıflama	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120–129	ve/veya	80-84
Yüksek-Normal	130–139	ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140–159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160–179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	$\geq 180$	ve/veya	$\geq 110$
İzole sistolik HT	$\geq 140$	ve	<90

SKB: Sistolik Kan Basıncı, DKB: Diyastolik Kan Basıncı, HT: Hipertansiyon

- Tüm hastalarda tedavi hedefleri 130/80 mmHg veya daha düşük iken, <65 yaş hastalarda önerilen 120-129 mmHg arası KB değerleridir.
- Kronolojik yaştan ziyade kırılma düzeyi ve biyolojik yaş KB düşürücü ilaçların tolere edilebilirliğini ve faydasını belirler. 65 yaş üstü hastalar için tedavi hedef değerleri 130-139 mmHg'dir. Olumsuz etkilere yol açabileceğinden, hedefler asla <120 mmHg olmamalıdır.
- 2018 kılavuzu KB'yi düşürmede çoğu hastada başlangıç tedavisi olarak ikili ilaç kombinasyonunu önermektedir. HT kontrolündeki en önemli faktörlerden birisinin de ilaç uyumu olduğu belirtilerek, ikili hatta üçlü kombinasyonların tek tablet olarak verilmesinin KB kontrolünde etkin olacağı vurgulanmaktadır.

## Sonuç

Tüm kronik hastalıkların tedavisinde olduğu gibi HT'nin tedavisinde de kılavuzlar günlük uygulamamızda yol gösterici rehberlerdir. Ancak kılavuzlar hastalık yönetiminde karar vermede yardımcı olmakla birlikte, tüm hastalar için aynı tedavi yaklaşımının geçerli olması mümkün görünmemektedir. İlgili meslek kuruluşlarının kendi çekincelerini ortaya koyarak yorumladıkları ve HT yönetiminde tanı ve tedavi aşamasında farklılıklar içeren kılavuzlarda bu kapsamda değerlendirilmelidir. Özellikle yayımlanan 2017 ACC/AHA kılavuzunun tanı değerlerini aşığı çekmesiyle başlayan tartışmalar, yeni yapılacak geniş ölçekli randomize kontrollü çalışmaların bulguları açıklanana kadar sonuçlanmayacak gibi gözükmektedir.

## Kaynaklar:

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2017; 109(17): 41519-1.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* 2003;289 (19):2560-72.
3. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA.* 2014; 311(5):507-20.
4. SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *N Engl J Med.* 2015;373(22):2103-16.
5. Bundy JD, Li C, Stuchlik P, et al. Systolic blood pressure reduction and risk of cardiovascular disease and mortality: a systematic review and network meta-analysis. *JAMA Cardiol.* 2017;2(7):775-81.
6. ACCORD Study Group. Effects of intensive blood-pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 2010;362(17):1575-85.
7. AAFP Decides to Not Endorse AHA/ACC Hypertension Guideline. [https://www.aafp.org/news/health-of-the-public/20171212\\_noten\\_dorseaha-accgdline.html](https://www.aafp.org/news/health-of-the-public/20171212_noten_dorseaha-accgdline.html) adresinden 04/04/2018 tarihinde erişilmiştir.
8. Qaseem A, Wilt TJ, Rich R, Humphrey LL, Frost J, Forcica MA. Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians and the Commission on Health of the Public and Science of the American Academy of Family Physicians. Pharmacologic Treatment of Hypertension in Adults Aged 60 Years or Older to Higher Versus Lower Blood Pressure Targets: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians. *Ann Intern Med.* 2017;166(6):430-37.
9. Lefevre M. ACC/AHA Hypertension Guideline: What Is New? What Do We Do? <https://www.aafp.org/afp/2018/0315/p372.html> adresinden 05/04/2018 tarihinde erişilmiştir.
10. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* 2013; 34(28):2159-219.
11. Zanchetti A, Grassi G, Mancia G. When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens.* 2009; 27(5):923-34.
12. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39(33):3021-104.

*Geliş tarihi: 14/04/2018*

*Kabul tarihi: 08/03/2019*

*Yayın tarihi: 25/06/2019*

### Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

### İletişim adresi;

Yusuf Çetin Doğaner,

e-posta: [yusufcetin.doganer@sbu.edu.tr](mailto:yusufcetin.doganer@sbu.edu.tr)

# Kronik demir eksikliği anemisi nedeni ile şüphe edilen çölyak hastalığı: Aynı aileden iki olgu sunumu

## Celiac disease suspected due to chronic iron deficiency anemia: Two case reports from the same family

Latife Uzun<sup>1</sup>, Ruhuşen Kutlu<sup>1</sup>

### Özet

Çölyak hastalığı genetik olarak yatkın bireylerde glutenin sebep olduğu otoimmün bir hastalıktır. Klasik semptomların yanında birçok sistemi etkileyen atipik bulgular ile her yaşta ortaya çıkabilir. En sık saptanan bağırsak dışı bulgu demir eksikliği anemisidir. Çölyak hastalarının birinci derece akrabalarında prevalans genel nüfusa göre daha yüksektir. Tanıda ilk olarak anti-gliadin, anti-endomysium ve anti-doku transglütaminaz antikorları kullanılır. Altın standart ince bağırsak biyopsisidir. Erken tanı, diyet ve replasman tedavisi ile komplikasyon gelişme riski azalır. Klinik çok değişken olabilir. Bu nedenle birinci basamakta çalışan aile hekimleri için tanıda şüphe duymak çok önemlidir. Bu yazıda, yıllardır devam eden kronik demir eksikliğine ilaveten ishal ve karın ağrısı ile aile hekimliği polikliniğine başvuran, erişkin yaşta tanı konulan, aynı aileden iki olgu sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Demir eksikliği anemisi, çölyak hastalığı, birinci derece akraba, birinci basamak

### Summary

Celiac disease is an autoimmune disease caused by gluten in genetically predisposed individuals. In addition to classical symptoms, it may occur at any age with atypical findings affecting many systems. The most common extraintestinal finding is iron deficiency anemia. The prevalence of the disease of first-degree relatives of celiac patients was higher than the general population. Anti-gliadin, anti-endomysium and anti-tissue transglutaminase antibodies are first used in the diagnosis. The gold standard is the small intestine biopsy. The risk of complication development is reduced with early diagnosis, diet and replacement therapy. The clinic can be very variable. Therefore, it is very important to suspect the diagnosis of family physicians working in primary care. In this paper, were reported two cases from the same family who were application to family medicine outpatient clinic with diarrhea and abdominal pain in addition to chronic iron deficiency anemia, were diagnosed in adult.

**Key words:** iron deficiency anemia, celiac disease, first-degree relative, primary care

<sup>1</sup> Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya



## Giriş

Çölyak hastalığı (gluten enteropatisi) genetik olarak yatkın bireylerde buğday, arpa, yulaf ve çavdarda bulunan glutenin tetiklediği, T hücre aracılı immün mekanizma ile oluşan kronik bir ince bağırsak hastalığıdır.<sup>(1)</sup> Buzdağının görünen kısmında tipik ve atipik bulgular yer alırken, sessiz ve latent Çölyak hastalığı görünmeyen kısmı oluşturur. Glutenin diyetle girmesiyle başlayan kronik ishal, gelişme geriliği, karında distansiyon, kas atrofisi, kusma ve huzursuzluk klasik bulgularıdır. Daha büyük yaşlarda dikkati çeken boy kısalığı, açıklanamayan demir eksikliği anemisi, nonspesifik transaminaz yüksekliği, osteoporoz, diş bozuklukları, dermatitis herpetiformis, kronik karın ağrısı ve nörolojik sorunlar atipik belirtileridir. Hastalığın farklı şekillerde ortaya çıkmasında genetik ve immünolojik temellerin yanı sıra başlangıç yaşı, mukozal hasarın şiddeti, diyet alışkanlığı ve cinsiyet gibi çevresel faktörlerin de sorumlu olabileceği belirtilmektedir.<sup>(2,3)</sup>

Glutenin içindeki gliadine karşı IgA'nın ön planda olduğu humoral ve sitotoksik hücresel immün yanıt gelişir. İnce barsak (İB) mukozasında intraepitelyal lenfosit (IEL) artışı, kript hiperplazisi ve villus atrofisine neden olur. Tanıda ilk basamak olarak IgA/IgG tipi anti-doku transglutaminaz (anti-dTG), anti-endomisyum (EMA), anti-gliadin antikor (AGA) gibi serolojik belirteçlerin saptanması önemlidir. Aile içi Çölyak hastalarında genetik yatkınlığı işaret eden HLA-DQ2, DQ8 doku tipleri de tanıyı destekleyicidir. Altın standart ince bağırsak biyopsi bulgularıdır. Marsh III ve daha ileri histopatolojik değişiklikler kesin tanı koydurur.<sup>(4)</sup>

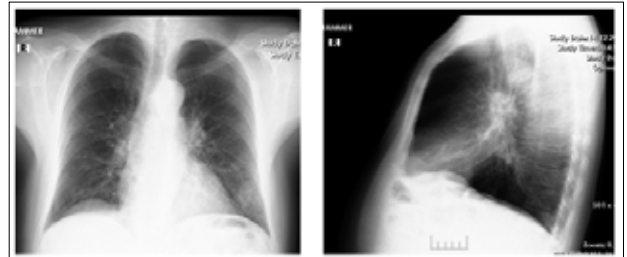
Bu yazıda yıllardır devam eden kronik demir eksikliğine ek olarak ishal ve karın ağrısı şikayetleri ile aile hekimliği polikliniğine başvuran, erişkin yaşta tanı konulan aynı aileden iki olgu sunulmuştur.

## Olgu 1

58 yaşında erkek hasta; umre seyahati sonrasında öksürük, nefes darlığı, ateş, balgam, halsizlik şikayetleri ile başvurduğu göğüs hastalıkları polikliniğinde çekilen PA akciğer grafisinde bilateral orta ve alt zonlarda (özellikle sol alt zonda) retikülonodüler görünüm ve dansite artışı görülmüştü (**Resim 1-2**). Yapılan tetkikler sonucunda bronşit tanısı konulmuş ve tedavi başlanmıştı. Hastanın özgeçmişinde uzun süredir devam eden ve sebebi belli olmayan demir eksikliği anemisi mevcuttu. Yapılan tetkiklerde halen demir eksikliği anemisinin devam ettiği görüldü.

Anemi etiyolojisini araştırmak için bakılan balgamda direk ARB negatif bulundu. Gaitada gizli kan negatif idi ve kolonoskopi sonucu normal olarak değerlendirildi. Bronşiti düzelen hasta halsizlik, nefes darlığı, tekrarlayan karın ağrısı ve ishal şikayetleri ile aile hekimliği polikliniğimize başvurdu. 40 paket/yıl sigara kullanmış, 3 yıl önce bırakmıştı. Annesinde osteoporoz ve obezite, babasında koroner kalp hastalığı ve Tip 2 Diabetes Mellitus mevcuttu. Boyu 160 cm kilosu 70 kg, Mentzer-indeksi 15.28 olan hastanın fizik muayenesinde vücut ısısı 36,5°C, nabız 80/dk, kan basıncı 125/85 mmHg olarak ölçüldü. Cilt rengi soluktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulguları **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Anemi etiyolojisi için malabsorbsiyon düşünülen hastada AGA, anti-dTG ve EMA antikorları



**Resim 1-2.** Bilateral orta ve alt zonlarda (özellikle sol alt zonda) retikülonodüler görünüm ve dansite artışı

pozitif bulundu. Yapılan endoskopik biyopsi patolojisi; villuslar atrofik, villus/kript oranı azalmış, lamina propriada şiddetli inflamasyon ve 40 IEL/100 enterosit izlendi; Modifiye MARSH 3c ile uyumlu şekilde rapor edildi. Olgumuza Çölyak hastalığı tanısı konularak glutensiz diyet ve replasman tedavileri başlandı.

## Olgu 2

20 yaşında bayan hasta halsizlik, çabuk yorulma, eklem ağrıları, tekrarlayan karın ağrısı, ishal şikayetleri ile aile hekimliği polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde uzun süredir devam eden ve sebebi belli olmayan demir eksikliği anemisi mevcuttu. Annesinde hiperlipidemi, babasında (1. Olgumuz) Çölyak hastalığı mevcuttu. Boyu 155 cm, kilosu 56 kg, Mentzer-indeksi 15,8 olan hastanın fizik muayenesinde vücut ısısı 36,5°C, nabız 88/dk, kan basıncı 105/75 mmHg olarak ölçüldü.

Cilt rengi ve konjunktivaları soluktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulguları **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Anemi etiyolojisi için babasında Çölyak hastalığı olan hastadan AGA, anti-dTG ve EMA antikorları istendi. Pozitif olması üzerine yapılan endoskopik biyopsi patolojisi; villuslar atrofik, villus/kript oranı azalmış, lamina propriada orta şiddetli inflamasyon ve >40 IEL/100 enterosit izlendi. Modifiye MARSH 3b ile uyumlu şekilde rapor edildi. İkinci olgumuza da Çölyak hastalığı tanısı konularak glutensiz diyet ve replasman tedavileri başlandı.

## Tartışma

Genel popülasyonda prevalansı değerlendiren güncel uluslararası çalışmalar, Çölyak hastalığının

tüm erişkinlerin %0,5-1'ini etkilediğini, en yaygın kırklı yaşlarda görüldüğünü rapor etmiştir.<sup>(5)</sup> Akın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %59'u kadın, %41'i erkek olup ortalama yaş 38,5 yıl olarak saptanmıştır. Bizim olgularımızın birincisi 58 yaşında erkek, ikincisi 20 yaşında kadın idi.<sup>(4)</sup>

Akın ve arkadaşlarının çalışmasında en sık başvuru yakınmaları ishal (%81), halsizlik-kuvvetsizlik (%36), karın ağrısı (%27) iken en sık saptadıkları bağırsak dışı bulgu anemi (%77 demir, %36 B12 vitamini, %31 folik asit, %13 her üçünün eksikliği) olarak tespit edilmiştir.<sup>(4)</sup> Çekin ve arkadaşlarının çalışmasında ise demir eksikliği anemisi olan hastaların %7,14'ünde hem serolojik, hem de histolojik olarak Çölyak hastalığı ile uyumlu bulgular saptanmıştır. Tanı konulan hastaların %85,7'sini perimenopozal kadınlar oluşturmaktadır.<sup>(6)</sup> İki olgumuz da tekrarlayan ishal, karın ağrısı, halsizlik şikayetleri ile başvurmuştu. Ayrıca uzun süre devam eden ve sebebi belli olmayan demir eksikliği anemi öyküleri mevcuttu.

Tanıda AGA'lar kısıtlı role sahip iken, EMA ve dTG daha üstün serolojik testlerdir ve özellikle kombine kullanıldıklarında sensitivite ve spesifiteleri %95'in üstüne çıkmaktadır. Ancak yine de villus atrofisinin derecesi ile ilişkili olarak EMA'nın negatif saptanabileceği ve diğer otoimmün hastalıklarda da yalancı pozitif dTG saptanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle tanının sadece serolojik testlere dayandırılmaması ve endoskopik bulgular normal olsa bile intestinal biyopsi ile doğrulanması gereklidir.<sup>(7)</sup> Bizim hastalarımızda AGA, EMA, dTG pozitif gelmiş, endoskopi ve biyopsi sonuçları ile de Çölyak tanısı

**Tablo 1. Olgu 1 laboratuvar bulguları**

WBC: 5,39 10 <sup>3</sup> /µL	MCH: 26,2 pg	Vitamin D: 10,6 ng/mL
HGB: 11,4 g/dL	MCHC: 32,5 g/dL	Serum demiri: 21 µg/dL
HCT: %37,3	RBC 4,94 10 <sup>6</sup> /µL	*SDBK: 423 µg/dL
MCV: 75,5 fL	Vitamin B12: 210 pg/mL	Ferritin: 3 ng/mL

\*SDBK: Serum demir bağlama kapasitesi

**Tablo 2. Olgu 2 laboratuvar bulguları**

WBC: 8,3 10 <sup>3</sup> /µL	MCH: 26,2 pg	Vitamin D: 14 ng/mL
HGB: 12,9 g/dL	MCHC: 33,8 g/dL	Serum demiri: 40 µg/dL
HCT: %38,2	RBC 4,9 10 <sup>6</sup> /µL	*SDBK: 320 µg/dL
MCV: 77,5 fL	Vitamin B12: 233 pg/mL	Ferritin: 15 ng/mL

\*SDBK: Serum demir bağlama kapasitesi

kesinleşmişti.

Mishra ve arkadaşlarının Hindistan'da Çölyak hastalarının birinci derece akrabalarında yaptıkları çalışmada genel prevalans %10,9 bulunmuştur. Seroprevelans kadınlarda erkeklere göre daha yüksek (%19'a karşı %8,5) en yüksek kardeşler (%16,9), ebeveynler (%13,6), çocuklar (%5,9) olarak tespit edilmiştir.<sup>(8)</sup> Shahraki ve Hill'in İran'da yaptığı çalışmada birinci derece akrabalarda Çölyak prevalansı genel nüfusa göre çok daha yüksektir (%6,5'e karşı %0,5-0,6).<sup>(9)</sup> Birinci olgumuzun çocuklarında yapılan taramada dört çocuktan birinde serolojik testler pozitif saptanmış yapılan endoskopik biyopsi ile de Çölyak tanısı konmuştur.

Singh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 18 yaş ve üstü 210 hasta vücut kitle indeksine (BKİ) göre %36,2 düşük, %54,8 normal, %6,2 fazla kilolu, %2,9 obez bulunmuştur. Kadın ve erkek hastalar arasında düşük kilolu oranlarında fark yoktur. Düşük kilolu hastaların yaş ortalaması normal veya fazla kilolu olanlara benzerdir.<sup>(10)</sup> Bizim hastalarımızın BKİ'leri sırasıyla 27,3 ve 23,3 kg/m<sup>2</sup> idi.

Conti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Çölyak hastalarının %26,6' sında en az bir otoimmün hastalık vardır. Olguların %48,4'ünde otoimmün

tiroidit, %17,6'sında psöriasis, %11'inde Tip I diyabet ve dermatitis herpetiformis mevcuttu.<sup>(11)</sup> Bizim olgularımızda otoimmün tiroidit ve diyabet açısından yapılan tetkikler normal olarak değerlendirildi.

## Sonuç

Klasik semptomların yanında birçok sistemi etkileyen tipik olmayan bulguları ile her yaşta ortaya çıkabileceği için, tanıda "Çölyak hastalığından şüphe duymak" önem kazanmaktadır. Özellikle nedeni açıklanamayan veya demir tedavisine yanıt vermeyen demir eksikliği anemisinde Çölyak hastalığı akla getirilmelidir. Birinci derece akrabaların asemptomatik veya atipik belirtiler olsa da taranması önerilmektedir.

Obezlerde bile artan sıklıkta tanı konulması nedeniyle normal ve fazla kilolularda da Çölyak göz ardı edilmemelidir. Erken tanı, glutensiz diyet, replasman tedavileri hayati önem taşır. Hastaların hayat kaliteleri artar; aynı zamanda uzun dönemde ortaya çıkabilecek morbiditesi ve mortalitesi yüksek komplikasyonların gelişme riski de önemli ölçüde azalır. Klinik tablo çok değişken olabileceği için birinci basamakta çalışan aile hekimleri olarak bizler Çölyak hastalığını tipik olmayan bulgular ile gelen her hastada aklımıza getirmeliyiz.

## Kaynaklar

1. Dalgıç B, Sarı S, Özcan B, Baştürk B, Ensari A, Eğritaş Ö, Bükülmez A, Barış Z, Türk Çölyak Çalışma Grubu. Türk çocuklarında Çölyak hastalığı ile ilişkili olası etmen ve belirtilerin değerlendirilmesi. Türk Pediatri Arşivi Dergisi 2011;46:323-30.
2. Yanar Ö, Durmaz Ö, Gökçay G. Atipik başlangıçlı Çölyak hastalığı. Çocuk Dergisi 2013;13(3):126-30.
3. Hacı İA, Kuyum P, Çakar S, Işık İ, Arslan N. Presenting symptoms of pediatric patients with Celiac disease. Abant Med J 2015;4(2):146-50.
4. Akın M, Songür Y, Aksakal G. Clinical and laboratory features and, extraintestinal manifestations of Celiac disease in adults. J Clin Anal Med 2012;3(2):194-7.
5. Hopper AD, Hadjivassiliou M, Butt S, Sanders DS. Adult coeliac disease. BMJ 2007;335(7619):558-62.
6. Çekin AH, Çekin Y, Sezer C. Celiac disease prevalence in patients with iron deficiency anemia, Turk J Gastroenterol 2012;23(5):490-5.
7. Kutlu R, Büyükyörük C, Oltulu P. Anemi etiyolojisi ile 56 yaşında tespit edilen Çölyak hastalığı. Genel Tıp Derg 2014;24:64-7.
8. Mishra A, Prakash S, Kaur G, et al. Prevalence of Celiac disease among first-degree relatives of Indian celiac disease patients. Dig Liver Dis 2016;48(3):255-9.
9. Shahraki T, Hill I. Prevalence of Celiac disease in first-degree relative of children in Sistan and Baluchestan province. J Dig Dis 2016;17(10):685-91.
10. Singh I, Agnihotri A, Sharma A, et al. Patients with Celiac disease may have normal weight or may even be overweight. Indian J Gastroenterol 2016;35(1):20-4.
11. Conti L, Lahner E, Galli G, Esposito G, Carabotti M, Annibale B. Risk factors associated with the occurrence of autoimmune diseases in adult Coeliac patients. Gastroenterol Res Pract 2018;2018:3049286.

*Geliş tarihi: 02/02/2018*

*Kabul tarihi: 08/03/2018*

*Yayın tarihi: 25/06/2019*

### **Çıkar çatışması:**

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

### **İletişim adresi;**

Ruhuşen Kutlu,

e-posta: rusenk@gmail.com