

Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi

Mehmet Şahinoğlu, Didar Taşçı, Mustafa Tatar, Canan Ünalp, İrem Kar, Hakan Kumbasar



Emzirme döneminde ilaç kullanımı

Yusuf Cem Kaplan, Nusret Uysal, Elif Keskin Arslan, Selin Acar, Cemre Harvey

* **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 kurallarına 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 kapsamı 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 başlık 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 başlıklar 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 az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimlerine (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için 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 vermeden 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

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 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. Erdinç 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. Nezh 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

Dergimizin yeni sayısı ve dikkat çeken yazılar | 139

New issue of our journal and outstanding articles

Esra Saatçı

Araştırmalar | Research Articles

Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi | 141

The impact of medical education towards attitudes on mental disorders

Berker Duman, Burçin Çolak, Sueda Nur Özdemir, Necati Serhat Özkasap, İrem Sanem Sabahi, Mehmet Bahadır Şahinoğlu, Didar Taşçı, Mustafa Mert Tatar, Canan Ünalp, İrem Kar, Hakan Kumbasar

Yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre yaşam kalitesi ve geriatrik depresyon ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması | 150

Comparison of the results of life quality and geriatric depression scale results according to the environments of the elders

Kamil Serin, Süleyman Görpelioğlu, Cenk Aypak

Hemşirelik hizmetlerinde çalışanların aşıyla önlenabilir hastalıklara karşı bağışıklık durumlarının araştırılması | 157

The immunity of nursing services providers against vaccine-preventable diseases

Buğu U. Koban, Memet Taşkın Egici, Müge Özgül, Mustafa Yıldız, Hilal Özkaya, Emine Zeynep Tuzcular Vural

Derleme | Invited Review

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminde 'Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri' Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi deneyimi | 165

'Educational Family Health Centers' in Family Medicine Resident

Training Experience of Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital

Mehmet Taşkın Egici, Yağmur Gökseven, Güzin Zeren Öztürk, Elif Serap Esen, Dilek Toprak

Emzirme döneminde ilaç kullanımı | 176

Medication use during breastfeeding aî

Yusuf Cem Kaplan, Nusret Uysal, Elif Keskin Arslan, Selin Acar, Cemre Harvey

Olgu Sunumu | Case Report

Flurbiprofene bağlı tek taraflı perioküler kanama: Nadir bir ilaç yan etkisi | 85

Unilateral periorcular hemorrhage caused by flurbiprofen: A rare drug side effect

Zeyneb İrem Yüksel Salduz, Aclan Özder

Dergimizin yeni sayısı ve dikkat çeken yazılar

New issue of our journal and outstanding articles

Esra Saatçi¹

Değerli okurlarımız,

Dergimizin 2019 yılı son sayısında sizlerle birlikte olmaktan mutluluk duyuyoruz. Bu sayımızda iki derleme, üç araştırma makalesi, bir olgu sunumu ve bir haber bültenini sizlerle paylaşıyoruz. Aldığımız geribildirimler ve davetli makale gönderme talepleri, dergimizin sadece aile hekimliği disiplinimizin değil diğer disiplinlerin üyeleri tarafından da takip edilmekte ve talep görmekte olduğunu göstermektedir. Bu kıvanca, siz değerli okurlarımız, yazarlarımız, hakemlerimiz ile birlikte ulaştık. Dergimizin ulaştığı bu başarının her geçen gün artacağına olan inancımız ile şevkle çalışmaktayız.

Bu sayımızda yer alan ilk derleme ‘Em-zirme Döneminde İlaç Kullanımı’. Aile hekimliği uzmanları olarak ana-çocuk sağlığı hizmetlerini sunarken çok sık karşılaştığımız bir konu olduğu için hepimizin yararlanacağını düşünüyoruz.

Diğer derleme, son zamanların en tartışmalı ve sancılı konularından Eğitim ASM’ler ile ilgili: “Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deneyimi”. Özellikle E-ASM açmış olan ve açmayı planlayan eğitici ve hocalarımızın ilgisini çekeceğini biliyoruz.

1) Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Baş Editörü ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Adana

Bu sayımızda üç araştırma makalesi sizin dikkatine sunuluyor:

Çoğu zaman ihmal ettiğimiz ama aile hekimliği uzmanının bütüncül yaklaşımının ayrılmaz bir parçası olan ve toplumumuzda yaşanan üzüntü verici olaylar dikkate alındığında acilen eylem planı yapılması gerektiğine inandığımız bir konu: “Tıp Eğitiminin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlara Etkisi”

Giderek yaşlanan toplumumuzun sağlık hizmetleri ihtiyaçlarına cevap verirken kullanabileceğimiz bir ölçekle yapılan çalışmanın sonuçları: “Yaşlıların Yaşadıkları Ortamlara Göre Yaşam Kalitesi ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Sonuçlarının Karşılaştırılması”

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan ekibin ayrılmaz parçası olan hemşirelerle ilgili bir çalışma: “Hemşirelik Hizmetlerinde Çalışanların Aşıyla Önlenebilir Hastalıklara Karşı Bağışıklık Durumlarının Araştırılması”. Tam da aşı karşıtı yayınlar ve program-

lar artmışken ve biz sağlık çalışanları kendi sağlığımızı ve koruyucu hekimlik kapsamında kendimiz için yapmamız gerekenleri ihmal ederken bu yazının çok kıymetli olduğunu düşünüyoruz.

Sayımızı bir olgu sunumu “Nadir Bir İlaç Reaksiyonu: Flurbiprofene Bağlı Tek Taraf- lı Perioküler Ekimoz” ve Vasco da Gama Movement ile ilgili haber bülteni ile bitiriyoruz: “2019’a Genç Bir Bakış”

Bu sayımızın bir özelliği de 18. Ulusal Aile Hekimliği Kongremizin bildiri supplementini içermesi.

Bu sayının hazırlanmasında emeği geçen Editörler Kurulu ve Teknik Kurul üyelerine teşekkürlerimi sunarken 2020 yılının hepimize sağlık, mutluluk ve başarı getirmesini diliyorum.

Prof. Dr. Esra Saatçı

Baş Editör

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

Tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlara etkisi

The impact of medical education towards attitudes on mental disorders

Berker Duman¹, Burçin Çolak², Sueda Nur Özdemir³, Necati Serhat Özkasap³,
İrem Sanem Sabahi³, Mehmet Bahadır Şahinoğlu³, Didar Taşçı³,
Mustafa Mert Tatar³, Canan Ünalp, İrem Kar⁴, Hakan Kumbasar¹

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara

² Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

³ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem IV Öğrencisi, Ankara

⁴ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Amaç: Geleceğin hekimleri olan tıp öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutumları, sağlık sunumuyla doğrudan ilişkili olduğundan söz konusu becerilerin kazandırılması tıp eğitiminin de önemli hedefleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı, tıp eğitiminin öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarına olan etkisinin incelenmesi ve ilişkili faktörlerin saptanmasıdır.

Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören 64 dönem 1 ve 64 dönem 6 öğrencisinde, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği kullanılarak ruhsal hastalıklara yönelik tutumları karşılaştırılmıştır. Ayrıca cinsiyet, yakınında ruhsal hastalığı olmak, biyopsikososyal modele yakınlık gibi değişkenlerle Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Bulgular: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği toplam skor ortalaması tüm örneklemede $43,62 \pm 13,55$, dönem 1 öğrencilerinde $44,25 \pm 12,91$, dönem 6 öğrencilerinde ise $42,98 \pm 14,24$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($U=1891,5$, $p=0,456$). Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği toplam skorları yakınlarında ruhsal hastalığı olanlarda $41,64 \pm 13,52$, diğerlerinde ise $44,39 \pm 13,56$ 'dır ve gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($U=1435$, $p=0,241$). Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği çaresizlik ve tehlikeli alt ölçek skorları açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (sırasıyla $U=1641$, $p=0,937$; $U=1347$, $p=0,101$). Sadece utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($U=1305$, $p=0,049$). Yakınında ruhsal hastalık olan dönem 1 ve dönem 6 öğrencileri karşılaştırıldığında, Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği toplam skor, çaresizlik ve tehlikeli alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır (sırasıyla, $U=64,5$, $p=0,003$; $U=77$, $p=0,012$; $U=67,5$, $p=0,004$).

Sonuç: Bu çalışmada, tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarda olumlu yönde bir etkisi saptanamamıştır. Ancak yakınlarında ruhsal hastalığı olan dönem 6 öğrencilerinin hem toplam, hem de çaresizlik ve tehlike alt ölçeklerinde, dönem 1 öğrencilerine kıyasla anlamlı olarak daha olumlu tutum sergilemeleri çalışmamızın önemli bulgularından birisidir.

Anahtar kelimeler: Tıp eğitimi, stigma, ruhsal hastalıklar

Summary

Aim: Because the attitudes towards mental disorders of medical students whom could be viewed as future clinicians, directly associated with health practice; these skills and attitudes are considered as important achievements. The aim of this study is to evaluate the attitudes of medical students towards mental disorders and to examine associated factors.

Method: Sixty-four grade 1 and sixty-four grade 6 medical students of Ankara University Medical School were compared towards attitudes on mental disorders by using Beliefs Towards Mental Illness Scale. Also, association with variables such the gender, having a relative with mental disorder, proneness to biopsychosocial model with Beliefs Towards Mental Illness Scale were investigated.

Results: Findings: Beliefs Towards Mental Illness Scale mean total score of whole sample was 43.62 ± 13.55 , grade 1 students was 44.25 ± 12.91 and grade 6 students was 42.98 ± 14.24 . No statistically significant difference were found between groups ($U=1891.5$, $p=0.456$). Beliefs Towards Mental Illness Scale total score with relatives having a mental disorder was 41.64 ± 13.52 compared to total score of 44.39 ± 13.56 without mentally ill relatives; significant difference was not found between groups ($U=1435$, $p=0.241$). Also, no statistically significant difference were found between subscales of incurability and poor interpersonal skills and dangerousness between groups (respectively, $U=1641$, $p=0.937$; $U=1347$, $p=0.101$). Only, shame subscale revealed statistically significant difference between groups ($U=1305$, $p=0.049$). When grade 1 and grade 6 students with relatives having a mental disorder compared; Beliefs Towards Mental Illness Scale total score, incurability and poor interpersonal skills, dangerousness and shame subscales, statistically significant differences were found between groups (respectively, $U=64.5$, $p=0.003$; $U=77.5$, $p=0.012$; $U=67.5$, $p=0.004$). On the other hand, 1526 people done anti-HBs; 657 (43.1%) had anti-HBs positivity. HCV test was done from 1570 people; 3 (0.2%) were positive. VDRL was done from 1565 people; VDRL positivity was detected in 6 (0.4%) patients. Chest radiography was requested in 1862 and only 11 (0.6%) of the patients had fibrotic changes in favor of tuberculosis.

Conclusion: In this study, no impact of medical education towards attitudes on mental disorders was detected. However, when we compared students whom have a relative with mental disorder; grade 6 students were found to be have statistically significant positive attitudes towards mental disorders than grade 1 students both in Beliefs Towards Mental Illness Scale total score and in shame and curability and interpersonal skills subscales which is one of the prominent findings of our study.

Key words: Medical education, stigma, mental disorders

Giriş

Ruhsal hastalıklar, önemli yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında ilk sıralardadır, toplumda sık görülmektedir ve genel tıptaki diğer hastalıklara benzer başarı oranları gösteren etkili tedavileri bulunmaktadır.⁽¹⁾ Öte yandan, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve davranışlar ile damgalanma ve ayrımcılığa uğrama korkusu hastaların tedavi olmalarının önünde bir engel yaratmaktadır.⁽²⁾ Toplumun genelinde benzer şekilde, hekimlerde de ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve inançlar sıktır.⁽³⁾

Hastaların büyük çoğunluğunun psikiyatri dışı uzman hekimlere, özellikle de aile hekimlerine başvuruları olduğu göz önüne alındığında, tüm hekimlerin ve tıp fakültesi öğrencilerinin yeterli bilgi ve becerilerin yanı sıra ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının da tıp eğitiminde göz önüne alınması gerektiği açıktır. Tıp fakültesi öğrencileriyle ve psikiyatri dışı uzman hekimlerle yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Ruhsal hastalıklara yönelik öğrenci tutumları yönünden yapılan bazı çalışmalarda, psikiyatri stajının olumlu yönde etkilediği; bazı çalışmalarda ise etkisiz hatta olumsuz etkilediği bildirilmiştir.⁽⁴⁾

Bu çalışmada, tıp fakültesi dönem 1 ve dönem 6 öğrencilerinden oluşan bir örnekleme ruhsal hastalığa yönelik inançların tıp eğitiminin başındaki ve sonundaki kişilerde karşılaştırılması, cinsiyet, ruhsal hastalığı olan yakınların varlığı ve biyopsikososyal modele yakınlıkla ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmamızın başlıca varsayımı, tıp eğitiminin ruhsal hastalığa yönelik inançları olumlu yönde etkileyeceğidir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan dönem 1 ve dönem 6 öğrencilerinde yürütülmüştür. Örnekleme, dönem 1 ve dönem 6 öğrencileri arasından rastgele seçilerek oluşturulmuştur. Dönem 1'den ve dönem 6'dan

64'er öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayanlar ve değerlendirmeyi etkileyebilecek nitelikte bir sağlık sorunu olanlar araştırmadan dışlanmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Öğrenci Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların cinsiyet, okumakta oldukları dönem, yaşlarında psikiyatrik hastalık varlığına yönelik sorular yer almaktadır. Ayrıca, kişilerin biyopsikososyal modele yakınlığını değerlendirmek amacıyla bir soru sorulmuştur. 'Hastalıkların bütüncül bir yaklaşım içerisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle bir arada ele alınarak değerlendirilmesi gerekir' cümlesine 'Hiç katılmıyorum:0, katılmıyorum:1, kısmen katılıyorum:2, katılıyorum:3, tamamen katılıyorum:4' şeklinde yanıt vermeleri istenmiştir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)

Bireylerin psikiyatrik hastalıklara yönelik inançlarını ve olumsuz önyargılarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir.⁽⁵⁾ Katılımcıların kendilerinin doldurduğu toplamda 6'lı likert tipi 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde, 0- 'Tamamen katılmıyorum', 1- 'Çoğunlukla katılmıyorum', 2- 'Kısmen katılmıyorum', 3- 'Kısmen katılıyorum', 4- 'Çoğunlukla katılıyorum' ve 5- 'Tamamen katılıyorum' arasında skorlanır.

Ölçek üç alt ölçekten oluşur; tehlikeli, zayıf sosyal ve kişilerarası beceri ve çaresizlik. Ölçekten ve her bir alt ölçekten alınan yüksek skorlar ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları yansıtır. Tehlikeli alt ölçeği 8 maddeden oluşur; ruhsal hastalığı olanların tehlikeli ve diğerlerine zarar verme olasılıklarının yüksek olduğuna yönelik inancı yansıtır. Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği 11 maddeden oluşur; ruhsal hastalığın kişilerarası ilişkilere etkisini, hastalığa

ve tedavisine ilişkin çaresizlik düşüncelerini ele alır. Utanma alt ölçeği ise iki maddeden oluşur ve kişilerde ruhsal hastalığın yarattığı utanmayı ölçer. Ölçek, Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır.⁽⁶⁾

İstatistik Analizler

Bu çalışmada, grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Grupların kategorik değişkenler yönünden analizinde ki-kare testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 11.5 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen dönem 1 öğrencilerinin %59,4'u kadın (n=38); dönem 6 öğrencilerinin %57,8'i (n=37) kadındır. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=0,032$, $p=0,858$). Çalışmaya katılan öğrencilerin ruhsal hastalığa sahip olan yakınlarının oranını dönem 1 için %21,9 (n=14), dönem 6 için %34,3 (n=22) oranındadır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2=2,473$, $p=0,116$).

Biyopsikososyal modele yatkınlık sorusunda, dönem 1 öğrencilerinin %4,7'si (n=3) 'Katılmıyorum', %10,9'u (n=7) 'Kısmen katılıyorum', %54,7'si (n=35) 'Katılıyorum', %29,7'si (n=19)

'Tamamen katılıyorum'; dönem 6 öğrencilerinin %1,6'sı (n=1) 'Katılmıyorum', %1,6'sı 'Kısmen katılıyorum' (n=1), %12,5'i (n=8) 'Katılıyorum' ve %84,4'ü (n=54) 'Tamamen katılıyorum' şeklinde yanıtlamıştır. Gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Buna göre dönem 6 öğrencilerinde biyopsikososyal modele yatkınlık anlamlı olarak daha yüksektir (U=925, $p<0,001$).

RHYİÖ toplam skor ortalaması tüm örneklemede $43,62\pm 13,55$, dönem 1 öğrencilerinde $44,25\pm 12,91$, dönem 6 öğrencilerinde ise $42,98\pm 14,24$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (U=1891,5, $p=0,456$).

Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt ölçeği skoru ortalaması dönem 1 öğrencilerinde $23,23\pm 8,35$; dönem 6 öğrencilerinde $22,16\pm 9,04$ 'tür. Gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır (U=1855, $p=0,357$). Tehlikeli alt ölçeği skoru ortalamaları dönem 1 ve 6 öğrencileri için sırasıyla $19,47\pm 5,09$ ve $19,59\pm 5,87$ 'dir. Gruplar arasında anlamlı fark yoktur (U=2014, $p=0,898$). Utanma alt ölçeği ortanca (min-max) değerleri, dönem 1 öğrencileri için 1 (0-7), dönem 6 öğrencileri için 1 (0-6)'dir. Utanma alt ölçeği için gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunamamıştır (U=1862, $p=0,349$). Sonuçlar **Tablo 1**'de verilmiştir.

Biyopsikososyal modele yatkınlık ile RHYİÖ toplam skoru arasında anlamlı bir korelasyon sap-

Tablo 1. Dönem 1 ve dönem 6 öğrencilerinin RHYİÖ toplam ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Dönem 1		Dönem 6		U	p değeri
	Ortalama±SS	Ortanca (min-max)	Ortalama±SS	Ortanca (min-max)		
RHYİÖ- toplam	44,25±12,91	44,5 (5-68)	42,98±14,24	42 (13-89)	U=1891,5	p=0,456
RHYİÖ- çaresizlik	23,23±8,35	23 (2-41)	22,16±9,04	22,5 (3-51)	U=1855	p=0,357
RHYİÖ- tehlikeli	19,47±5,09	20 (3-31)	19,59±5,87	20 (6-33)	U=2014	p=0,871
RHYİÖ- utanma		1 (0-7)		1 (0-6)	U=1862	p=0,349

tanmamıştır ($r=-0,016$, $p=0,857$). RHYİÖ toplam skor ortalamaları kadınlarda $42,75\pm 13,32$, erkeklerde $44,85\pm 13,92$ olarak bulunmuştur ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($U=1742$, $p=0,235$).

RHYİÖ toplam skorları yakınlarında ruhsal hastalığı olanlarda $41,64\pm 13,52$, diğerlerinde ise $44,39\pm 13,56$ 'dır ve gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($U=1435$, $p=0,241$). RHYİÖ çaresizlik ve tehlikeli alt ölçek skorları açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (sırasıyla $U=1641$, $p=0,937$; $U=1347$, $p=0,101$). Sadece utanma alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($U=1305$, $p=0,049$).

Öğrenciler, dönemleri dikkate alınarak ruhsal hastalığı olan ve olmayan yakınlarına göre karşılaştırılmış ve sonuçları **Tablo 2**'de verilmiştir. Buna göre yakınında ruhsal hastalık olan dönem 1 ve dönem 6 öğrencileri karşılaştırıldığında toplam skor, çaresizlik ve tehlikelilik alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır (sırasıyla $U=64,5$, $p=0,003$; $U=77,5$, $p=0,012$; $U=67,5$, $p=0,004$). Utanma alt ölçeğindeyse her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=139,5$, $p=0,642$).

Öte yandan yakınında ruhsal hastalık olmayan dönem 1 ve dönem 6 öğrencileri karşılaştırıldığında sadece tehlikelilik alt ölçeğinde anlamlı fark saptanmıştır; toplam skor, çaresizlik ve utanma alt ölçeklerinde bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $t=-2,040$, $p=0,044$; $t=-1,310$, $p=0,194$; $t=-0,860$, $p=0,392$; $Z=-0,412$, $p=0,680$).

Dönem 1 öğrencilerinden yakınında ruhsal hastalık olanlarla olmayanlar karşılaştırıldığında; gruplar arasında sadece çaresizlik alt ölçeğinde anlamlı fark saptanmıştır ($U=222$, $p=0,037$). Gruplar arasında toplam skor, tehlikeli ve utanma alt ölçekleri arasında fark saptanmamıştır (sırasıyla $U=242,5$, $p=0,081$; $U=254$, $p=0,118$; $U=292$, $p=0,324$).

Dönem 6 öğrencilerinden yakınında ruhsal

hastalık olanlarla olmayanlar karşılaştırıldığında; gruplar arasında toplam ve tehlikeli alt ölçek skorlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla $U=264$, $p=0,005$; $U=221,5$, $p=0,001$). Gruplar arasında çaresizlik ve utanma alt ölçek skorları yönünden fark yoktur (sırasıyla $U=339,5$, $p=0,083$; $U=358$, $p=0,116$).

Tartışma

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlar çok yönlü olup, bireysel ve toplumsal çok sayıda faktörden etkilenir.⁽⁷⁾ Bu faktörlerin hekimler ve tıp öğrencileri üzerindeki etkileri sağlık sunumuyla doğrudan ilişkili olup ayrıca ele alınmayı gerektirmektedir.⁽⁸⁾ Genel olarak tıp eğitiminde bu faktörlerin dönüştürülmesi amaçlanır.

Bu bağlamda ruhsal hastalıklara yönelik tutumların tıp eğitiminin başında ve sonunda değişim gösterip göstermediğinin ölçülmesi; verilen teorik ve pratik eğitimlerin ne kadar etkili olduğu ve kalıcılık gösterip göstermediğinin anlaşılması açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmadaki temel varsayım, tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarda olumlu yönde değişim yaratacağı şeklindeydi. Fakat varsayımımızın aksine çalışmamızda tıp eğitiminin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve davranışlara olumlu yönde bir etkisinin olduğu saptanamamıştır.

Bazı çalışmalarda tıp öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ilk sınıflarla kıyaslandığında son sınıfta olumlu yönde değişim gösterdiği görülmüştür^(9,10) Altıncı sınıf öğrencilerinde birinci sınıflara kıyasla ruhsal hastalığı olan bireyleri daha aşağı görme, ruhsal hastalığı olanların kapatılması gerektiğini düşünme ve ruhsal hastalıkları bozuk anne baba ilişkisine bağlı görme eğiliminin daha az olduğu bir çalışmada bildirilmiştir.⁽⁹⁾

Başka bir çalışmada, şizofreni hastaları ile ilgili verilen vaka örnekleri birinci ve beşinci sınıf öğrencileri için karşılaştırılmış ve beşinci sınıf

Tablo 2. Dönem 1 ve dönem 6 öğrencilerinin RHYİÖ toplam ve alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

	Ruhsal Hastalığı olan yakını olan öğrenciler				Ruhsal Hastalığı olmayan yakını olan öğrenciler			
	Dönem 1 (n=14) Ortalama±SS Ortanca (min-max)	Dönem 6 (n=22) Ortalama±SS Ortanca (min-max)	U	p değeri	Dönem 1 (n=50) Ortalama±SS Ortanca (min-max)	Dönem 6 (n=42) Ortalama±SS Ortanca (min-max)	U	p değeri
RHYİÖ- toplam	49,78±10,72 53 (34-65)	36,45±12,68 35,5 (13-65)	U=64.5	p=0,003	42,70±13,14 42,5 (5-68)	46,40±13,93 46,5 (17-89)	U=900,5	p=0,194
RHYİÖ- çaresizlik	27,5±8,15 29 (17-41)	19,50±9,28 18,5 (3-43)	U=77.5	p=0,012	22,04±8,08 22,5 (2-39)	23,55±8,70 23 (7-51)	U=980	p=0,583
RHYİÖ- tehlikeli	21,16±3,40 21,5 (14-27)	16,22±5,07 16,5 (6-25)	U=67.5	p=0,004	19,02±5,40 19 (3-31)	21,35±5,55 22 (10-33)	U=796	p=0,046
RHYİÖ- utanma	0 (0-6)	0 (0-3)	U=139.5	p=0,642	1 (0-7)	1 (0-6)	U=999,5	p=0,680

öğrencilerinde daha olumlu bir tutum eğiliminin bulunduğu saptanmıştır ve bu durum psikiyatri stajının etkisine bağlanmıştır.⁽¹⁰⁾

Öte yandan bazı çalışmalarda da, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar yönünden tıp eğitiminin anlamlı bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir.⁽⁴⁾ Benzer şekilde bir takip çalışmasında ise birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar yönünden anlamlı bir değişikliğin olmadığı gözlenmiştir.⁽¹¹⁾

Ayrıca bu çalışmada birinci sınıf öğrencilerinde ruhsal hastalıkların tehlikeli olarak ele alındığı ve tedirginliğin yüksek olduğu bildirilmiştir. Başka bir çalışmada ise, ikinci ve beşinci sınıf öğrencilerinde ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar incelenmiş ve psikiyatri stajı ile bilgilerinin arttığı fakat bu etkinin kişilerin tutum ve davranışlarında belirgin farklılık yaratmadığı gösterilmiştir.⁽¹²⁾

Farklı yöntemlerle, değişik kültürlerde ve farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçların çelişkili olması; tıp eğitimi gibi değişken ve dinamik bir değişkenin ölçülmeye çalışılmasına bağlı olabileceği gibi, yapılan çalışmalarda varyansın çoğunluğunu açıklamak için gerekli olan değişkenlerin kontrol edilememesiyle de ilişkili olabilir.

Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarda, cinsiyetin etkisi incelendiğinde cinsiyetler arasında çoğunlukla anlamlı fark saptanmamıştır ya da fark saptansa bile diğer faktörler kontrol edildikten sonra etkisinin kaybolduğu bildirilmiştir.^(13,14) Az sayıdaki çalışmada ise kadınların ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve davranışların daha olumlu olduğu bildirilmiştir.⁽¹⁵⁾ Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, cinsiyetin herhangi bir etkisi saptanmamıştır.

Ruhsal hastalığı olan bir yakının varlığının, bazı çalışmalarda ruhsal hastalıklara yönelik tutumları olumlu yönde etkileyebileceği bildirilmiştir.^(8,16) Çalışmamızda, yakınında ruhsal hastalığı olan öğ-

rencilerde RHYİÖ utanma alt ölçeğinde olumlu yönde bir farklılık gözlenmiştir, bu sonuç literatürle uyumludur. Çalışmalarda ruhsal hastalığı olan kişilerle sosyal etkileşimin önemli olduğu vurgulanmıştır. İlişkili olarak, klinik belirtiler açısından görece daha iyi durumda olan ve işlevselliği artmış hastalarla öğrencilerin etkileşiminin stajlarda sağlanmasının yararlı olduğu bildirilmiştir.⁽⁴⁾

Yakınlarında ruhsal hastalığı olan dönem 6 öğrencilerinin RHYİÖ hem toplam hem de çaresizlik ve tehlike alt ölçeklerinde, dönem 1 öğrencilerine kıyasla anlamlı olarak daha olumlu tutum sergilemeleri çalışmamızın önemli bulgularından birisidir.

Bu durumda, yaşantı ve eğitim faktörleri bir araya gelmektedir ve olasılıkla gruplar arasındaki olumlu yöndeki farkın açıklayıcısıdır. Önceki çalışmalarda vurgulanan teorik eğitimin toplum ruh sağlığı merkezlerinin ziyaret edilmesi gibi uygulamalarla tamamlanması umut verici bir yaklaşım olabilir.⁽⁴⁾

Öte yandan, yakınlarında ruhsal hastalığı olmayan öğrenciler karşılaştırıldığında, sadece RHYİÖ tehlike alt ölçeğinde olumlu yönde değişim görülmesi, tehlikeliliğe yönelik algının eğitimle doğrudan ilişkili olduğunu gösteriyor olabilir. Çaresizlik ve utanma alt ölçeğine ilişkin kavramlar, psikiyatri staj eğitimi süresince yeterince ele alınmamış olabilir ya da değiştirilmesi daha zor psikolojik ve sosyal süreçlerle ilişkili olabilir. Örneğin, kişinin ait olduğu toplumun kültürel yapısı utanma duygusunu erken yaşlarda şekillendiriyor olabilir ve değişime direnç yaratabilir.

Ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarla ve tüm tıbbi uygulamayla ilişkili olarak, biyopsikososyal modelin tıp eğitiminde benimsenmesi önemli hedeflerdendir.⁽¹⁷⁾ Çalışmamızda, dönem 6 öğrencileri anlamlı olarak daha fazla biyopsikososyal modeli benimsemiş olarak bulunsa da, ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarla ilişkisinin gösterilememesi dikkat çekicidir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. En önemli kısıtlılık, kesitsel metodolojidir. İzlem çalışması olmaması nedeniyle kontrol edilemeyen ve sonucu etkileyebilecek çok sayıda ara değişken söz konusu olabilir. Bir diğer kısıtlılık, ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkileyebilecek sosyo-kültürel ve kişilik özellikleri gibi psikolojik faktörlerin değerlendirmeye alınmamış olmasıdır.

Çalışmamızın güçlü yanları arasında ruhsal hastalıklara tutumu değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçeğin kullanılmış olması, sadece psikiyatri staj etkisinin değil tıp eğitiminin bir bütün olarak değerlendirilmiş olması sayılabilir.

Sonuçta, bir bütün olarak ele alındığında ruhsal hastalıklara yönelik tutumların genel olarak tıp eğitimiyle değişmediği, ancak ruhsal hastalığı olan bir yakının varlığı gibi bazı alt gruplarda eğitim etkisinin anlamlı olabileceği ifade edilebilir. Bu bağlamda psikiyatri eğitiminde, yaşantı temelli yaklaşımların artırılması olumlu bir adım olabilir. Başta aile hekimleri olmak üzere psikiyatri dışı tüm uzman hekimlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve davranışları büyük ölçüde mezuniyet öncesi tıp eğitimiyle şekillenebileceğinden; bu konuda daha net sonuçlara ulaşabilmek amacıyla iyi tasarlanmış, prospektif kohort çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Ay P, Save D, Fidanoglu O. Does stigma concerning mental disorders differ through medical education? A survey among medical students in Istanbul. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(1):63-7.
2. Gürlek Yüksel E, Taşkın EO. Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2005;6:113-21.
3. Esen Danacı A, Balıkcı K, Aydın O, Cengisiz C, Uykur AB. The effect of medical education on attitudes towards schizophrenia: a five-year follow-up study. *Türk Psikiyatri Derg* 2016;27:176-84.
4. Yüksel G, Yıldız M, Coşkun B. Beliefs of medical faculty students toward mental illnesses and impacts of visiting community mental health centre on this beliefs. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2019;32:152-60.
5. Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2000;22:221-36.
6. Bilge A, Cam MO. Validity and reliability of beliefs towards mental illness scale. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2008;9:91-6.
7. Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A, Checinski K, Surgenor T. The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatric Bulletin* 2002;26(5):178-81.
8. Arkan B, Bademli K, Duman ZÇ. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011;3(2):214-31.
9. Yıldırım Birdoğan S, Berksun OE. Tıp fakültesi 1. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. *Kriz Dergisi* 2002;10(2):1-7.
10. Yenilmez Ç, Güleç G, Ernur D, ve ark. Eskişehir’de tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye yönelik bilgi ve tutumları. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2010;13(4):185-95.
11. Erbaydar NP, Çilingiroğlu N. Tıp eğitimi geleceğin hekimlerinin ruh sağlığı sorunu olan bireylere yönelik tutumlarının etkilemekte midir? *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21(2):114-25.
12. Demirören M, Saka M, Şenol Y, Şentürk V, Baysal O, Öztuna D. The impact of reflective practices on medical students’ attitudes towards mental illness. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2016;17(6):466-75.
13. Hinkelman L, Granello DH. Biological sex, adherence to traditional gender roles, and attitudes toward persons with mental illness: An exploratory investigation. *Journal of Mental Health Counseling* 2003;25:259-70.
14. Phelan JE, Basow SA. College students’ attitudes toward mental illness: an examination of the stigma process. *Journal of Applied Social Psychology* 2007;37(12):2877-902.
15. Swim JK, Aiken KJ, Hall WS, Hunter BA. Sexism and racism: old-fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995;68:199-214.
16. Özyiğit EŞ, Savaş HA, Ersoy MA, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G. Hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin şizofreniye ilişkin tutumları. *Yeni Symposium* 2004;42:105-12.
17. Papish A, Kassam A, Modgill G, Vaz G, Zanussi L, Patten S. Reducing the stigma of mental illness in undergraduate medical education: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ* 2013;13(1):141.

Geliş tarihi: 31/07/2018

Kabul tarihi: 12/09/2019

Online yayın tarihi: 25/10/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Berker Duman

e-posta: berkerduman@gmail.com

Yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre yaşam kalitesi ve geriatrik depresyon ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

Comparison of the results of life quality and geriatric depression scale results according to the environments of the elders

Kamil Serin¹, Süleyman Görpelioğlu², Cenk Aypak²

¹ Gümüşhane Şiran Devlet Hastanesi, Gümüşhane

² Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Özet

Amaç: Yirmi birinci yüzyılın en önemli olgularından birisi, toplumdaki yaşlı nüfusunun giderek artmasının yanında bu nüfusun yaşam kalitesinin yükselmesidir. Biz çalışmamızda yaşlıların yaşadıkları farklı ortamlara göre yaşam kalitesi düzeyleri ve geriatrik depresyon ölçeği sonuçlarının karşılaştırılmasını amaçladık.

Yöntem: Araştırmaya dahil edilen 169 birey “Huzurevinde kalanlar” “Evde tek başına veya eşiyile yaşayanlar” ve “Evde çocukları veya yakınları ile yaşayanlar” olarak 3 gruba ayrıldı. Tüm gruplara “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Geriatrik Depresyon Ölçeği” uygulandı. Sonuçlar SPSS ver.21 programıyla analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılanların %50,9’u erkek, %49,1’i kadındı. Yaş ortalaması $74,1 \pm 7,3$ olarak bulundu. Araştırmaya dahil edilen yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt başlıkları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; “evde tek başına ya da eşiyile yaşayan” grubun Fiziksel Fonksiyon Puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. “Fiziksel İçerik Özet Puanı” da “evde tek başına ya da eşiyile yaşayanlarda” istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer gruplara göre yüksekti.

Sonuç: Her ne kadar Türk aile yapısı ve kültüründe yaşlıların huzurevinde yaşaması olumsuz bir durum gibi algılanıyor olsa da; yaşlıların fiziksel, mental ve sosyal olarak aktifleşmelerine önem veren kurumlarda yaşamak, kendileri için de oldukça önemli katkılar sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Yaşlılar için barınma, depresyon, yaşam kalitesi

Summary

Objective: One of the most important phenomena of the twenty-first century is the increase in the quality of life of the population as well as the increasing number of elderly people in the society. In our study, we aimed to compare the quality of life and geriatric depression scale according to the different environments of the elderly.

Methods: A total of 169 individuals included in the study were divided into 3 groups as “those living in a nursing home”, “living alone or with spouses” and “those living with children or relatives at home”. “SF-36 Quality of Life Scale” and “Geriatric Depression Scale” were applied to all groups. The results were analyzed by SPSS ver:21 program.

Results: Of the participants, 50.9% were male and 49.1% were female. The mean age was 74.1 ± 7.3 years. When the mean scores of SF-36 Quality of Life Scale and Geriatric Depression Scale were evaluated according to the environments where they lived; The Physical Function Score of the group “living alone or with the spouse” was found significantly different from other groups. The Physical Content Summary Score was also higher than “those living alone or with spouses”, but this distinction was not statistically significant with other groups.

Conclusion: Although in Turkish family structure and culture, elderly people living in a nursing home is perceived as a negative situation; Living in institutions that attach importance to physical, mental and social activity of the elderly provides important contributions for themselves.

Key words: Housing for the elderly, depression, quality of life

Giriş

Modern yaşamın ve tıp teknolojisinin gelişmesinin en belirgin sonuçlarından biri de yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artmasıdır. Yaşlı nüfus artışı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olmakla birlikte, son yıllarda daha az gelişmiş ülkelerde de görülmektedir.^[1] Dünya nüfusu içinde 65 yaş ve üstündeki bireylerin oranı 2018’de %9 iken, bu oranın 2050 yılında %16’ya ulaşacağı öngörülmektedir.^[2]

Yaşlılık, engellenmesi mümkün olmayan biyolojik, kronolojik ve sosyal yönleri olan bir süreçtir. Çağımızda yaşam sürecinin bir parçası olarak görülen yaşlanma, insanlarda zamana bağlı değişimleri içine alır.^[3] Yaşlılık genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sağlığın, üretkenliğin, cinsel yaşamın, gelir düzeyinin, rol ve statünün, bağımsızlığın ve sosyal yaşamının azalması gibi döneme özgü pek çok sorunun yaşandığı bir kayıplar dönemidir.^[4]

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye’de, yaşlı (65 ve daha yukarı yaş) nüfus oranı 2016 yılında %8,3 iken; 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörüldü.^[5]

Nüfus ve Konut Araştırması (NKA) sonuçlarına göre 2011 yılında, hanesinde en az bir yaşlı üyesi bulunan hanelerin oranı %21,7’dir. NKA sonuçlarına göre 2011 yılında, tüm hane halkı üyelerinin yaşlı olduğu hanelerin %60’ı tek kişi, %39,5’i iki kişi, %0,5’i ise üç yaşlı kişiden oluşmaktadır.

Aynı araştırmaya göre 2011 yılında, toplam hane halklarının %11,7’sini tek kişilik haneler oluşturmuştur. Bu hanelerin %42,2’si 65 ve daha yukarı yaştaki kişilerden oluşmaktadır. Tek başına yaşayan yaşlı nüfusun %77,1’ini kadınlar oluşturmaktadır. Sağlık durumu “çok iyi/iyi” düzeyinde olan erkek nüfusun oranı 2012 yılında %36,9 iken kadınlarda bu oran %18,7 olarak bulunmuştur.^[5]

Yirmi birinci yüzyılın en önemli olgularından birisi, doğumdan itibaren beklenen yaşam süresinin

ve toplumdaki yaşlı nüfusunun giderek artmasının yanında yaşam standartlarının yükseltilmesi, önlenbilir hastalık ve ölümlerin azaltılması, aktivitelerin daha bağımsız yapılabilmesi ve yaşam kalitesinin yükselmesidir.^[6]

Yaşam kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak “iyi olma durumu” olarak kullanılan bir terimdir. Ayrıca, yaşam kalitesi kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği öznel duygu olarak da tanımlanabilir.^[7] Yaşam kalitesi, özellikle kronik hastalıkların tedavisinde uygun tıbbi bakımı değerlendirmede önemli bir ölçütür. Bu kavram, 1. Fiziksel ve mesleki fonksiyonlar, 2. Psikolojik durum, 3. Sosyal etkileşimler ve 4. Ekonomik durum alanlarında etkilenmektedir.^[8]

Yaşlılarda depresyon, sık görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Çeşitli hastalıklarla birlikte veya tek başına yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etkidir. Genel olarak zihin süreçlerinde yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli ancak geri dönüşlü bozukluklara yol açmaktadır. Tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi sonuçlar doğururken, uygun tedavi ile yaşlının yaşam kalitesi artmaktadır.^[7]

Depresyon için psikososyal risk faktörleri arasında eş kaybı, sosyal izolasyon, sosyal destek eksikliği, yeti yitimi ve işlevsel kayıplar önde gitmektedir. Birçok tıbbi hastalık ve bazı ilaçlar depresif sendromların gelişmesinde rol oynamaktadır. Bu nedenle yaşlının sağlık bakımı kadar sosyal desteğin sağlanması da bu grup özelinde önemini korumaktadır. Bu sosyal desteği ya bireyin sosyal çevresi ya da bir sosyal örgüt sağlar.

Yaşlının toplum içinde, kendi yaşam çevresinden soyutlanmadan yaşamını sürdürmesi öncelikli ise de gerektiğinde toplu yaşam yerleri de seçenek olarak görülmektedir. Huzurevi kavramı bu düşünce doğrultusunda oluşturulmuştur.^[9]

Biz bu çalışmamızda yaşlıların yaşadıkları farklı ortamlara göre yaşam kalitesi düzeyleri ve geriatrik

depresyon ölçeği sonuçlarının karşılaştırılmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 02.06.2014 tarih ve 16/7 sayılı kararı ile 01.02.2014-31.05.2014 tarihleri arasında Ankara Keçiören’de yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler üzerinde yürütülmüş olan bir çalışmanın verilerinin yeniden değerlendirilmesi ile oluşturulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen bireyler “Huzurevinde kalanlar” “evde tek başına veya eşiyile yaşayanlar” ve “evde çocukları veya yakınları ile yaşayanlar” olarak 3 gruba ayrılmıştı. “Huzurevinde kalanlar” grubu ilçede bulunan Keçiören Huzurevinde kalmakta olan 68 bireyden oluşuyordu. “Evde tek başına veya eşiyile yaşayanlar” ve “evde çocukları veya yakınları ile yaşayanlar” grupları ise kartopu yöntemiyle rastgele gidilen adreslerde yaşayan yaşlı bireylerden oluşturulmuştu. Bu şekilde, evde tek başına veya eşiyile yaşayan 53; evde çocukları veya yakınları ile yaşayan 48 olmak üzere toplam 169 yaşlı birey araştırmaya dahil edilmişti.

Orijinal araştırmada tüm gruplara sözlü ve yazılı onamları alınarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile:

- Sosyodemografik özelliklerini içeren anket formu,
- SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği ve
- Geriatrik depresyon ölçeği uygulanmıştı.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanıldı. Kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde Pearson Ki-Kare Testi uygulandı. Normal dağılıma uymadığı belirlenen değişkenler için; iki bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi, üç bağımsız grup arasındaki karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis Testi kullanıldı. Üç bağımsız grup arasında anlamlı fark bulunduğu, farkın kaynağını saptamak amacıyla Post-hoc ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltilmesi uygulandı. İsta-

tiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin alt başlık hesaplamalarının yanısıra “Fiziksel ve Mental İçerik Özet Puanları” da hesaplandı.^[10] Tüm analizler SPSS ver.21 programıyla yapıldı.

Bulgular

Çalışmaya katılanların % 50,9’u erkek (n=86), %49,1’i kadındı (n=83). Yaş ortalaması $74,1 \pm 7,3$ (Ortanca:74, En Küçük:65, En Büyük:95) olarak bulundu. Eğitim durumları değerlendirildiğinde %18,3’ü okuryazar değil (n=31); %10,7’si okuryazar (n=18); %38,5 ilkökul mezunu (n=65); %13,0 ortaokul mezunu (n=22); %9,5 lise mezunu (n=16) ve % 10,1 üniversite mezunu (n=17) idi. Araştırmaya dahil edilen yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre demografik özelliklerinin dağılımları **Tablo 1**’de verilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Başlıkları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları **Tablo 2**’de verilmiştir.

Tartışma

Araştırmamızın tek bir huzurevinde ve kısıtlı bir yaşlı popülasyonu üzerinde yapılmış olması en önemli kısıtlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle tartışma ve sonuçları bu kısıtlılıklar göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

Araştırmamıza dahil edilen yaşlıların yaşam yeri tercihlerinde eşin sağ olması evde yaşam tercihini ön plana çıkarırken ($p=0,000$); öğrenim durumu ($p=0,005$) ve kronik hastalık varlığının ($p=0,054$) huzurevinde kalma tercihini öne çıkardığı bulunmuştur. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan başka çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.^[11] Bu durumun son yıllarda görülen çekerdek aileye dönüş, kadınların çalışma hayatına katılması, konutların küçülmesi ve yaşlanmayla birlikte sağlığın bozulmasının yaşlıların evde bakımını güçleştirmesi nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya dahil edilen yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt

başlıkları değerlendirildiğinde evde tek başına ya da eşiyile yaşayan grubun Fiziksel Fonksiyon Puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bununla uyumlu olarak Fiziksel İçerik Özet Puanı da evde tek başına ya da eşiyile yaşayanlarda anlamlı olmasa da diğer gruplara göre yüksektir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda yaşanan yer ile fiziksel fonksiyonlar arasında anlamlı bir bağlantı kurulamadığı rapor edilmiştir.^[12] Araştırma sonuçlarımız bu yönüyle diğer araştırmalardan farklılık göstermektedir. Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı bir araştırma olduğundan fiziksel olarak daha iyi olma halinin nedenleri üzerinde herhangi

bir tartışma yapılamamıştır. Ancak bu bulgumuzun evde tek başına ya da eşiyile birlikte yaşamak için en azından yemek yapmak, özbakım gibi temel günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilebilmesi gerekliliğinden kaynaklandığı; bunları yerine getiremeyen yaşlıların çoğunlukla huzurevi ya da bakımevlerinde yaşamlarını sürdürmelerine bağlı olabileceğini düşündük.

Ağrı, Sosyal Fonksiyon, Mental Sağlık ve Mental İçerik Özet Puanları huzurevinde kalanlarda anlamlı derecede yüksektir. Yaşlıların kişilerarası sosyal etkileşiminin artmasının iyi oluş düzeyine ve yaşam doyumuna pozitif etkisi birçok çalışmayla

Tablo 1. Araştırmaya Dahil Edilen Yaşlıların Yaşadıkları Ortamlara Göre Demografik Özelliklerinin Dağılımları

Özellik	Huzurevinde yaşayanlar (n=68)	Evde tek başına veya eşiyile birlikte yaşayanlar (n=53)	Evde çocukları veya yakınlarıyla yaşayanlar (n = 48)	p
Yaş (Ortalama±SS, en düşük/en yüksek)	79,1±6,9 (min 66, max 95)	70,4±4,8 (min 65, max 80)	71,8±5,9 (min 65, max 85)	
Cinsiyet (n, %)				
Kadın	36 (% 52,9)	21 (% 39,6)	26 (% 54,2)	0,247
Erkek	32 (% 47,1)	32 (% 60,4)	22 (% 45,8)	
Öğrenim durumu(n, %)				
Okuryazar değil	14 (% 20,6)	4 (% 7,5)	13 (% 27,1)	0,005
Okur yazar	9 (% 13,2)	5 (% 9,4)	4 (% 8,3)	
İlkokul Mezunu	16 (% 23,5)	32 (% 60,4)	17 (% 35,4)	
Ortaokul mezunu	12 (% 17,6)	3 (% 5,7)	7 (% 14,6)	
Lise mezunu	10 (% 14,7)	2 (% 3,8)	4 (% 8,3)	
Üniversite ve üzeri	7 (% 10,3)	7 (% 13,2)	3 (% 6,3)	
Eşin durumu (n, %)				
Ayrı / Ölü	53 (% 77,9)	19 (% 35,8)	23 (% 47,9)	0,000
Birlikte	11 (% 16,2)	34 (% 64,2)	25 (% 52,1)	
Hiç Evlenmemiş	4 (% 5,9)	0 (% 0)	0 (% 0)	
Kronik hastalık (n, %)				
Var	64 (% 94,1)	47 (% 88,7)	39 (% 81,3)	0,097
Yok	4 (% 5,9)	6 (% 11,3)	9 (% 18,7)	
Engellilik (n,%)				
Var	13 (% 19,1)	4 (% 7,5)	3 (% 6,3)	0,054
Yok	55 (% 80,9)	49 (% 92,5)	45 (% 93,7)	

gösterilmiştir.^[13,14] Bizim bulgularımız da bu çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda evde yakınlarıyla kalanların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt başlıkları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının hiçbirinde olumlu bir fark elde edilememiştir. Bu bulgumuz ülkemizde yapılan ve huzurevinde kalanlarda depresyon sıklığının daha fazla olduğunu öne süren bazı araştırmalardan farklılık göstermektedir.^[15] Bu konunun aydınlatılması için farklı huzurevlerinde kalan yaşlılarla daha geniş araştırmaların yapılması gerekir.

Sonuç

Sonuç olarak yaşlanma ve yaşlılık aile hekimlerinin iş yükü arasında gittikçe artan oranda bir yer kaplamaktadır. Her ne kadar Türk aile yapısı ve kültüründe yaşlıların huzurevinde yaşaması olumsuz bir durum gibi algılanıyor olsa da; son yıllarda çekirdek aileye dönüş, geniş aile sayısının azalması, kadınların çalışma hayatına katılması, konutların küçülmesi ve daha da önemlisi yaşlanmayla birlikte sağlığın bozulması yaşlıların evde bakımını güçleştirmektedir.^[16]

Yaşlının bakımında en önemli rolün eşe düştüğü, ama eşlerin de yaşlanarak zaman içinde güçsüzleşmesiyle yetişkin çocukların bu görevi üstlendikleri bilinmektedir. Hem yaşlı bireyler, hem de onların çocukları evde bakımı tercih etse de bu hizmetin aile üyeleri tarafından verilmesinin gittikçe güçleştiğini belirten çalışmalar vardır.^[17] Özellikle sağlığı bozulmuş ileri yaştaki kişilerin bakımını üstlenen yetişkin çocuklarda sosyal ve psikolojik sorunların görüldüğü belirtilmiştir.^[11] Bu durumda da yaşlılar aile ortamından farklı kurumlara yerleştirilmekte ya da kendileri bunu tercih etmektedir.^[18]

Yapılan çalışmalar yaşlıların fiziksel, mental ve sosyal olarak aktifleşmelerine önem veren kurumlarda yaşamının, kendileri için de oldukça önemli katkılar sağladığını ortaya koymaktadır. Ancak Türkiye’de yaşlılara yönelik bakım ya da aileye yönelik bakım olanakları yaygın olmadığından; bu tür bakımın tedavi, bedensel bakım, refakat ve terapi gibi hizmetlere ihtiyaç duyan; ekonomik yetersizlikleri olan, fiziksel gücünü kaybetmiş yaşlılar tarafından tercih edildiği görülmektedir. Bununla birlikte evli yaşlıların büyük çoğunluğu

Tablo 2. Araştırmaya Dahil Edilen Yaşlıların Yaşadıkları Ortamlara Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Başlıkları, Fiziksel ve Mental İçerik Özet Puanları ve Geriatrik Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları

	GRUPLARIN PUAN ORTALAMALARI			p
	Huzurevinde kalan (n=68)	Evde tek başına ya da eşyle yaşayan (n=53)	Evde Yakınları ile yaşayan (n=48)	
Fiziksel Fonksiyon Puanı	35,8	40,2	35,1	0,041
Fiziksel Rol Kısıtlaması Puanı	44,9	44,4	40,3	0,084
Ağrı Puanı	50,5	48,2	41,0	0,001
Genel Sağlık Puanı	44,3	42,6	40,0	0,069
Vitalite-Enerji Puanı	44,8	46,9	42,8	0,154
Sosyal Fonksiyon Puanı	49,1	45,7	38,9	0,001
Emosyonel Rol Kısıtlaması Puanı	46,2	46,2	40,6	0,011
Mental Sağlık Puanı	49,4	47,7	43,3	0,011
Fiziksel İçerik Özet Puanı	39,5	40,4	35,8	0,093
Mental İçerik Özet Puanı	51,1	49,1	44,3	0,001
Geriatrik Depresyon Ölçeği Puanı	11,9	10,5	13,4	0,098

eşleriyle birlikte yaşamayı, özellikle erkekler eşleri tarafından bakılmayı tercih etmektedirler. Yaşlıları bu ikilemden kurtarmak için yaşlı bakım modelleri tasarlanırken eşlerin de dâhil olabileceği düzenlemeler yapılması; yaşlılar için sağlanan aile desteği

ile kamu desteği arasında ortak çalışma ortamları oluşturulmalı; yaşlı bireyin ihtiyaç durumuna göre aile içi ve aile dışı desteğin birbirini bütünlendiği bir sistem geliştirilmelidir.

Kaynaklar

- Oğlak S. Türkiye’de Yaşlı Bireylerin Bakım Gereksinimlerine Yönelik Yaşadığı Ortamda Sunulacak Bakım Modelleri. “İŞ, GÜÇ” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi Ekim 2011; 13(4): 115-130.
- Population Reference Bureau. 2018 World Population Data Sheet. https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/08/2018_WPDS.pdf (Erişim: 30.04.2019).
- Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:227-239.
- Konak, A., Çigdem, Y. Yaşlılık olgusu: Sivas Huzurevi Örneği, C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi 2005; 29(1): 23-63.
- TÜİK. İstatistiklerle Yaşlılar, 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf (Erişim: 03.07.2019).
- TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020 Ankara, Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti., 2015; 3-15.
- Eser, E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temeli ve Ölçümü. Sağlıkta Birlik Dergisi; 2006; 5: 1-5.
- Şahin EM, Yalçın BM. Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırılması. Turkish Journal of Geriatrics 2003;6:10-3.
- Harrington C. Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? Am J Public Health 2001; 9:1452-5.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a User’s Manual. 5th printing. 1994 December Health Assesment Lab, New England Medical Center, Boston, MA.
- Aközer M, Nuhurat C, Say Ş. Türkiye’de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. Aile ve Toplum. Ekim-Kasım-Aralık 2011; 7 (27): 103-28.
- Erel S, Uygur F. Toplumda ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin fiziksel performans ve yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. Fizyoter Rehabil. 2010;21(1):35-42.
- Moore SL, Schow E. The quest for meaning in aging. Geriatric Nursing 2006; 27 (5), 293-299.
- Kudo H, Izumo Y, Kodamo H, Watanabe M, Hatakeyama R, Fukuoka Y. ve diğerleri. Life satisfaction in older people. Japan Geriatrics Society 2007; 7: 15-20.
- Demir G, Ünsal A, Gürol Arslan G, ÇOBAN A. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda depresyon yaygınlığının karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(1) : 1-12.
- Şenol D, Erdem S. Yaşlılık ve yaşlı kadınlarda huzurevi algısı: nitel bir çalışma. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2017; 7: 31-50.
- Yıkılkan H, Aypak C, Görpeliöğlü S. Depression, anxiety and quality of life in caregivers of long term home care patients. Archives of Psychiatric Nursing 2014; 28(3): 193-196.
- Fatoş Bozkuş. Yaşlanan nüfusumuz yeni sektör yarattı. <https://www.ekonomist.com.tr/haberler/yaşlanan-nufusumuz-yeni-sektor-yaratti.html> (Erişim: 03.07.2019).

Geliş tarihi: 30/04/2019

Kabul tarihi: 28/08/2019

Online yayın tarihi: 25/12/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Süleyman Görpeliöğlü,
e-posta: sgorpelioglu@yahoo.com

Hemşirelik hizmetlerinde çalışanların aşıyla önlenebilir hastalıklara karşı bağışıklık durumlarının araştırılması

The immunity of nursing services providers against vaccine-preventable diseases

Buğu Usanma Koban¹, Memet Taşkın Egici², Müge Özgül², Muhammet Mustafa Yıldız², Hilal Özkaya², Emine Zeynep Tuzcular Vural²

¹ Ankara Ün ¹Tuzla İlçe Sağlık Müdürlüğü, Tuzla / İstanbul

² Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: Sağlık çalışanları, enfeksiyonla karşılaşma ve enfeksiyonun özellikle duyarlı hasta grubuna bulaşı açısından büyük bir risk taşımaktadır. Bu bakımdan aşılama bu meslek grubunda kritik önem arz etmektedir. Bu çalışmada, hastanemizde hemşirelik hizmetlerinde çalışan ve kurum hekimliğince sağlık taramasına katılan bireylerin aşıyla önenebilir hastalıkların bulaşıklık düzeyleri incelenmiş, hepatit, tetanoz ve grip aşısı öyküleri sorgulanmış ve sonuçları branşlara göre kategorize edilerek hemşirelerin bu konudaki bilinç düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2018 yılında çalışmakta olan ve verileri yeterli olan hemşirelerin sağlık taraması esnasında bakılmış olan hepatit A, hepatit B, kızamık, kabakulak, rubella antikor değerleri ile; kulak burun boğaz ve pediatri bölümlerinde çalışanların varicella seropozitifliği araştırılmıştır. Hepatit A ve B, tetanoz, grip aşısı öyküleri taramada kullanılan formdaki beyanları dikkate alınarak kaydedilmiştir. Sonuçlar, yaş grupları ve çalıştıkları birimlere göre karşılaştırılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastanemiz kurum hekimliğinde dosyaları bulunan 214 hemşirenin 79'u dahili branşlarda, 84'ü cerrahi branşlarda, 17'si yoğun bakım ve palyatif bakım servisinde, 202'si acil serviste, üçü diyaliz ünitesinde ve kalan 11 kişi idari birimde çalışıyordu. AntiHBsIgG 209'unda (%97,7) pozitif ve bunların 12'si, (%5,6) doğal bulaşıktı. AntiHAVIgG ise 111 kişide (%51,9) pozitif bulundu. 112 (%52,3) kişi tetanoz aşısı yaptırmıştı fakat 49 kişi (%22,9) aşılama durumunu bilmiyordu. Tetanoz aşısı olanların %41,96'sı dahili, %41,07'si cerrahi bölümlerde, %6,25' , yoğun bakım ve palyatif servisinde ve %7,14'ü acil servislerde çalışıyordu. Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı olduğunu belirten 208 kişi olup bunların üçünde rubella IgG, dokuzunda kabakulak IgG ve 20'sinde kızamık IgG negatif bulundu. Hepatit B açısından seropozitif olanlardan 70 kişi (%32,71) cerrahi branşlarda, endoskopi ünitesinde ve ameliyathanede, 77 kişi (%35,98) dahili branşlarda ve polikliniklerde, dört kişi (%1,86) diyaliz ünitesinde, 19 kişi (%8,87) acil serviste ve 16 kişi (%7,47) hastayla ve ona ait materyalle temas etmeyen idari bölümlerde görev yapmaktaydı. Genel seropozitiflik yüzdelerine bakıldığında bireylerin tetanoz ve hepatit A yönünden bulaşıklık yüzdeleri; hepatit B ve kızamık-kızamıkçık-kabakulak yüzdelerine göre anlamlı olarak düşüktü ($p<0,05$).

Sonuç: Aşılama hem mesleki maruziyet hem de hastaların korunması bakımından büyük önem taşımakla beraber halen sağlık çalışanları tarafından göz ardı edilebilen bir önlemdir. Riskli birimler başta olmak üzere geniş çaplı taramalarla immunizasyon düzeyinin belirlenmesi ve sağlık çalışanlarının aşılama hakkında bilinçlendirilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanı, farkındalık, bulaşıklama, mesleki maruziyet, tarama

Summary

Objective: Health care workers are under a major risk of encountering with an infection of any kind and as well transmitting that infection especially to the susceptible patients group. Therefore, vaccination is of vital importance for that kind of occupational group. In this present study, immunity levels, against vaccine-preventable diseases, of the personnel, who are providing nursing services in our hospital and who have undergone the medical screening by personnel health care department, were examined; their hepatitis, tetanus and influenza vaccines histories were questioned and the results were categorized by branches. In so doing, determining consciousness levels of the nurses on the subject at issue is intended.

Methods: In 2018, at Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital, of the staff member nurses with sufficient data, hepatitis A, hepatitis B, measles, mumps and rubella antibody values derived from the medical screening, and of the personnel serving in otorhinolaryngology and pediatrics services, varicella seropositivity were examined. Hepatitis A, hepatitis B, tetanus and influenza vaccines histories were recorded paying regard to their statements in the forms filled in by them during the medical screening. The results were analyzed comparing between age brackets and departments they are providing service in.

Results: Out of 214 nurses whose files were available at personnel health care department of our hospital; in internal branches 79 nurses, in surgical branches 84 nurses, in intensive care and palliative care units 17 nurses, in emergency departments 202 nurses, in dialysis unit 3 nurses and in administrative unit the remaining 11 nurses were providing service. AntiHBsIgG was positive for 209 nurses (97,7%) and 12 of them (5,6%) had natural immunity. AntiHAVIgG was positive for 111 nurses (51,9%). 112 nurses (52,3%) had tetanus vaccination; however 49 nurses (22,9%) did not know whether they were vaccinated or not. Of the nurses who had tetanus vaccination; in internal branches 41,96%, in surgical branches 41,07%, in intensive care and palliative care units 6,25% and in emergency departments 7,14% were providing service. There were 208 nurses who had declared that they had measles, mumps and rubella vaccination. However 3 of them had rubella IgG negative, 9 of them had mumps IgG negative and 20 of them had measles IgG negative. Out of 70 nurses who were seropositive regarding hepatitis B; in surgical branches, endoscopy unit and operating room 70 nurses (32,71%), in internal branches and outpatient clinics 77 nurses (35,98%), in dialysis unit 4 nurses (1,86%), in emergency departments 19 nurses (8,87%) and in administrative units, where there is contact neither with patients nor with any belongings of patients, 16 nurses (7,47%) were providing service. Regarding percentages of seropositivity in general, percentages of nurses' tetanus and hepatitis A immunity were far below than the percentages of their hepatitis B and measles, mumps and rubella immunity ($p<0,05$).

Conclusion: Although vaccination is of vital importance regarding occupational exposure as well as protection of the patients' health, it is a preventive measure that is still neglected by the health care providers. Particularly in the departments at risk, determination of immunization level by wide scale medical screenings and raising awareness of health care providers on vaccination will be beneficial.

Key words: Health care providers, awareness, immunization, occupational exposure, medical screening

Giriş

Aşıyla önlenebilen hastalıklar günümüzde hala önemli bir mortalite ve morbidite sebebidir. Erişkin bağışıklama kapsamında spesifik mikroorganizmalara karşı aşılama önerilen özel gruplardan biri de sağlık çalışanlarıdır. Sağlık çalışanları; hem enfeksiyonla direkt karşılaşmaları nedeniyle maruziyet açısından risk taşımakta, hem de karşılaşılan mikroorganizmayı özellikle immünsuprese hasta grubuna aktararak nozokomiyal enfeksiyonların yayılmasında rol oynamaktadır.

Uluslararası birçok kuruluş, gerek sağlık çalışanlarının gerekse hastaların güvenliğini sağlamayı hedefleyerek bağışıklamada standardizasyona yönelik rehberler yayınlamaktadır. Buna rağmen aşılama oranları enfeksiyon çeşidine ve ülkelere göre değişiklik göstermekte ve bu durum hastane ve klinikleri salgınlara açık hale getirmektedir.^[1]

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), sağlık çalışanlarının aşılama konusundaki görüş bildirimlerinin 2019 yılında güncellenmiş raporuna göre; tüm sağlık çalışanlarının polio ve kızamık aşılarının tam olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra, boğmaca, bağışıklanmamış olanlarda BCG ve yılda bir kez influenza aşıları da önerilmektedir. Etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu gruplarda kızamıkçık, suçiçeği, difteri, hepatit B ve meningokok aşıları DSÖ önerileri arasındadır.^[2]

Center for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından yayınlanan görüşlere göre ise; sağlık çalışanları, eğer bağışık değilse hepatit B, kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşılarını yaptırmalıdır. Varicella aşı öyküsü yoksa, suçiçeği veya zona geçirmemişse varicella aşısı da yapılmalıdır. 10 yılda bir tetanoz-difteri-boğmaca aşısı yapılmalıdır. Mikrobiyologlara 5 yılda bir meningokok aşısı yapılmalıdır.^[3] Kanada Bağışıklama Rehberi'nde ise tüm sağlık çalışanlarının difteri ve tetanoz aşısı yaptırmaları, aşısız personelin ise hepatit B, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, boğmaca ve varicella

için aşılama uygun görülmektedir.^[4] Bazı ülkelerde sağlık çalışanlarının aşılama kanunları aracılığıyla zorunlu hale getirilmiştir. Örneğin Fransa'da, tıp ya da hemşirelik eğitimine başlayan veya sağlık sektöründe hizmet veren herkesin BCG, difteri, tetanoz, polio ve hepatit B aşılarını yaptırmaları bir yasal zorunluluktur.^[5]

Ülkemizde ise Erişkin Bağışıklama Rehberi'nin 2016'daki güncellenmiş versiyonunda, tüm sağlık çalışanlarının kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tetanoz, difteri, suçiçeği, hepatit A, hepatit B ve yıllık influenza aşılarını yaptırmaları önerilmektedir.^[6] Sağlık çalışanlarının aşılama, iş güvenliği kuralları çerçevesinde sağlık kuruluşlarında kurum hekimleri tarafından takip edilmektedir.

Bu çalışmada da, hastanemizde hemşirelik hizmetlerinde çalışan ve kurum hekimliğince sağlık taramasına katılan bireylerin, aşıyla önlenebilir hastalıklara bağışıklık düzeyleri incelenmiş, hepatit, tetanoz ve grip aşısı öyküleri sorgulanmıştır. Sonuçları, çalıştıkları birimlere göre kategorize edilerek hemşirelerin bu konudaki bilinç düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki çalışmamızda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2018 yılında çalışmakta olan ve sağlık taramalarında tetkikleri yapılmış olan hemşirelerin dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Verileri yeterli olan 214 hemşirenin; hepatit A, hepatit B, kızamık, kabakulak, rubella antikor değerleri ile; kulak burun boğaz ve pediatri bölümlerinde çalışanların varicella seropozitifliği hastanemizin tıbbi kayıtlarından araştırılmıştır.

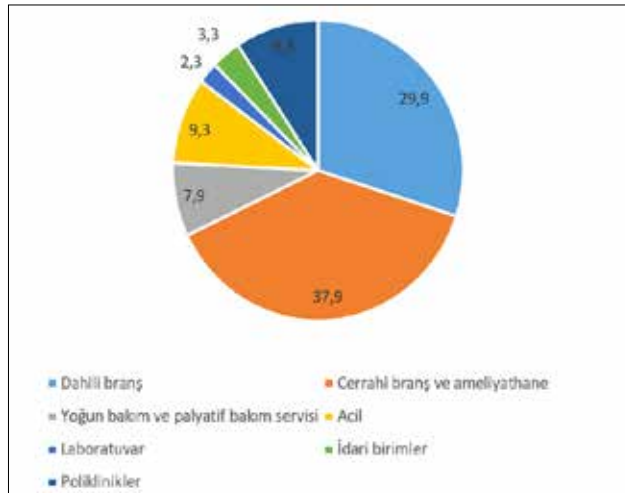
Hepatit A ve B, tetanoz, grip aşısı öyküleri taramada kullanılan formdaki beyanları dikkate alınarak kaydedilmiştir. Birimler arasındaki aşılama oranlarını karşılaştırmak amacıyla hemşirelerin çalıştığı bölümler; dahili birimler, cerrahi birimler, yoğun bakım ve palyatif bakım servisi, acil

servis, laboratuvar, idari birimler ve poliklinikler olmak üzere 7 gruba ayrılmıştır. Verilerin analizinde The Statistical Package of Social Sciences-for Windows (SPSS) 25. Versiyonu kullanılmıştır. Veriler Ki-kare ve Student's T-test ile karşılaştırılmıştır. Birimlere göre aşılama durumları Phi korelasyon katsayısı üzerinden değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçları %95 güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlı kabul edilerek analiz edilmiştir.

Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen hemşirelerin 190'ı kadının (%88,8) ve 24'ü erkekti (%11,2). Yaş ortalaması 31,37 olup standart sapma 8,39, minimum değer 19, maksimum değer 59'du. Katılımcıların 64'ü dahili branşlarda (%29,9), 81'i cerrahi branşlarda ve ameliyathanede (%37,9), 17'si yoğun bakım ve palyatif bakım servisinde (%7,9), 20'si acil serviste (%9,3), 5'i laboratuvarında (%2,3), 7 kişi idari birimlerde (%3,3) ve 20 kişi de polikliniklerde (%9,3) çalışıyordu (Grafik1).

Çalışmaya katılanların 117'si bekar (%54,7) ve 97'si evliydi (%45,3). Lise mezunu 28 kişi (%13,1), ön lisans mezunu 21 kişi (%9,8), lisans mezunu 143 kişi (%66,8) ve yüksek lisans mezunu 22 kişi (%10,3) bulunmaktaydı. Medeni durum, eğitim düzeyi ve cinsiyet ile aşılama düzeyleri arasında hiçbir aşı açısından istatistiksel olarak anlamlı



Grafik 1. Çalışmaya katılan hemşirelerin görev alanlarına göre dağılımı.

bir sonuç bulunmadı ($p > 0,05$). Yaş ile aşılama durumlarının ilişkisine bakıldığında, anti HBsIgG pozitif olanların yaş ortalaması negatif olanlara göre düşüktü ($p = 0,02$). Fakat tetanoz ve kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşılarında yaş ile istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmadı ($p > 0,05$).

Anti-HBs IgG 209 kişide (%97,7) pozitif; bunların 5'i, (%2,3) doğal bağışıklı. Kalan kişiler aşılanmıştı. Anti-HBs IgG negatif olan 5 kişinin 2'si dahili branşlarda, 2'si cerrahi branşlarda, 1'i acil serviste görev yapmaktaydı. Pozitif olanlardan ise 62 kişi (%29,6) dahili branşlarda, 79 kişi (%37,7) cerrahi branşlarda, 17 kişi (%8,1) yoğun bakım ve palyatif bakım servislerinde, 19 kişi acil serviste (%9), 5 kişi (%2,3) laboratuvarında, 7 kişi (%3,3) idari birimlerde ve 20 kişi (%9,5) polikliniklerde çalışmaktaydı.

HAV IgG pozitifliği 118 kişide saptandı (%55), bu kişilerin hiçbiri aşılanmamıştı (**Tablo 1**). Tarama formundaki beyanlar dikkate alındığında, 112 (%52,3) kişi tetanoz aşısı yaptırmıştı, 49 kişi (%22,9) aşılama durumunu bilmiyordu. Tetanoz aşısı yaptırmış olanlardan 25 kişi (%31,2) dahili branşlarda, 45 kişi (%40,1) cerrahi branşlarda, 7 kişi (%6,2) yoğun bakım ve palyatif bakım servisinde, 8 kişi (%7,1) acil serviste, 3 kişi (%2,6) laboratuvarında, 1 kişi (%0,8) idari birimlerde ve 13 kişi (%11,6) polikliniklerde çalışıyordu (**Grafik 2**).

Kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı olduğunu belirten 208 kişi (%97,19) oldu. Bunların 3'ünde rubella IgG, 9'unda kabakulak IgG ve 20'sinde kızamık IgG negatif bulundu. Genel seropozitiflik yüzdelere bakıldığında bireylerin tetanoz ve hepatit A yönünden bağışıklık yüzdeleri; hepatit B ve kızamık-kızamıkçık-kabakulak yüzdelere göre anlamlı olarak düşüktü ($p < 0,05$).

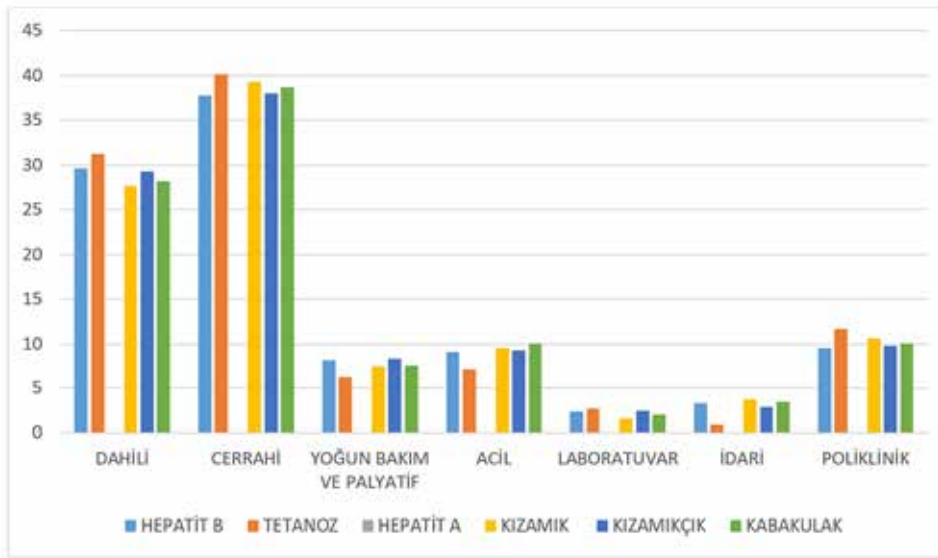
Kurum hekimliği tarafından özellikle kulak burun boğaz hastalıkları (KBB), enfeksiyon hastalıkları ve pediatri servislerinde çalışanların yaptırmaması önerilen varicella aşısı incelendiğinde;

KBB hemşirelerinin %60'ının, pediatri servisi ve yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin %66,7'sinin, enfeksiyon hastalıklarında çalışan hemşirelerin ise %50'sinin aşılandığı görüldü. Bu grupların aşılama oranları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,28$).

Branş gruplarına göre hepatit B aşısı yaptırma durumlarına bakıldığında, yoğun bakım ve palyatif bakım servislerinde, idari bölümlerde, laboratuvar da ve polikliniklerde çalışan hemşirelerin tamamı aşılanmıştı. Etken ile karşılaşma riski daha yüksek olan diğer gruplarda ise aşılama oranının en yüksek olduğu popülasyon cerrahi branş hemşireleri idi (%97,5). En düşük aşılama oranı laboratuvar hemşirelerinde bulunmaktaydı (%2,3). Bununla bir-

likte, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,97$). Hemşirelerin görev yerleri gruplanmaksızın tek tek karşılaştırıldığında ise gruplar arası anlamlı fark elde edilmiş olmakla birlikte ($p<0,05$) aşılanmamış hemşirelerin bulunduğu bölümler acil servis (%92,9 aşılanmış), göz servisi (%60 aşılanmış), enfeksiyon hastalıkları servisi (%80 aşılanmış) ve onkoloji servisi (%50 aşılanmış) olarak tespit edildi.

Tetanoz için bağışıklanma durumu incelendiğinde, aşılama oranı en yüksek grup yine cerrahi branş hemşireleriydi (%75,9). Tetanoz bağışıklığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p=0,25$). Birimler gruplanmaksızın aşılama durumu incelendiğinde



Grafik 2. Aşılama yüzdelerinin görev alanlarına göre dağılımı

Tablo 1. Birimlere göre antikor pozitiflik oranları

BİRİM	AntiHAV IgG (%)	AntiHBV IgG (%)	AntiRubella IgG (%)	Kızamık IgG (%)	Kabakulak IgG (%)
Dahili Branşlar (n=64)	48,4	96,9	95,3	84,4	90,6
Cerrahi Branşlar (n=81)	66,7	97,5	97,5	93,8	97,5
YBÜ-Palyatif Bakım (n=17)	29,4	100	100	82,4	88,2
Acil Servis (n=20)	50	95	100	90	100
Laboratuvar (n=5)	60	100	100	60	80
İdari birimler (n=7)	57,1	100	100	100	100
Poliklinikler (n=20)	55	100	100	100	100

YBÜ: Yoğun bakım ünitesi

de bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,28$) (**Tablo 2**). Hemşirelerden sadece bir tanesi grip aşısı olduğunu beyan etmişti (%0,5). Suçiçeği aşısı yaptırmadığını belirten de bir hemşire vardı (%0,5).

Tartışma

Sağlık çalışanlarının aşılınması, özellikle hastane kaynaklı bulaşların önlenmesi ve bu şekilde gerek sağlık çalışanının gerek hastaların korunması açısından önemlidir. Aşıyla önlenemez nozokomial enfeksiyonlara tüm dünyada azımsanamayacak sıklıkta rastlanmaktadır. Örneğin 2000 yılında tüm dünyada toplam 66000 kadar sağlık çalışanının mesleki perkütan yaralanmalar sonucunda hepatit B virüsü ile enfekte olduğu bildirilmiştir.^[7]

Sağlık çalışanlarının aşılınmasına ilişkin, gerek Dünya Sağlık Örgütü'nün gerekse endemik hastalıkların da göz önünde bulundurulmasıyla belirli ülkelerin kendilerine özgü bir hareket planı önerisi bulunmaktadır. Fakat araştırmalar göstermiştir ki, sağlık çalışanlarının aşılama oranları hedeflenen düzeyin çok altında kalmaktadır.^[8]

Bununla birlikte sağlık çalışanlarının zorunlu olarak aşılınması etik tartışmalara da yol açmaktadır. Zorunlu aşılar için etik tartışmaların çoğu mevsimsel influenza aşısı üzerinden olmakla birlikte Avrupa ülkelerinin çoğunda sağlık çalışanlarının

aşılınması bir zorunluluk değil tercih olarak uygulanmaktadır.^[8,9] Bizim çalışmamızda da grip aşısı yaptırdığını beyan eden sadece 1 hemşire olması grip aşısı oranlarının çarpıcı biçimde düşük olduğunu desteklemektedir.

Dünya genelinde bu konuda yapılmış çalışmalar incelendiğinde, sağlık çalışanlarında özellikle grip aşısı yaptırma oranının düşüklüğünün altında iki temel faktör olduğu düşünülmektedir. Bunlardan ilki influenzanın risklerinin, sağlık çalışanları tarafından taşınmasının önemini ve aşının koruyuculuğunun yeterince bilinmemesinin yanında aşının riskleri konusundaki önyargılardır. İkinci faktör ise birçok ülkede influenza aşılarının ücretli olması ve kolay aşı erişiminin sağlanamaması olduğu halde; ülkemizde her yıl sağlık bakanlığı tarafından bu aşılarda ücretsiz olarak verilmesine rağmen aşılama oranının düşük oluşu dikkat çekmektedir.^[10,11]

Genel olarak aşılardan kaçınma sebepleri olarak ise aşılarda etkinliği ve güvenilirliğinin sorgulanması, tıbbi kontrendikasyonlar, dini inanışlar ya da vicdani red; bunun yanı sıra kişinin etkene karşı duyarlı olup olmayışının görmezden gelinmesi, salgın riskinin küçümsenmesi, hastalığın kendi kendine atlatılabileceğine veya enfeksiyonun aşı yoluyla da hastalık oluşturabileceğine dair olan inançlardır.^[9]

Ülkemizde Ulusal Aşılama Programı çerçeves-

Tablo 2. Birimlere göre tetanoza karşı aşılama dağılımı

BİRİM	AŞILANMIŞ		AŞILANMAMIŞ		AŞILANMA DURUMUNU BİLMİYOR	
	n	%	n	%	n	%
Dahili Branşlar	35	54,7	17	26,6	12	18,8
Cerrahi Branşlar	45	55,6	16	19,8	20	24,7
YBÜ-Palyatif Bakım	7	41,2	6	35,3	4	23,5
Acil Servis	8	40	8	40	4	20
Laboratuvar	3	60	0	0	2	40
İdari birimler	1	14,3	4	57,1	2	28,6
Poliklinikler	13	65	53	24,8	49	22,9

YBÜ: Yoğun bakım ünitesi

inde majör enfeksiyon kaynaklarına karşı rutin koruma sayesinde birçok bulaşıcı hastalıktan korunulabilmektedir. Bununla birlikte erişkin aşılama rehberi doğrultusunda sağlık çalışanlarının aşılanması ve bağışıklık durumunun iş yeri sağlığı çerçevesinde kontrolü son yıllarda gündeme gelmektedir.

Yine de sadece sağlık çalışanlarına göre yapılandırılmış bir ulusal aşılama planı için çalışmalar yürütülmektedir. Bu amaçla çalışmamıza benzer bir yayın 2006 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi'nde eş zamanlı yürütülmüştür. Bu çalışmada kızamık, rubella ve kabakulak seropozitiflik oranları sağlık çalışanlarında sırasıyla %98,6, %98 ve %92,2 bulunmuştur.^[12] Bizim çalışmamızda ise bu oranların %89,3, %97,2 ve %94,4 olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanlarında hepatit B seroprevalansı incelendiğinde Türkiye'de yapılmış araştırmalarda Boşnak ve ark. %81,4; Akçalı ve ark. %73,4, Korkmaz ve ark. %86 ve Budak ve ark. ise %88,2 oranlarını elde etmişlerdir. Bizim çalışmamızda bu oran %97,7 bulunmuştur.^[13-16]

Bu yüksek oranın elde edilmesinde; araştırmanın sadece hemşireleri kapsayan sınırlı bir popülasyon ile yürütülmesi ve hastanemiz kurum hekimliği ile enfeksiyon komitesi tarafından yapılan tarama ve periyodik aşılama ile çalışanların bağışıklanmaya teşvik edilmesinin etkili olduğu dü-

şünülmektedir.

Tetanoza karşı aşılanma durumu incelendiğinde hemşirelerin %22,9'unun aşılanma durumunu bilmiyor olduğu görülmüştür. Bu durum, sağlık çalışanlarının dahi aşılanmanın önemi ve tetanozun riskleri açısından yeterli farkındalığa sahip olmadığını ortaya çıkarmaktadır. Benzer şekilde sağlık çalışanları ile yapılmış olan birçok çalışmada, kişilerin mesleki riskler ve bunlardan korunma stratejileri konusundaki algı ve hassasiyetlerinin beklenenden düşük seviyede olduğu vurgulanmaktadır.^[17-19]

Sonuç

Sağlık çalışanlarının aşılanması, kişinin kendisini, yakın çevresini ve temas ettiği hastaları korumak açısından büyük önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra iş gücü kaybının önleyerek dolaylı yoldan ülke ekonomisine katkı sağlayan bir eylemdir. Ayrıca sağlık hizmeti sunan kişiler, topluma örnek olmak açısından da rol model görevi üstlenmektedirler.

Tüm bu yönler ele alındığında etkin ve başarılı bir aşılama programı, salgın kontrolü ve hastaların tedavilerinden daha maliyet etkin bir tutumdur. Bununla birlikte ulusal aşılama programı dahilinde olmayan etkenlere karşı aşılanma oranları sağlık çalışanları tarafından bile ihmal edilebilmektedir. Bu sebeple sağlık çalışanlarının farkındalığını arttırmak üzere bilgilendirmelerde bulunmak ciddi önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Haviari S, Bénet T, Saadatian-Elahi M, André P, Loulergue P, Vanhems P. Vaccination of healthcare workers: A review. *Hum Vaccines Immunother* 2015 Nov 2;11(11):2522–37.
2. World Health Organization. Summary of WHO Position Papers – Immunization of Health Care Workers [Internet] 2019 Apr [cited 2019 May 20]. Available from: http://www.who.int/immunization/policy/immunization_routine_table4.pdf
3. Center for Disease Control and Prevention. Healthcare Personnel Vaccination Recommendations [cited 2019 May 20]; Available from: <http://www.immunize.org/catg.d/p2017.pdf>
4. Canadian Immunization Guide: Part 3 - Vaccination of Specific Populations [Internet]. Government of Canada Public Health Services; 2016 [cited 2019 May 20]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-3-vaccination-specific-populations/page-11-immunization-workers.html#p3c10t2>
5. Guthmann J-P, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, et al. Vaccination coverage of health care personnel working in health care facilities in France: Results of a national survey, 2009. *Vaccine* 2012 Jun;30(31):4648–54.
6. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. Erişkin Bağışıklama Rehberi [Internet]. İstanbul; 2016. Available from: <http://meramtip.com.tr/kalite/dosyalar/rehberler/eriskin-bagisiklama/EriskinBagisiklamaRehberi.pdf>
7. Prüss-Ustün A, Rapiti E, Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *Am J Ind Med* 2005 Dec;48(6):482–90.
8. Ozisik L, Tanriover MD, Altinel S, Unal S. Vaccinating healthcare workers: Level of implementation, barriers and proposal for evidence-based policies in Turkey. *Hum Vaccines Immunother* 2017 May 4;13(5):1198–206.
9. Galanakis E, Jansen A, Lopalco PL, Giesecke J. Ethics of mandatory vaccination for healthcare workers. *Eurosurveillance* [Internet] 2013 Nov 7 [cited 2019 May 7];18(45). Available from: <http://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES2013.18.45.20627>
10. Hofmann F, Ferracin C, Marsh G, Dumas R. Influenza Vaccination of Healthcare Workers: a Literature Review of Attitudes and Beliefs. *Infection* 2006 Jun 1;34(3):142–7.
11. Sari T, Temocin F, Kose H. Attitudes of Healthcare Workers Towards Influenza Vaccine. *Klimik J* 2017 Aug 21;30(2):59–63.
12. Celikbas A, Ergonul O, Aksaray S, Tuygun N, Esener H, Tanır G, et al. Measles, rubella, mumps, and varicella seroprevalence among health care workers in Turkey: Is prevaccination screening cost-effective? *Am J Infect Control* 2006 Nov;34(9):583–7.
13. Bosnak KV, Karaoglan I, Namıduru M, Sahin A. Seroprevalences of Hepatitis B, Hepatitis C, HIV of the Healthcare Workers in the Gaziantep University Sahinbey Research and Training Hospital. *Viral Hepat J* 2013;(19):11–4.
14. Akcalı A, Şener A, Tatman Otkun M, Akgöz S, Otkun AM. Hepatitis B Seroprevalance Among Health care Workers in a Tertiary Hospital. *Viral Hepat J* 2013;(19):36–40.
15. Korkmaz P, Cevik F, Aykin N, Alpay Y, Güldüren HM. Seroprevalences of HBV, HAV, HCV and HIV Infection among Health Personnel in a State Hospital. *Klimik J* 2013;(26):64–7.
16. Budak GG, Gülenç N, Özkan E, Bülbül R, Baran C. Seroprevalences of Hepatitis B and Hepatitis C among healthcare workers in Tire State Hospital. *Dicle Tıp Derg* 2017 Sep 20;267-70.
17. Seale H, Leask J, Raina MacIntyre C. Do they accept compulsory vaccination?: Awareness, attitudes and behaviour of hospital health care workers following a new vaccination directive. *Vaccine* 2009 May 18;27(23):3022–5.
18. Loulergue P, Fonteneau L, Armengaud J-B, Momcilovic S, Levy-Bruhl D, Launay O, et al. Vaccine coverage of healthcare students in hospitals of the Paris region in 2009: The Studyvax Survey. *Vaccine* 2013 Jun 10;31(26):2835–8.
19. Randi BA, Sejas ONE, Miyaji KT, Infante V, Lara AN, Ibrahim KY, et al. A systematic review of adult tetanus-diphtheria-acellular (Tdap) coverage among healthcare workers. *Vaccine* 2019 Feb 14;37(8):1030–7.

Geliş tarihi: 04/07/2019

Kabul tarihi: 13/09/2019

Online yayın tarihi: 25/12/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Buğu Usanma Koban,
e-posta: buguukoban@gmail.com

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde 'Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri' Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deneyimi

'Educational Family Health Centers' in Family Medicine Resident
Training Experience of Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital

Mehmet Taşkın Egici¹, Yağmur Gökseven¹, Güzin Zeren Öztürk¹,
Elif Serap Esen¹, Dilek Toprak²

¹ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul

² Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Bölümü, Edirne

Özet

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi Türkiye’de 1984 yılında başlamıştır. 2010 yılına kadar aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin 3 yıllık eğitim sürecinin tamamı klinik rotasyonlardan oluşmaktayken; 2010 yılından bu yana belirtilen amaçları uygulayabilmek ve yeterlilikleri kazanabilmek için, 18 ay klinik rotasyon, 18 ay ise saha eğitimi olacak şekilde düzenleme yapılmıştır. Saha eğitiminin ihtiyacını karşılamak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında ‘Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri’ (E-ASM) kurulmasıyla ilgili mevzuat çıkarılmıştır. Aile hekimliği uzmanlığı saha eğitiminde önemli bir boşluğu doldurması beklenen E-ASM’lerin eğitim hizmetinin yanında diğer aile sağlığı merkezlerinin verdiği hizmetleri vermesi de beklenmektedir. E-ASM’lerin sayısı halen yetersiz olup artırılması için eğitim kurumlarının farkındalığının artırılması, malzeme temini, tadilat ve tamirat ihtiyaçlarının kolaylaştırılması gerekmektedir.

Sağlık Müdürlükleri tarafından alt yapının oluşturulması ve destek personelinin sağlanması; Aile hekimliği eğitim kurumları tarafından ise eğitici görevlendirilmesi ve eğitim görecekt uzmanlık öğrencisi planlanması alternatif olarak düşünülmelidir. Nüfus kaydının ve hizmet planlamalarının asistan eğitimine imkân verecek şekilde düzenlenmesi, görev yapacak eğitici, asistan ve diğer personelin ödemelerinin hak kaybına neden olmayacak şekilde yapılandırılması, sahada yapılacak araştırmalarla ilgili izin süreçlerinin kolaylaştırılması gerekmektedir. Bu yazıda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’ne bağlı olarak 2016 yılı Ağustos ayı itibarıyla iki ayrı binada hizmet vermeye başlayan iki ayrı E-ASM’nin açılması ve işletilmesiyle ilgili deneyimler paylaşılarak sürecin iyileştirilmesine katkı sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, eğitim aile sağlığı merkezi, aile hekimliği saha eğitimi, sağlıklı yaşam merkezi

Summary

Family medicine residency training began in 1984 in Turkey. Until 2010, 3-year education process of family medicine residency students consisted of clinical rotations. Since 2010, in order to implement the stated objectives and gain the qualifications, 18 months of clinical rotation and 18 months of field training have been arranged. In order to meet the need for field training, the Ministry of Health issued legislation on the establishment of Education Family Health Centers (E-FHC) in 2014. It is expected that the E-FHCs, which are anticipated to fill a significant gap in family medicine speciality field training, in addition to educational services they have to provide services provided by other family health centers. The number of E-FHCs is still insufficient and to increase it, the awareness of educational institutions should be increased, material procurement, modification and repair needs should be facilitated.

The establishment of infrastructure by the Health Directories and the provision of support staff, as well as the planning of the trainer by the family medicine education institutions and the planning of the specialist for the training should be considered as an alternative. It is necessary to arrange population registration and service planning in a way that will allow residence training, to make trainers, residences and other personnels to be employed in such a way that they do not cause any loss of right, and to facilitate the process of permits related to the researches in the field. In this paper, it is aimed to contribute to the improvement of E-FHC process by sharing the experiences about opening and operating of two separate E-FHCs of the Health Sciences University Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Family Medicine Clinic which started to serve in two buildings as of August 2016.

Key words: Family medicine, educational family health centers, family medicine field training, wellness center

Giriş

Aile hekimine olan gereksinim ilk kez 1923 yılında Francis Peabody tarafından gündeme getirilmiş ve tıp bilimlerinde oluşan aşırı uzmanlaşma sonucu hastaların ortada kaldığını; kapsamlı, kişisel sağlık hizmeti veren bir uzmanlık dalının gerekliliğini vurgulamıştır. Dünyada aile hekimliğinin ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanınması ise ilk olarak 1965 yılında İngiltere’de olmuştur.

1966 yılında American Medical Association (Amerikan Tıp Birliği) tarafından Milis Raporu ve Willard Raporu olarak bilinen iki raporun yayınlanması sonucu birincil bakım konusunda çalışan, yeni bir uzmanlık dalı olan “Aile Hekimliği” tanınmış, 1969’da ise “Amerikan Aile Hekimliği Kurulu” oluşmuş ve aile hekimliği uzmanlığı bu şekilde doğmuştur.⁽¹⁾ Ülkemizde 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne giren aile hekimliği, ilk asistan alımına 1985 yılında eğitim ve araştırma hastanelerinde (EAH) başlamıştır.⁽²⁾

Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır.⁽³⁾ Tanımda da belirtildiği üzere birinci basamak yönelimli bir klinik uzmanlık olan aile hekimliğinin eğitiminin sahada olması gerekmektedir.

Ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi üç yıldır. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUK-MOS) Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı’na göre, Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi amaçlarını; “uzmanlık öğrencisinin, aile hekimliği tanımı içinde yer alan temel prensipler doğrultusunda, klinik bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının yanı sıra sağlık eğitimi verme becerisi, araştırmacılık ve yöneticilik niteliklerinin geliştirilmesi için uygun olanaklar sağlamak.” olarak tanımlamıştır.⁽⁴⁾ Yine bu süre içerisinde uzmanlık eğitimi öğrencisinin; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becer-

ileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve bütüncül yaklaşım açısından yeterli seviyeye gelmeleri beklenir.⁽³⁾

Geçmiş yıllarda üç yıllık sürenin tamamı klinik rotasyonlarda alınan eğitim ile tamamlanmakta iken; 2010 yılında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) tarafından rotasyon sürelerinin güncellenmesiyle birlikte 36 aylık klinik rotasyon süresi 18 aya indirilmiştir.^(5,6) En son güncelleme ise 2017 yılında yapılmış olup bazı rotasyon sürelerinde değişiklik yapılmış ve seçmeli-zorunlu rotasyonlar eklenmiştir (**Tablo1**).

Ayrıca 2017 TUK’ta saha eğitimi tanımlanmış ve saha eğitiminin yürütüleceği yerler açıkça ifade edilmiştir. Aile hekimliği anabilim dalları ile EAH aile hekimliği klinik ve poliklinikleri, evde sağlık hizmetleri, huzur ve bakım evleri, diyabet ve obezite poliklinikleri bu eğitimin yürütüleceği yerler olarak belirtilmiştir. 18 aylık saha eğitim alanlarından biri de eğitim aile sağlığı merkezi (E-ASM) olarak tanımlanmıştır.⁽⁴⁾

Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine saha eğitiminin verilebilmesi için; Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ŞHEEAH) Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı’na bağlı olarak 2016 Ağustos ayı itibarıyla hizmet vermeye başlayan toplam beş birimden oluşan iki E-ASM açılmıştır. Bu yazıda E-ASM’lerin kuruluş, idare ve işleyiş aşamaları ile ilgili deneyimlerin paylaşılması amaçlanmıştır.

E-ASM nedir?

Eğitim aile sağlığı merkezi (E-ASM); eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, bir veya birden fazla asistan ile aile sağlığı elemanları (ASE) tarafından, aile hekimliği hizmetinin verildiği ve tamamı eğitim aile hekimliği birimlerinden oluşan sağlık kuruluşuna; eğitim aile hekimliği birimi (E-AHB) ise eğiticinin gözetim ve koordinasyonunda, aile hekimliği hizmeti veren bir asistan ile en az bir aile sağlığı elemanından oluşan yapıya denilmektedir.⁽⁷⁾

Resmi Gazete’de 26 Eylül 2014 tarih, 29131 sayılı

olarak yayınlanan “Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği” ile E-ASM'lere ilişkin amaç ve esaslar belirlenmiştir. Bu yönetmeliğin amacı; kurumsal sözleşme imzalamak suretiyle eğitim aile sağlığı merkezlerinde veya eğitim aile hekimliği birimlerinde aile hekimliği hizmetlerinin sunumunda görev alan eğitici, asistan, aile sağlığı elemanı ve eğitim kurumuna yapılacak ödemeler ve sözleşme esaslarını belirlemek olmuştur.⁽⁷⁾

İlgili kliniklerden alınan bilgilere göre 2019 yılı Mart ayı itibariyle ülkemizde toplam 17 Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı 25 E-ASM mevcuttur. Bu kliniklerin E-ASM ve birim sayıları **Tablo 2**'de verilmiştir.

E-ASM açılış aşamaları

Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ), Şişli Hamidiye Etfal EAH Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'na bağlı olarak 2016 Ağustos ayında toplam 5 AHB'den oluşan, iki ayrı binada hizmet veren E-ASM açılmıştır. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'nin sekizinci bölümünde “Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Eğitim Aile Hekimliği Birimine İlişkin Usul ve Esaslar”

açıklanmıştır. Bu yönetmeliğin 34. Maddesinde⁽⁸⁾ bahsedildiği şekilde açılış işlemleri şu şekilde yürütülmüştür:

- Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği tarafından E-ASM açma kararı alınmasından sonra Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu (TKHK), Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) (25.08.2017 tarih ve 30168 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 694 sayılı KHK ile mülga olmuş TKHK Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne, THSK ise Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne değiştirilmiştir) ve İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği (25.08.2017 tarih ve 30168 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 694 sayılı KHK ile mülga olmuş 4 No'lu Kamu Hastaneleri Başkanlığı'na değiştirilmiştir) ile hastane idarecilerinin katıldıkları toplantılar düzenlenmiştir.
- Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün (HSM) (HSM 25.08.2017 tarih ve 30168 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 694 sayılı KHK ile mülga olmuş ve İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'na değiştirilmiştir) kamu binası olarak inşa edilmiş, nüfusu olan ancak

Tablo 1. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde eski ve yeni rotasyon dalları ve sürelerinin karşılaştırılması

Rotasyon Süresi / Ay		Rotasyon Dalı
Eski (2010)	Yeni (2017)	
4 Ay	4 Ay	İç Hastalıkları
5 Ay	4 Ay	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
4 Ay	3 Ay	Kadın Hastalıkları ve Doğum
2 Ay	2 Ay	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Yok	1 Ay	Acil Tıp
1 Ay	1 Ay	Göğüs Hastalıkları
Yok	1 Ay	Deri ve Zührevi Hastalıkları
1 Ay	1 Ay	Kardiyoloji
Sadece Genel Cerrahi 1 Ay	1 Ay Seçmeli	Aşağıdaki dallar arasından uzmanlık öğrencisinin tercihi göz önünde bulundurularak program yöneticisi tarafından seçilen sadece birinde; -Nöroloji, -Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, -Genel Cerrahi.

hekimini bulunmayan birimleri HSM ile beraber belirlenmiştir. Akabinde ilgili kliniğin teklifi ve hastane idaresinin talebiyle genel sekreterlik tarafından resmi talep HSM'ye iletilmiştir.

- İlgili kamu binalarından biri Sağlık Müdürlüğü mülkiyetinde olduğundan ve aynı binada Sağlıklı Yaşam Merkezi kurulması istendiğinden ortak kullanım protokolü düzenlenmiştir. Diğer bina ise İlçe Müftülüğü'ne ait olduğundan, HSM tarafından müftülükten devir alınarak E-ASM olarak tahsis edilmiştir.
- İlgili binaların tefrişat, onarım ve altyapıları hastane bütçesinden karşılanmıştır.
- İki E-ASM; 2 AHB+3 AHB, toplamda beş birim olarak talep edilmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'ndan E-ASM'ler için onay alındıktan sonra; açılan bu birimlerde çalışacak olan asistan hekimler ve aile sağlığı elemanlarının isimleri görevlendirme onayı için HSM'ye gönderilmiştir.

Asistan Görevlendirilmesi

- Klinikte tüm asistanların E-ASM'de eğitim alabilmesi için E-ASM'deki rotasyon süreleri ortalama 6-8 ay olarak belirlenmiştir. E-ASM'de çalışacak olan asistanların iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları ile kadın hastalıkları ve doğum klinik rotasyonlarını bitirmiş olmalarına özen gösterilmiş; eğitimlerine daha fazla katkı sağlayacağı düşünüldüğü için, tüm rotasyonlarını tamamlayan asistanların görevlendirilmesine daha da dikkat edilmiştir.
- Kliniğin eğitim sorumlusu tarafından belirlenen asistanların görevlendirme yazıları hastane başhekimliği tarafından İl Sağlık Müdürlüğü'ne yazıldıktan sonra bu asistanlar için yetki tanımlaması yapılmıştır. Asistanlara tanımlanan kullanıcı adı ve şifre ile Bakanlık tarafından onaylı Aile Hekimliği Bilgi Sistemi kullanılmaya başlanmıştır; sistemden hasta tarayabilmek

Tablo 2. Ülkemizde E-ASM bulunan klinikler ve Aile hekimliği birim sayıları

	Aile Hekimliği ABD/Eğitim Kliniği	E-ASM Sayısı	AHB Sayısı
1.	Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi	3	6
2.	SBÜ Konya EAH	1	2
3.	SBÜ Şişli Hamidiye Etfal EAH	2	7
4.	SBÜ Okmeydanı EAH	1	3
5.	SBÜ Haseki EAH	1	2
6.	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi	2	5
7.	SBÜ Tepecik EAH	1	2
8.	SBÜ Bursa EAH	1	4
9.	SBÜ Ankara EAH	1	5
10.	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi	4	6
11.	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	2
12.	SBÜ Bağcılar EAH	2	8
13.	Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi	1	2
14.	Samsun 19 Mayıs Üniversitesi	1	2
15.	SBÜ Dr. Lütfi Kırdar Kartal EAH	1	4
16.	SBÜ Ümraniye EAH	1	6
17.	SBÜ Haydarpaşa Numune EAH	1	5
	TOPLAM	25	71

için MERNİS şifresi, ilaç reçete edebilmeleri için SGK MEDULA şifresi, bakanlığın veri tabanına bilgi gönderebilmek için USS şifresi, aşı takip sistemine giriş yapabilmeleri için ATS şifresi ve iş göremezlik rapor işlemleri için SGK e-rapor şifrelerini almışlardır.⁽⁹⁾ Bu işlemler bazen bir kaç günden fazla sürebilmekte, hizmet süreçleri aksayabilmektedir. Bu tür işlemlerin Sağlık Müdürlüğü'nde tek bir merkezden koordine edilmesi süreci kısaltabilir.

Aile sağlığı elemanı ve diğer personelin görevlendirilmesi

- Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinin 5. Maddesinde 'Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde ve Eğitim Aile Hekimliği biriminde görev yapacak olan eğitici, asistan ile aile sağlığı elemanları eğitim kurumu tarafından belirlenir ve kuruma bildirilir.' ifadesiyle tanımlanmıştır. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde öncelikle hastanenin personelden görevlendirme yapılması beklenmektedir.
- 1 No'lu E-ASM için Şişli Hamidiye Etfal EAH'den iki hemşire (ASE), bir sekreter, bir temizlik personeli ve bir güvenlik görevlisi görevlendirilmiş ve tam kadro ile hizmete başlanmıştır.
- 2 No'lu E-ASM ise hastanede yeterli sayıda personel bulunmadığı için üç birimlik bir ASM olmasına rağmen bir hemşire, bir temizlik personeli ve bir sekreter ile hizmete başlamış, ASE sayısı ancak Ocak 2018 itibari ile üçe tamamlanabilmiştir. Bu nedenle başlangıçta eleman eksikliği nedeniyle bazı sıkıntılar yaşanmıştır.

Gerekli resmi işlemler tamamlandıktan sonra Ağustos 2016'da toplam beş birimlik, iki ayrı (3+2) E-ASM hizmete açılmıştır. İstanbul'un Sultangazi İlçesi Gazi Mahallesi'ndeki bina Türkiye'nin ilk 'Sağlıklı Yaşam Merkezi' olarak hizmet veren merkez olup 1 No'lu E-ASM'yle entegre olarak aynı çatı altında hizmete girmiştir. Bu bina İSM ile

ortak kullanılmaktadır. İki birim olarak açılan bu E-ASM'de çalışan Şişli Hamidiye Etfal EAH'ye bağlı iki asistan, iki hemşire, bir sekreter, bir temizlik personeli ve bir güvenlik görevlisi mevcuttur.

Giriş katında üç adet muayene odası, bir adet bebek bakım ve emzirme odası, bir adet aşılama ve bebek/çocuk izlem odası, bir adet tıbbi müdahale odası ve birer adet kadın/erkek tuvaleti ve engelli tuvaleti bulunmaktadır. Binanın üst katında İSM'ye bağlı olarak çalışan Üreme Sağlığı Polikliniği, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) polikliniği, Psikolojik Danışmanlık Polikliniği, Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği ile tıbbi donanım olarak jinekolojik muayene odası, mamografi çekim ünitesi odası bulunmaktadır.

Aynı katta İSM'ye bağlı çalışan birimin aşılama ve bebek/çocuk izlem odası ve kadın/erkek tuvaleti ve haftalık eğitim toplantılarının yapıldığı bir adet eğitim odası da bulunmaktadır. Rahim içi araç uygulaması, smear ve HPV-DNA test numunesi alma işlemleri, üreme sağlığı polikliniğinde yapılmaktadır. Mevcut durumda Psikolojik Danışmanlık Polikliniği ve Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği aktif olarak çalışmamaktadır. İSM'ye bağlı bir doktor, iki hemşire, iki radyoloji teknisyeni ve bir temizlik personeli görev yapmaktadır.

2 No'lu E-ASM ise Sultangazi İlçesi, Uğur Mumcu Mahallesi'nde yer almaktadır ve üç birimden oluşmaktadır. Bu E-ASM üç asistan, bir hemşire, bir temizlik personeli ve bir sekreter ile hizmete başlamış, hemşire sayısı ancak Ocak 2018 itibari ile üçe tamamlanabilmiştir. İlçe Müftülüğü'ne ait binanın giriş katında bulunan bu E-ASM'de üç adet muayene odası yanında birer adet bebek bakım ve emzirme, aşılama ve bebek/çocuk izlem, tıbbi müdahale odası ve bir adet eğitim odası bulunmakta, ayrıca kadın/erkek tuvaleti ile engelli tuvaleti yer almaktadır.

E-ASM'de Yürütülen Hizmetler

E-ASM'de verilen hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, danışmanlık hizmetleri, rapor düzenleme

hizmetleri, tanı-tedavi edici hizmetler, haftalık ev ziyaretleri ve eğitim hizmetleri olarak altı başlıkta toplayabiliriz.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Gebe- lohusa izlemleri
- Yenidoğan taramaları (konjenital hipotiroidi, fenilketonüri, biyotidinaz eksikliği, kistik fibrozis, gelişimsel kalça displazisi)
- Sağlam çocuk izlemleri
- Bebek-çocuk ve erişkin aşılama hizmetleri
- Bebeklerde bir yaşına kadar demir ve D vitamini profilaksisi
- Gebelere D vitamini ve multi-vitamin profilaksisi
- 5-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde okul taramaları
- 50 yaş üstü hastalara gaita gizli kan testi ile kolon kanseri taraması
- Kadınlarda 30 yaşından sonra smear ve HPV testi taramaları

Danışmanlık Hizmetleri

- Aile planlaması danışmanlığı, evlilik öncesi danışmanlığı
- Emzirme danışmanlığı
- Beslenme danışmanlığı
- Gebelik danışmanlığı ve gebelikte beslenme
- Doğum öncesi ve sonrası danışmanlık
- Sigara bırakma danışmanlığı
- Madde kötüye kullanımına bağlı danışmanlık

Rapor Hizmetleri

- İstirahat raporu
- İşe giriş sağlık raporu
- Sürücü belgesi sağlık raporu
- Evlilik için sağlık raporu
- Öğrenci muayene formları
- Muayene bilgi formu

Gezici/Yerinde Sağlık Hizmetleri

Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yataklak ve benzeri durumlar sebebiyle ayaktan hekime başvuramayan hastalarımıza tedavi, takip ve

danışmanlık hizmetlerinin sağlanması amacıyla yapılmaktadır. Her birim haftanın belirlenmiş bir günü dört saatlik süre boyunca ev ziyaretlerini gerçekleştirmektedir.

Tanı-Tedavi Edici Hizmetler:

Herhangi bir şikayetle başvuran her hastanın tam fizik muayenesi yapılarak basit laboratuvar tetkikleri yapılmakta, gerekli tedaviler düzenlenmekte, çoğu tek hekim raporu verilebilme ve hastalar gerektiğinde bir üst basamağa sevk edilmektedir. Hastaların tanı ve takipleri için hafta içi her gün, saat 08.00-10.00 arası kan, idrar ve gayta numuneleri alınmakta, kuryelerle gönderilmekte, İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde sonuçlandırılmakta ve elektronik olarak aile hekimlerine iletilmektedir.

Her iki E-ASM de sıfır nüfusla çalışmaya başlanmasına rağmen, 2018 yılı sonu itibarı ile 1 No'lu E-ASM toplam 8.971 kişiye, 2 No'lu E-ASM ise 7.969 kişiye hizmet vermektedir. Açıldıkları günden bugüne 1 No'lu E-ASM'de toplamda 45.784; 2 No'lu E-ASM'de ise 49.868 poliklinik hizmeti verilmiştir. Birimlere göre yapılan poliklinik hizmetleri ile gebe/bebek izlem, aşı ve tarama sayıları Tablo 3'de verilmiştir.

Eğitim Faaliyetleri

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nin amacı sağlık hizmeti sunulmasının yanında aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine saha eğitimi verilmesidir. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinin 5. Maddesi'nde "...eğitici haftalık asgari on saat eğitim aile sağlığı merkezlerinde hizmet verir." ifadesiyle eğiticinin E-ASM'de eğitim vermesi istenilen asgari süre belirtilmiştir.⁽⁸⁾

Ancak teorik eğitimler için ek bir süre ayrılmayarak hizmetin kesintisiz sürdürülmesi beklenmektedir. Bu kurallar gereği E-ASM'lerde haftada bir gün öğlen arası teorik eğitimler yapılmaktadır. Bu eğitim saatlerinde genel asistan eğitim programında yer alan konular, olgu sunumları ve makale

Tablo 3. Ağustos 2016 ile Ağustos 2018 tarihleri arası birimlere göre yapılan poliklinik, izlem ve tarama sayıları

	Poliklinik sayısı	Gebe izlem	Çocuk izlem	Bebek izlem	Aşı dozu	15-49 yaş izlemi	Lohusa izlem	Kanser tarama	Gebelik bildirimi	Aşı erteleme/iptal	Toplam
97 No'lu birim	24.820	538	2589	325	5487	468	242	107	147	68	34.791
98 No'lu birim	20.964	563	2497	415	5562	373	211	127	193	58	30.963
135 No'lu birim	10.653	380	1073	342	2316	327	74	27	109	39	15.340
136 No'lu birim	17.374	560	1478	451	3342	581	172	27	165	100	24.250
137 No'lu birim	21.841	590	1470	489	3721	602	151	62	179	49	29.154
Toplam	95.652	2.631	9.107	2.022	20.428	2.351	860	397	794	314	134.498

tartışmalarına yer verilmektedir. Açılıştan itibaren her iki E-ASM'de de aynı eğitici görev yapmaktadır. Aile Sağlığı Merkezi'nin yönetimi, birinci basamakta aile hekimliği uygulamaları, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerle ilgili her türlü konularda asistanlar/ASE eğiticiye danışabilmektedir.

E-ASM ve akademik çalışmalar

Hastane polikliniklerinden farklı olarak E-ASM'lerde tüm yaş grupları ile karşılaşılması, gebe, bebek, sağlam çocuk izlemleri ve diğer yaş gruplarında da periyodik muayeneler yapılabilmesi bebek, çocuk ve gebe nüfusu ile birebir iletişim kurulabilmesi, sadece hastalarla değil sağlıklı bireylerle de karşılaşılması aile hekimliği uzmanlık eğitimine önemli katkılar sağlamaktadır. Ayrıca hasta çeşitliliği nedeniyle birinci basamak yönelik, farklı konularda pek çok akademik çalışma imkânı bulunmaktadır.

Kliniğimizde açılıştan bu yana Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri ile ilgili iki tez çalışması yapılmış ve her iki tez çalışması da araştırma makalesi olarak yayınlanmıştır.^(10,11) Bunlardan birinde hastane ve E-ASM polikliniklerine başvuran hasta profilleri ve tanıları karşılaştırılmış ve yaş, cinsiyet ve tanıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür.⁽¹⁰⁾ Diğer çalışma ise aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin asistanlık saha eğitimi ve E-ASM ile ilgili bilgi, düşünce ve beklentileri hakkındadır. Bu çalışmaya göre asistanların büyük çoğunluğu E-ASM'nin asistan eğitiminde önemli bir yerinin olduğunu ve saha eğitiminin E-ASM'lerde verilmesinin gerekli olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.⁽¹¹⁾

Asistanlar, E-ASM ile ilgili geri bildirimlerinde, E-ASM'de çalışmanın hem klinik pratiklerini arttırdığını hem de ASM yönetimini öğrendiklerini ifade etmektedirler. Eğitim, sağlık hizmeti ve akademik alandaki pek çok olumlu katkılarına rağmen bilimsel çalışmalarda yaşanan bürokratik sıkıntılar, birden çok kurumla yapılan

yazışmalar, uzun sürebilen Etik Kurul ve İl Sağlık Müdürlüğü onayları E-ASM'lerin bilime katkılarındaki engeller gibi görünmekte ve motivasyon azaltıcı olabilmektedir. Prosedürlerin daha kolay ve protokole bağlı olarak yapılandırılması; süreci kısaltacak, yapılan bilimsel çalışmaların sayısını arttıracaktır.

Değerlendirme, sonuç ve öneriler

E-ASM'nin aile hekimliği uzmanlık eğitimindeki önemi ve değeri giderek daha fazla anlaşılmaktadır. E-ASM'ler, "Eğitici eşliğinde iş başında, yapılandırılmış, değerlendirme ve geri bildirimlerle desteklenmiş klinik eğitimlerin yapılabileceği; eğiticinin rol model olabileceği, refleksiyon ve olgu tartışmalarının yapılabileceği, halk eğitimlerinin, yöneticiliğin ve kurumlar arası işbirliğinin öğrenilebileceği en uygun eğitim ortamı" olarak değerlendirilmektedir.⁽¹²⁾

E-ASM'de çalışan uzmanlık öğrencilerinin geri bildirimleri ve yapılan araştırmalar bu şekilde yapılandırılmış saha eğitiminin faydalarını destekler niteliktedir. Özellikle birinci basamakta hizmet kalitesini artırmak amacıyla yetiştirilen aile hekimliği uzmanlarının, ASM'yi görmeden ve orada sorumluluk almadan mezun olmaları, bir cerrahın ameliyathane görmeden uzmanlık eğitimi almasından farklı değildir.

Uzmanlık eğitiminin E-ASM'ler, hastanelerdeki aile hekimliği poliklinikleri, sigara bırakma ve aşı poliklinikleri gibi disiplinimizi tamamlayan merkezlerde de desteklenmesi aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amaç ve hedeflerine ulaşmasına büyük katkı sağlayacak, aynı zamanda toplumun sağlığına olumlu yansıtacak ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesinde önemli bir basamak olacaktır.⁽⁹⁻¹¹⁾

Kayıtlı nüfusa dayalı ödeme yapılması farklı E-ASM'lerde görev alan asistanların ödemeleri arasında farklılıklara da neden olmaktadır. Ayrıca bölgelerin farklı dinamikleri nedeniyle nüfusun

E-ASM'ye kaydedilme hızı da değişmektedir. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği'nin 6. Maddesi'nde "Eğitim Kurumuna Yapılacak Ödeme" başlığı altında 'Eğitim kurumuna, her eğitim aile hekimliği birimi için, birimin açıldığı tarihten itibaren kayıtlı kişi sayısı 2800'e ulaşana kadar en fazla sekiz ay boyunca 2800 kayıtlı kişi üzerinden ödeme yapılır.' denilmektedir.

Bazı birimlerde nüfus kısa zamanda tamamlanabilirken; bazı birimlerde bu süre uzayabilmektedir. Bu durum hem asistanlar hem de eğiticiler için hastanedeki ödemelerle kıyaslandığında gelir kaybına neden olmaktadır. Açılmasından bu yana iki yıl geçmesine rağmen üç birimlik 2 No'lu E-ASM'de bazı birimlerde kayıtlı nüfus sayısı tavan nüfus olan 4000'e ulaşamamıştır.

E-ASM açılması idari desteğin gerekliliğinin yanı sıra büyük özveri isteyen bir süreçtir. İdarecilerin E-ASM önemi ve değeri yanında mevzuatı hakkında kısıtlı bilgi sahibi olmaları, işlemlerin uzamasına ve zorlaşmasına yol açabilmektedir. E-ASM'lerin sayısı Türkiye'deki aile hekimliği asistanlarının saha eğitimlerini karşılamaktan halen uzaktır. Bu sayının eğitim ihtiyacını karşılayacak seviyelere gelebilmesi için mevzuat ve işleyişle ilgili düzenlemeler yapılması gerekmektedir.⁽¹³⁾

Bu konudaki öneriler şöyle sıralanabilir:

- 1- Esas olarak sağlık müdürlükleri tarafından alt yapının oluşturulması ve destek personelinin sağlanması; Aile hekimliği eğitim kurumlarından ise eğitici desteği sağlanması ve eğitim görecekt uzmanlık öğrencisi planlanması E-ASM açılma ve işletilme süreçlerini kolaylaştıracaktır.
- 2- Aile hekimliği klinik ve anabilim dallarının yapısı güçlendirilerek eğitici aile hekimliği akademisyen sayısının artırılması gerekmektedir.
- 3- Malzeme temininin prosedürler nedeniyle uzaması yaşanan en büyük problemlerden biridir. E-ASM'lerin İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığınca asgari şartlar tamamlandıktan sonra açılması veya hastane-

de belirlenecek bir idarecinin (Başhekim yardımcısı, Müdür yardımcısı v.s.) E-ASM'nin ihtiyaçları için birincil sorumlu olması bu süreci hızlandırabilir.

- 4- Personel istihdamının zamanında yapılamaması (hastanedeki personel azlığı vs.) hizmet sunumu kalitesini etkilemektedir. Bu durumun önüne geçebilmek için E-ASM'lerde kamu dışından sözleşmeli ASE alımının önü açılmalıdır.
- 5- E-ASM yönetmeliğinde tavan ücret için gereken nüfus sayısının düşürülmesi, tavan ücret için gereken nüfus sayısı ile ilgili ödeme yönetmeliğinde düzenlemelerin yapılması ve nüfus planlaması yapılmış birimlerin E-ASM'lere verilmesi bu sorunu çözebilir.
- 6- Yeterli nüfusu toplamak için sekiz aylık süre bazı birimler için yeterli olmamaktadır; bu nedenle başlangıçta en az bir yıl 2800 nüfus üzerinden ödeme yapılması daha uygun olabilir.
- 7- Çalışan personelin izin, rapor alması veya birimin boş olması durumunda vekâleten hizmet verme uygulamasının diğer ASM'lere benzer şekilde uygulanması gerekmektedir.
- 8- Kurumsal prosedürlerin azaltılıp şifre vs. işlemlerin koordine edilerek kolaylaştırılması verilen hizmetin aksamamasına neden olacaktır.
- 9- Basit sarf ve malzeme temini, basit onarımlar veya anlık problemlerin (Yazıcı bozulması, tesisat onarımı, pencere camı kırılması vs.) çözümü hastane prosedürleri ve hastaneye olan uzaklık nedeniyle uzamaktadır. Bu ve benzeri durumlarda faturalandırma kaydı ile yapılan ödemelerin karşılanmasının sağlanmasının işleyişi hızlandıracağı ve kaliteyi arttıracacağı düşünülmektedir.
- 10- İlave tetkik ve tedavi hizmetlerinin artırılması birçok kronik hastalığın takibinin birinci basamakta yapılmasına olanak sağladığı gibi maliyeti de düşürebilir (US, Direkt grafi, INR tahlili vs.).
- 11- Etik Kurul-Sağlık Bakanlığı/İl Sağlık Müdürlüğü onaylarının uzun sürmesi nedeniyle E-ASM'lerde bilimsel/akademik çalışma yapma aşamasında zorluklara neden olmaktadır. Bu prosedürlerin E-ASM'lerle ilgili olarak bir protokole bağlanması bu süreçlerin hızlanmasını sağlayabilir.
- 12- E-ASM'lerin esas açılış amacı olan eğitimlerin (teorik, hasta başı eğitimler vs.) sağlıklı bir şekilde verilebilmesi için normal ASM'lere göre kayıtlı olması gereken nüfus sayısının daha az tutulması eğitim kalitesini olumlu yönde etkileyecektir.
- 13- Poliklinik faaliyetlerinin yoğun olması koruyucu, danışmanlık ve eğitim hizmetlerine vakit ayıramamasına neden olmaktadır. Bu nedenle haftalık çalışma programına önceden randevu sisteminde doldurulmak kaydı ile koruyucu sağlık hizmetleri (beslenme, sigara bıraktırma vs.), danışmanlık hizmetleri (evlilik, aile planlaması vs.) ve eğitimler (asistan seminerleri, olgu sunumu, olgu temelli öğrenme vs.) için zaman ayrılması gerektiği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2007; 27:412-8.
2. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Türkiye’de bir tıp disiplini olarak aile hekimliğinin gelişimi. GeroFam 2010;1:29-40.
3. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe. Barcelona, WONCA Europe Office Publication, 2002:4-43.
4. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. <http://www.tuk.saglik.gov.tr/TR,31474/aile-hekimligi.html>. sayfasından 07.03.2018 tarihinde erişilmiştir.
5. Tıpta Uzmanlık Kurulu. Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları. 23/06/2010 tarih ve 82 sayılı karar. Sayfa 2/16. http://www.istanbul.saglik.gov.tr/w/sb/per/belge/tuk/Uzmanlik_Egitimi_Rotasyonlari.pdf. sayfasından 23.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
6. Kara İH, Günvar T, Sunay D, Başak O. Aile hekimliği uygulama eğitimi: Nerede, ne kadar, nasıl ve ne zaman. Konuralp Tıp Dergisi 2016; 8(1): 65-71.
7. Eğitim ve Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. Resmi Gazete (26.09.2014 tarih ve 29131 sayı). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/09/20140926-3.html>. sayfasından 22.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
8. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Sekizinci Bölüm, Eğitim Aile Sağlığı Merkezi ve Eğitim Aile Hekimliği Birimine İlişkin Usul ve Esaslar. Resmi Gazete (25/01/2013. tarih ve 28539 sayı). <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/izleme-degerlendirme-db/mevzuat-kitab%C4%B1/mevzuat-kitabi-2018.pdf>. sayfasından 22.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
9. Dağcıoğlu F, Üstü Y. Aile hekimliğinde saha eğitimi: Bir eğitim aile sağlığı merkezi. Ankara Med J 2017; 4: 300-4.
10. Maç ÇE, Öztürk Zeren G. Bir eğitim ve araştırma hastanesinin aile hekimliği poliklinikleri ile eğitim aile sağlığı merkezi polikliniklerine başvuran hastaların kayıtlarının karşılaştırılması. Ankara Med J 2018; 18(1): 14-21.
11. Yıldırım B, Eğici MT. Aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin bakış açısından aile hekimliği saha eğitimi ve eğitim aile sağlığı merkezleri. Ankara Med J 2018; 18(3): 300-11.
12. Uzuner A, Kaya ÇA, Akman M, Ünal PC, Çiçili S. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri kurma deneyimi. The Journal of Turkish Family Physician 2017; 8(1): 15-22.
13. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı’na (THSK) Verilmek Üzere Hazırlanan Kısa Rapor [İnternet]. Ankara, TAHUD; 2017. <http://www.tahud.org.tr/view/contentFiles/upload/files/THSK%20Rapor%20Toplam.pdf>. sayfasından 22.12.2018 tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 08/01/2018

Kabul tarihi: 26/04/2019

Yayın tarihi: 25/12/2019

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Mehmet Taşkın Egici,
e-posta: megici@gmail.com

Emzirme döneminde ilaç kullanımı

Medication use during breastfeeding

Yusuf Cem Kaplan¹, Nusret Uysal², Elif Keskin Arslan³, Selin Acar³, Cemre Harvey⁴

Özet

Emzirme dönemi sadece sağlıklı kadınları ilgilendiren bir durum değildir. Annenin emzirme dönemi öncesinde var olan ve yeni ortaya çıkan hastalıklarının tedavisi için ilaç kullanımı gerekebilir. Hem anne hem bebek için sayısız faydası olan emzirmenin devamlılığını korumak ise kritik öneme sahiptir. Emzirme döneminde ilaç kullanımının bebek üzerinde olası advers etkileri ile ilgili endişeler nedeniyle annenin tedavisiz kalması, anne ve bebek açısından istenmeyen kalıcı olumsuzluklara neden olabilir. Emzirme döneminde annenin ilaç tedavisi alması gereken durumlarda annenin emzirmeye devam edip edemeyeceği kanıtı dayalı risk-fayda analizi ile değerlendirilmeli, bulunan kanıtlar akılcı ve şeffaf bir şekilde yorumlanmalıdır. Çoğu ilaç anne sütüne geçtiği için, emzirme döneminde ilaç kullanımı ile ilgili asıl soru ilacın anne sütüne geçip geçmediği değildir. Asıl soru ilacın anne sütüne geçen miktarının bebekte ciddi ya da şiddetli bir advers etkiye yol açma ihtimalinin olup olmadığıdır. Emziren annede ilaç seçimi her bireyde ayrı değerlendirilmesi gereken ve içinde birçok faktörü barındıran bir süreçtir. Göreceli bebek dozu %10'un altında olan, kısa yarılanma ömürlü, proteine yüksek oranda bağlanan, oral emilimi ve yağda çözünürlüğü düşük ilaçlar tercih edilmelidir. En az bunlar kadar önemli bir diğer seçim kistası ise seçilecek ilaca dair emzirme döneminde yapılmış olan gözlemsel çalışmalardır. Bu tür çalışmalarda hakkında olumsuz veri olmayan ilaçlar öncelikli olarak tercih edilmelidir. Bu derlemede emzirme döneminde ilaç kullanımına dair genel yaklaşımların gözden geçirilmesi ve kanıtı dayalı risk-fayda analizinin nasıl yapılması gerektiği klinik pratiğe uygun şekilde sunulularak, bu konudaki bilgi ve farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Emzirme, ilaç, laktasyon, anne sütü

Summary

Breastfeeding period is not only a concern of healthy women. Pharmacotherapy for the treatment of mother's newly diagnosed and/or current diseases may be required. Ensuring the continuation of breastfeeding, which has tremendous benefits for both mother and baby, is critical. Withholding the appropriate treatment due to the concerns regarding possible adverse effects of medications on the infant may lead to other detrimental consequences for both. If medication use cannot be avoided, an evidence-based assessment should be done in order to evaluate whether the mother can breastfeed during pharmacotherapy. The available evidence should be interpreted in a rational and clear manner. Because the majority of the medications are transferred into breast milk, the principal question should not be whether the medication is transferred into breast milk but whether the present amount in the milk would cause severe or serious side effects. The choice of a medication for the breastfeeding mother is a process which is influenced by several factors and should be conducted in an individualized manner. In general, medications with a relative infant dose less than 10%, higher protein-binding, lower oral bioavailability and liposolubility, and shorter half-lives should be preferred. Another important selection criteria is the presence of safety data in observational studies conducted during the breastfeeding period. In this review we aimed to examine the general approach to medication use during breastfeeding by particularly focusing on how to conduct the evidence-based risk-assessment in clinical practice, in order to increase the knowledge and awareness of clinicians' in this regard.

Key words: Breastfeeding, medicine, lactation, human milk

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İzmir.

² Terafar İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Teratojenite Bilgi, Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir.

³ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Farmakoloji ve Toksikoloji Birimi, İzmir.

⁴ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Giriş

Bir bebeği beslemek için en sağlıklı, basit ve ucuz yol olan emzirmenin anne ve bebek için çok sayıda faydası bulunmaktadır. Emzirme bebeklerde mortalite, diyare ve akut solunum yolu enfeksiyonlarını önlemede etkilidir. Emzirilen bebekleri yaşlarda astım, tip 2 diyabet, obezite ve lösemi gibi rahatsızlıklarla daha az karşılaşmaktadırlar. Ayrıca, halen net bir konsensus olmasa da, emzirmenin bebeklerin IQ skorlarında artışlarla ilişkili olduğunu gösteren veriler bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar anne için, emzirmenin, meme ve over kanseri açısından koruyucu olduğunu ve emziren annelerde tip II diyabete yakalanma riskinin de daha düşük olduğunu göstermiştir.^[1] Emzirme anne ve bebek arasındaki bağın oluşumu açısından da çok önemlidir.

Günümüzde ilk gebelik yaşı giderek artmaktadır. Bu artış annenin gebelik ve dolayısıyla emzirme esnasında kronik bir hastalığa sahip olma ihtimalini de arttırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde her beş gebeden ikisinin, Almanya'da ise her beş gebeden birinin bir kronik rahatsızlığı bulunmaktadır.^[2,3] Örneğin gebelikte depresyon %8-11^[4], kronik hipertansiyon %5, astım %8 ve diyabet %2 oranında görülmektedir.^[5] Bu oranların emzirme dönemine de yansıtacağı ve ülkemizde her yıl ortalama 1.300.000 canlı doğum

olduğu düşünülürse bu yüzdelerin ne kadar büyük bir anne adayını ve anneyi ilgilendirdiği daha iyi anlaşılabilir.^[6]

Söz konusu rahatsızlıkların, gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanımı ile ilgili endişeler nedeniyle tedavisiz kalması, anne ve bebek sağlığında istenmeyen ve kalıcı hasarlara neden olabilir. Örneğin, doğum sonrası ilk yıl içindeki annelerin %10-20'sini etkileyen post-partum depresyon gibi bir ciddi bir rahatsızlığın tedavisiz kalması, anne ve bebekte fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan ciddi olumsuzluklara neden olabilmektedir.^[7]

Emzirme döneminde ilaç kullanımı ile ilgili risk-fayda analizi

Emzirme döneminde ilaç tedavisinin gerekli olduğu durumlarda annenin ilaç kullanırken emzirmeye devam edip edemeyeceği sorusu, kanıta dayalı ve bireye özgü risk-fayda analizinin yapılmasını ve bulunan kanıtların akılcı ve şeffaf bir şekilde uygulanmasını gerektiren, çok önemli bir sorudur.

Bu konuda başvurulabilecek çeşitli basılı ve elektronik kaynaklar mevcuttur (**Tablo 1**). Bu kaynaklardan elde edilen bilgiler, hastaya özgü şekilde değerlendirilip yorumlandıktan sonra, ilgili hastaya ve ilgili hekimine iletilmelidir. İlaçların çoğu lipofilik olduğu ve anne sütüne geçtiği için sorulması gereken soru "X ilacı anne sütüne geçer

Tablo 1. Emzirme döneminde ilaç kullanımıyla ilgili risk değerlendirmesinde başvurulabilecek elektronik ve basılı kaynaklar

Elektronik Veritabanı	Kitap
LactMed (Ücretsiz) http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm	Medications & Mothers' Milk, 16 th Ed., 2014 Thomas W Hale Ed. Hilary E Rowe
Reprotox (Yıllık ücretli abonelik) https://reprotox.org/	Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk, 10 th Ed., 2014. Gerald G. Briggs, Roger K. Freeman
Micromedex (Yıllık ücretli abonelik) http://micromedex.com/	Drugs During Pregnancy and Lactation, Third Edition: Treatment Options and Risk Assessment 3 rd Ed., 2014. Christof Schaefer, Paul W.J. Peters, Richard K Miller
TERIS (Yıllık ücretli abonelik) http://depts.washington.edu/terisdb/index.html	

mi? “den ziyade “X ilacı öngörülen süre boyunca kullanıldığında bebekte akut ya da kronik, şiddetli ya da ciddi bir advers etki ortaya çıkarabilir mi?” olmalıdır. Bebeğin maruz kalacağı ilaç miktarı ve olası advers etkiler, anne ve bebeğin bireysel özelliklerine bağlı olarak değişebilen farmakokinetik ve farmakodinamik süreçlerin sonucu olsalar da, bu konuda karar vermemize yardımcı olacak genel standartlar ve kabuller mevcuttur.

Bu klinik değerlendirmeyi yapabilmek için, hekime ilk başvuru sırasında hastalardan, bebeğin yaşı, doğumdaki gestasyonel hafta, doğum kilosu, başvuru anındaki kilosu, aldığı anne sütü miktarı ve sıklığı, varsa aldığı mama miktarı ve annenin kullandığı diğer ilaçlar öğrenilmelidir. Ayrıca eğer anne emzirme döneminde ilaç kullanımına danışmanlık almadan başladıysa, bu süreçte bebekte herhangi bir değişiklik ya da advers etki saptanıp saptanmadığı sorgulanmalıdır.

İlacın süte geçişini etkileyen faktörler

Birçok ilaç anne sütüne geçer. İlaçların anne sütüne geçişi genellikle pasif difüzyon yoluyla gerçekleşir ve geçişin hızı ve derecesi birçok faktöre bağlıdır. Bu faktörler emzirme dönemi, ilacın fizyokimyasal özellikleri (protein bağlanma, lipid çözünürlüğü, bio iyonizasyon [pKa] ve moleküler ağırlık), annenin karakteristikleri (plazmadaki ilaç düzeyi, protein bağlanma oranı) ve sütün yapısı (su, lipid ve protein içeriği ve pH) olarak sıralanabilir.^[8]

Proteine bağlanma

Plazma proteinlerine bağlanma ilaçların süte geçişini sınırlayan bir faktördür. Örnek olarak varfarin plazma proteinlerine yüksek oranda (>99) bağlanması nedeni ile anne sütüne çok düşük oranda geçmektedir. Nitekim, 13 emziren annede yapılan bir çalışmada, varfarin annelere 2-12mg/gün dozlarında uygulanmış ve 4. saatte anne sütünde yapılan ölçümlerde anne sütlerinde varfarin, ölçüm limitinin altında (<25 mcg/L) olarak saptanmıştır.^[9] Yapılan bir diğer çalışmada ise varfarin

kullanan 2 annenin sütünde yine varfarin saptanamamıştır.^[10] Bu bulgular varfarinin emzirme döneminde kullanılabilirliğini göstermiştir.

İlaçların iyonizasyonu

İyonizasyon, ilaçların membranları geçişini etkileyen faktörlerden biridir. İlaçlar membranları non-iyonize formda geçerler. Birçok ilaç zayıf asit veya zayıf bazdır. Zayıf asit ve bazlar içlerinde buldukları ortamın pH'ına göre iyonize ya da non-iyonize formda bulunurlar. İlacın dissosiasyon sabitinin negatif logaritması olan pKa değeri ilacın belirli bir pH'ta iyonize mi yoksa non-iyonize durumda mı bulunacağına dair fikir verir.

Bir zayıf asit ya da bazın içinde bulunduğu ortamın pH'ı nedeni ile iyonize hale geçerek o ortamda hapsolmesine “iyon tuzağı” mekanizması denir. Anne sütü (pH 7.2) plazmaya (pH 7.4) göre hafif asidik özellik taşımaktadır.^[11] Bu nedenle örneğin kodein ya da oksikodon gibi bazik ilaçlar anne sütünde iyonize hale geçip anne sütünde daha fazla miktarda kalabilir.

Molekül ağırlığı

Molekül ağırlığı yüksek olan ilaçlar (özellikle >800 dalton) membranları daha zor geçerler.^[12] Örneğin heparin (5.000-30.000 dalton arası), düşük molekül ağırlıklı heparinler (ortalama 5000 dalton) ve insülinin (6.000 dalton) molekül ağırlığı büyük olduğu için anne sütüne geçmesi beklenmektedir ve bu ilaçlar emzirme dönemiyle uyumludur.^[13] Fakat birçok ilacın molekül ağırlığı anne sütüne geçmesini mümkün kılacak ölçüde düşüktür.

Yağda çözünürlük

Yağda çözünürlük arttıkça ilaçların membranları ve anne sütüne geçişi kolaylaşır. Yağda çözünen ilaçlar anne sütüne pasif difüzyonun yanında sütün içindeki yağ damlacıklarının içinde de salgılanarak geçebilirler. Bu nedenle bir emzirme seansında bebeğin aldığı anne sütündeki ilaç konsantrasyonu emzirmenin başlangıcında ve sonunda (sonunda

daha yüksek olacak şekilde) değişebilir.^[8,14]

İlacın süte geçişi ile ilgili hesaplamalar

Yukarıda verdiğimiz teorik bilgilerin yanında, ilacın süte geçişi ile ilgili bazı hesaplamalar da bulunmaktadır.

Süt/plazma oranı (Milk Plasma Ratio, M/P)

Bu oran anne sütüne geçen ilaç miktarının annenin plazmasında ölçülen ilaç düzeyi miktarına oranıdır. Emzirme döneminde ilaç kullanımı ile ilgili birçok kaynakta ilaçların S/P oranlarına dair bilgi olsa da klinik karar verme sürecinde pek bir anlam ifade etmeyen ve kullanılmayan bir orandır.^[15]

Göreceli bebek dozu (Relative Infant Dose, RID)

Göreceli bebek dozu (GBD) emzirme döneminde ilaç kullanımı ile ilgili karar vermede kullandığımız anahtar parametredir. Bebeğin emzirilmesi esnasında sütle birlikte vücuduna giren ilaç miktarının (mg/kg/gün) annenin aldığı ilaç miktarına oranı (mg/kg/gün) olarak tanımlanır. İlacın hesaplanan GBD %2'nin altında ise bebeğin anne sütündeki ilaca minimal, %2 ila %5 arasında ise düşük, %5 ila %10 arasında ise orta ve %10'un üzerinde ise yüksek düzeyde maruz kalacağı kabul edilmektedir.

İlacın GBD'sinin %10'un altında olduğu halde, eğer başka bir kontrendikasyon bulunmuyor ise, genellikle ilaç emzirme ile uyumlu olarak kabul edilir.^[13] Ancak ilacın GBD'sinin %10'un altında olup emziren bebekte advers etkileri bildirilen, aripiprazol gibi ilaçlar da vardır.^[16] Öte yandan GBD %10'un üzerine olan ancak emzirme açısından kontrendikasyon teşkil etmeyen flukonazol gibi ilaçlar da bulunmaktadır.^[17]

Anne ile ilgili olarak göz önüne alınması gereken durumlar

Postpartum ilk 2 haftada meme alveoler hücreleri arasındaki gapler daha geniş olduğundan birçok ilacın daha kolay geçişine izin verir.^[18] Ancak ilk günlerde infantın aldığı süt miktarı az olduğu için maruz kaldığı ilaç miktarı daha az olacaktır.^[12]

Özellikle ilk iki ayda infantlar ilaç advers etkilerine daha duyarlıdır ve yakından takip edilmelidir.

Süt üretimini arttıran ilaçlar (Galaktogoglar)

Süt üretiminde görev yapan prolaktin hormonunun sentez ve sekresyonunda ön hipofiz bezindeki dopaminerjik reseptörler rol oynamaktadır. Dopamin prolaktin sentez ve sekresyonunu baskılamaktadır. Dopaminerjik reseptörleri bloke eden ilaçlar prolaktin sentez ve sekresyonunu artırarak süt üretimini arttırabilir.

Metoklopramid ve domperidon gibi dopamin blokerleri bu endikasyon için onaylanmamış olmalarına rağmen, yetersiz anne sütü üretimi olan annelerde anne sütü üretiminin artırılması için kullanılan ilaçlardır.^[8] Ancak metoklopramidin distonik reaksiyonlara göreceli olarak sık neden olması bu endikasyonda kullanımını sınırlamıştır. Amerikan Pediatri Akademisi metoklopramidi galaktogog olarak önermemektedir. Domperidon anne sütü üretimini arttırmakta kullanılan diğer bir ajandır. Domperidonun kardiyak aritmi potansiyeli nedeniyle kardiyak hastalık öyküsü bulunan annelerde kullanımından kaçınılması gerekmektedir.^[14] Anneleri emzirme döneminde domperidon alan sınırlı sayıda bebekte herhangi bir advers etkiye rastlanmamıştır.^[19]

Bunların dışında bazı dopamin blokaj etkileri olması nedeniyle konvansiyonel ve bazı ikinci jenerasyon antipsikotiklerin (amisulpirid, risperidon gibi) kullanımında galaktore görülebilmektedir.^[20] Essitalopram ve paroksetin gibi selektif serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) türevi antidepressanların kullanımı ile de galaktore bildirilen olgular vardır.^[22]

Süt üretimini baskılayan ilaçlar

İlaçlar; prolaktin sentez ve sekresyonunu ya da bölgesel kan akımını da etkileyerek süt üretimini baskılayabilirler. Bromokriptin süt üretimini baskılama amacı ile kullanılan ilaçlardan biri olmasına rağmen önemli advers etkileri nedeniyle bu endikasyonda daha çok kabergolin tercih edilmektedir.^[8] Bunların dışında ergotamin, östrojenler ve

psödoefedrin de süt üretimini baskırlarlar. Psödoefedrin üst solunum yolu enfeksiyonlarının semptomatik tedavisi için kullanılan kombine preparatların içinde bulunan bir ajandır. Ara sıra olan kullanımda beklenmemekle birlikte, günler ya da haftalar boyu tekrarlanan kullanımı süt üretimini ciddi şekilde baskılayabilir.^[8]

Bebek ile ilgili göz önüne alınması gereken durumlar

Bebeğin yaşı

Emzirme döneminde ilaç güvenilirliği bebeğin yaşı ile yakından ilgilidir. Özellikle preterm ve unstable bebekler için anne sütündeki düşük miktardaki ilaçlar bile ciddi etkiler ortaya çıkarabilir (Örn: sedatifler).^[18] Bununla birlikte ilaçla ilgili daha önceden emzirilen bebeklerde yapılmış çalışmalardan elde edilmiş tecrübeler önemlidir.

Ayrıca 2 aylıktan küçük bebeklerin emzirme esnasında olası ilaç advers etkilerine daha hassas olduğu bilinmektedir. Emzirilen bebeklerde anne sütü ile maruz kalınan ilaçlarla ilgili advers etkileri değerlendiren güncel bir sistematik derlemede advers etkilerin yaklaşık %80'inin 2 aydan küçük bebeklerde ortaya çıktığı tespit edilmiştir.^[20] Bu nedenle özellikle bu yaş grubu bebekler, annelerinin emzirme döneminde ilaç kullanımı durumunda, olası advers etkiler açısından yakından gözlenmelidir.

Emzirilen bebeklerde yapılmış çalışmalar

Annenin ilaç kullanırken bebeğini emzirip emziremeyeceğine dair karar verme sürecinde, emzirilen bebeklerde yapılmış olan çalışmaların sonuçlarının eleştirel şekilde değerlendirilmesi de önemli rol oynar. Genellikle emzirilen bebeklerde yapılmış büyük ölçekli çalışmalar bulunmamaktadır. Bu konuda yapılmış olan çalışmalar genellikle küçük seriler ya da olgu raporları şeklindedir.

Annesi ilaç kullanırken emzirilen bebeklerde yapılan çalışmalardaki advers etkilerin sayısı, niteliği ve advers etki görülen bebeklerin advers etki görülmeyen emzirilen bebeklere oranı önemlidir. Bu tür

çalışmalarda tespit edilmiş olan advers etkilerin bazıları anne sütü ile bebeğe transfer olan ilaçtan ziyade başka bir klinik duruma da bağlı olabilir.

Bu tür çalışmalar incelenirken, çalışmada izlenmiş bebeklerde tespit edilmiş ve anne sütüne geçen ilaç ilişkili olabilecek advers etkiler not edilmesi ve anneye emzirmeye devam etmesinin tavsiye edilmesi durumunda bebeğinde gözleyebileceği olası advers etkilerin neler olabileceği ve hangi durumda hekimine başvurması gerektiği anlatılmalıdır. Var olan bilgi kaynaklarının kanıta dayalı analizine göre, GBD ve olası advers etkileri içerecek şekilde, emzirme döneminde tercih edilebilecek bazı ilaç örnekleri **Tablo 2**'de verilmiştir. Ayrıca emzirme ile uyumlu olmayan (kontrendike) bazı ilaç örnekleri **Tablo 3**'te verilmiştir.

Söz konusu ilacın bebek ve çocuklarda kullanıma durumu

Emzirme döneminde ilaç kullanımı değerlendirilirken, söz konusu ilacın çocukluk çağında da kullanımının olup olmadığı değerlendirilmelidir. İlaç çocuklarda kullanılıyor ise ilacın göreceli bebek dozu hesaplanarak, çocuklarda kullanılan dozu ile karşılaştırılabilir. Aynı zamanda emziren anneye de çocuklarda kullanımında görülen advers etkiler açısından bebeğini takip etmesi önerilebilir.

Örneğin ibuprofen çocukluk çağında kullanılabilen bir ilaçtır. İnfantlarda analjezik olarak maksimum 40 mg/kg/gün miktarında kullanılabilir iken infantın emzirme ile aldığı ibuprofen miktarı ise yaklaşık 68 mcg/kg/gündür (GBD % 0.38). İnfantın emzirme ile aldığı miktar maksimum çocukluk çağı dozunun çok altında olduğundan ibuprofen emzirme döneminde non-steroidal anti inflamatuvar ajanlar arasında ilk tercihtir.^[13] Antiinflamatuvar etkinin gerekemediği durumlarda parasetamol ilk tercih olarak seçilebilir.^[21]

Anne ve bebeğin farmakogenetiği

Emzirme döneminde ilaç kullanımında anne ve bebeğin ilaçları metabolize etme yeteneği göz ö-

Tablo 2. Emzirme döneminde çeşitli rahatsızlıklarda kullanılacak ilaç örnekleri*. [13,18,23,24]

Farmakolojik grup	İlaç	Göreceli Bebek Dozu	Olası/gözlenmesi gereken advers etkiler
Analjezikler	İbuprofen	%0.1-0.7	Advers etki bildirilmemiştir.
	Parasetamol	%1.1-24	Makulopapüler döküntüsü olan bir olgu dışında diğer olgularda advers etki bildirilmemiştir. Ancak prenatal ya da hayatın ilk yılında parasetamole maruz kalmak ileriki hayatta astım gelişmesiyle ilişkilendirilmiştir. Ailesinde astım öyküsü olanlar ya da astımı olanlarda kullanımından kaçınılması önerilmiştir.
Antihistaminikler	Loratadin	%0.3-1.2	Sadece iki infantta minor sedasyon bildirilmiştir. Diğer çalışmalarda advers etki bildirilmemiştir ancak emen infant sedasyon, kuru ağız, taşikardi açısından gözlenmelidir. Bir annede ise sütünün azaldığını belirtmiştir.
	Setirizin	-	Setirizin ile ilgili veri bulunmamaktadır. Emzirilen bebek sedasyon açısından gözlenmelidir. Genel olarak antihistaminiklerin iritabilite, kolik belirtileri ve uyusukluk gibi yan etkileri olabilir. Annenin sütünde azalma meydana gelebilir.
Kortikosteroidler (İnhalasyon)	Budesonid	%0.3 (inhaler)	Advers etki bildirilmemiştir ve beklenmemektedir.
	Beklometazon	-	İnhalasyon ya da intranasal kullanım ile süte geçtiği bildirilmemiştir. İnhale ya da oral kortikosteroidler emzirme ile uyumludur. Yüksek dozların ayrıca değerlendirilmesi önerilmektedir.
	Flutikazon	-	Emzirilen infantlarda herhangi bir advers etki bildirilmemiştir.
Antiülser	Famotidin	<%2	Advers etki bildirilmemiştir ve beklenmemektedir. Pediatrik grupta kullanım endikasyonu mevcuttur.
	Omeprazol	%1.1	Kısıtlı bilgilerle 20 mg/gün doz olan kullanımlarda herhangi bir advers etki beklenmemektedir. Maruz kalan bir vakada advers etki gözlenmemiştir.
Antiemetik	Meklizin	-	Emzirme sırasında nadir kullanımı muhtemelen güvenlidir ancak infantın sedasyon açısından takip edilmesi önerilmektedir. Uzun süreli ve yüksek dozda kullanımlarında infantta etkiler oluşabilir ve süt miktarı düşebilir. Pediatrik grupta kullanım endikasyonu yoktur.
	Metoklopramid	%4.4-14.3	Advers etki bildirilmemiştir. Pediatrik yaş grubunda kullanılmaktadır. Birkaç vakada intestinal rahatsızlık ve gaz görülmüştür. Annede süt miktarında artış yapabilir.
	Domperidon	%0.01-0.04	Advers etki bildirilmemiştir. Bebeklerde direkt olarak kullanımı durumunda birkaç vakada QT uzamasına neden olduğu bildirilmiştir.
Antibiyotikler	Amoksisilin	%1	Nadiren döküntü ve gastrointestinal floranın bozulmasına bağlı diyare ve pamukçuk (kandidiazis) bildirilmiştir. Emzirilen bebeğin diyare, pamukçuk gibi gastrointestinal semptomlar ve döküntü açısından gözlenmesi önerilir.
	Ampisilin	%0.2-%0.5	

devamı sayfa 182'de

SAYFA 181'den devam Tablo 2. Emzirme döneminde çeşitli rahatsızlıklarda kullanılacak ilaç örnekleri*

Farmakolojik grup	İlaç	Göreceli Bebek Dozu	Olası/gözlenmesi gereken advers etkiler
	Sefuroksim aksetil	%0.6-2	Advers etki bildirilmemiştir. Emzirilen bebeğin diyare, pamukçuk gibi gastrointestinal semptomlar ve döküntü açısından gözlenmesi önerilir.
	Seftriakson	%4.1-4.2	
	Klaritromisin	%2.1	Advers etki bildirilmemiştir. İnfantı diyare ve kandidiazis (pamukçuk, diaper dermatit) açısından takip et. Doğrulanmamış bazı epidemiyolojik çalışmalarda infantlarda hipertrofik pilor stenozu açısından riski olabileceği belirtilmiştir.
	Eritromisin	%1.4-1.7	Az sayıda vakada diyare, döküntü, irritabilite, kusma, emmede ve kiloda azalma, sedasyon. Erken postpartum dönemde eritromisin kullanımı pilor stenoz ile ilişkilendirildiği bildirilmiştir.
Aşılar			Tüm aşılar genel olarak güvenli kabul edilmektedir. Ancak anneye canlı aşı yapılması düşünülüyor ise bu uygulama, bebek aynı aşının cansız formu ile aşılanmadan yapılmamalıdır.
Antihipertansif	Propranolol	<%1	Emzirilen bebeğin hipoglisemi ve bradikardi açısından gözlenmesi önerilir.
	Metoprolol	%1.4-3.2	Emzirilen bebeğin hipoglisemi ve bradikardi açısından gözlenmesi önerilir.
	Nifedipin	%0.1-3.4	Emzirilen bebeklerde herhangi bir advers etki bildirilmemiştir.
	Verapamil	≤%1	Emzirilen bebeklerde herhangi bir advers etki bildirilmemiştir
	Metildopa	%0.1-%0.4	Advers etki bildirilmemiştir. Prolaktin seviyelerini artırıp anne sütü üretimini artırabilir
Antikoagülan	Heparin	-	Heparin anne sütüne geçmemekte ve emzirilen bebeğin gastrointestinal sisteminden emilimi beklenmemektedir. Gözlem açısından özel bir öneri bulunmamaktadır.
	Enoksaparin	-	Heparinle benzerdir.
Antidepresan	Sertralin	% 0.5-3	Emzirilen bebeklerin çok büyük bir kısmında advers etki bildirilmemiştir. Emzirilen bebeğin uykuya meyil, bulantı-kusma, uyanıklık, konstipasyon ve irritabilite açısından takip edilmesi önerilir.
	Paroksetin	% 0.5-3	Emzirilen bebeklerin çok büyük bir kısmında advers etki bildirilmemiştir. Emzirilen bebeğin uykuya meyil, bulantı-kusma, uyanıklık, konstipasyon ve irritabilite açısından takip edilmesi önerilir.
Antipsikotik	Olanzapin	%1-%4	Emzirilen bebeğin uykuya meyil ve irritabilite açısından gözlenmesi önerilir.
	Ketiapin	%0.1-%0.4	Emzirilen bebeğin uykuya meyil ve irritabilite açısından gözlenmesi önerilir.

devamı sayfa 183'te

nünde bulundurulmalıdır. İlaç metabolizması bireysel özellikler, çevresel faktörler, genler ve hastalıklar gibi birçok faktöre bağlıdır. Fetus ve

yenidoğan da ilaçları büyüme ve gelişmeyle birlikte değişken miktarlarda olmak üzere metabolize edebilir. Ayrıca annenin ilacı metabolize eden enzimleri

SAYFA 182'den devam Tablo 2. Emzirme döneminde çeşitli rahatsızlıklarda kullanılabilecek ilaç örnekleri*

Farmakolojik grup	İlaç	Göreceli Bebek Dozu	Olası/gözlenmesi gereken advers etkiler
Antiepileptik	Karbamazepin	%3.8-%5.9 Bir vakada %15 tespit edilmiştir	Kolestatik hepatit ve geçici hepatik disfonksiyon bildirilen iki olgu bulunmaktadır. Annesi fluoksetin, buspironla birlikte karbamazepin kullanan bir başka olguda siyanotik atak ve nöbet bildirilmiştir. Bu açılardan gözlem önerilir.
	Valproik asit	%1.2-7	Nedensellik kesin olmamakla birlikte bir vakada trombositopenik purpura, anemi ve retikülositoz bildirilmiştir. Emziren bebeğin bu açılardan laboratuvar takibi yapılması önerilir.
Kontraseptifler	Medroksiprogesteron	-	İnfanlarda advers etki bildirilmemiştir ve beklenmemektedir. Fakat postpartum 6 haftadan önce kullanımında süt miktarında azalmaya yol açabilir.
	Desogestrel	%1.2-1.7	Geçici meme büyümesi bildirilen iki vaka, terleme ve skrotal kıllanma bildiren birer vaka raporu bulunmaktadır.
	Levonorgestrel	%1.3-%2.6 (maks. %9)	İnfanlarda advers etki bildirilmemiştir ve beklenmemektedir. Süt miktarı üzerine olumsuz bir etkisi tanımlanmamıştır.

*Bu tablo örnek teşkil etmesi amacı ile hazırlanmıştır. Bu liste, belirtilen farmakolojik gruplarda ya da endikasyonlardaki diğer ilaçların kullanılmayacağı şeklinde anlaşılmalıdır. Kullanılması düşünülen her ilaç, kanıtlar, hastanın klinik durumu ve öncelikleri göz önüne alınarak değerlendirilmelidir.

Tablo 3. Emzirme döneminde kontrendike olan çeşitli ilaç örnekleri^[18,23,24]

İlaç	Yorumlar
Amiodaron	Yapılan çalışmalarda göreceli bebek dozunun iyi bir şekilde öngörülemediği (%3 – 45, ortalama %11) tespit edilmiştir. Yarılanma ömrünün uzun ve iyot içeriğinin bebekte tiroid disfonksiyonu ortaya çıkarma potansiyeli olması nedeniyle de kullanımı önerilmemektedir. Ancak tek doz ya da kısa dönem kullanılabileceğini öneren bir rapor mevcuttur.
Antineoplastik ilaçlar	Kemik iliği supresyonu, intestinal epitel hücre zedelemesi vb. yan etkiler.
Ergot alkaloidleri	Terapötik dozlarda kısa süreli kullanımı;yenidoğan süt alımı ve kilo kazancını önemli düzeyde azaltmadıysa da,ergotizm semptomları (kusma ve diyare) rapor edilmiştir.
Altın tuzları	Döküntü, nefrit, hematolojik anormallikler vb. yan etkiler.
İodinler	Sütte konsantre olup yenidoğan tiroid fonksiyonlarını bozar.
Fenindion	Kanama hemisi rapor edilmiştir. Vitamin K antagonistlerinden Warfarin veya Heparin gibi ilaçların kullanılması önerilmektedir.
Radyofarmasötikler	Radyoaktif olarak işaretlenmiş bileşiklerin yarı ömrü boyunca emzirmenin durdurulmalıdır.
Retinoid	İsotretionin ve Vitamin A gibi ilaçlar genelde yağda yüksek oranda çözündüğünden yüksek yan etki potansiyeline sahiptir.
Östrojen, Bromokriptin	Bu ilaçlar süt üretimini baskılar. Zorunlu hallerde düşük doz progesteron içeren ilaçlar tercih edilmelidir.

*Bu tablo örnek teşkil etmesi amacı ile hazırlanmıştır. Bu liste, bu listede olmayan diğer ilaçların kullanılabileceği anlamına gelmemektedir.

ile ilgili genetik farklılıkları da bebeğin ilaca maruz kaldığı miktarı etkileyebilir. Örnek olarak anedeki CYP2D6 aktivitesi genetik polimorfizmle artış gösterebilir ve eğer anne kodein kullanıyorsa, artan kodein-morfin dönüşümü bebekte toksisiteye de neden olabilir.^[22]

Literatürde epizyotomi ilişkili ağrı nedeniyle doğum sonrasında kodein kullanan bir annenin ultra-hızlı metabolize edici olması ve bu nedenle kodein-morfin dönüşümünü yüksek seviyelerde gerçekleştirmesi nedeniyle, maalesef emzirdiği bebeğin ölümüyle sonuçlanan bir vaka raporu bulunmaktadır.^[20] Ancak emzirme döneminde ilaç kullanımı ile ilgili bu tür vakaların çok nadir olduğu bilinmelidir.

Sonuç

Hem anne hem bebek için kritik öneme sahip olan emzirme döneminde ilaç kullanımı, kanıta dayalı risk-fayda analizinin hastaya özgü şekilde yapılmasını gerektiren önemli bir durumdur. Bir-

çok anne emzirme döneminde güvenli şekilde ilaç kullanmaktadır.

Emzirme döneminde ilaç kullanımı sorusu ile karşılaşan bir hekim **Tablo 3**'de önerilen bilgi kaynaklarından hızlı ve güvenilir bilgi elde edebilir. Bu kaynaklar arasında LactMed ücretsiz olması ve göreceli olarak daha hızlı güncellenmesi nedeniyle diğer kaynaklara nazaran daha fazla avantaj sunmaktadır.^[23] İhtiyaç duyulduğunda, bu konuda deneyimli bir farmakoloğa danışılması da çok faydalı olacaktır.

Emzirme döneminde ilaç kullanımı ile ilgili farkındalık gittikçe artmaktadır ve bu konuda gelecekte yapılacak kapsamlı farmakokinetik ve klinik çalışmalar emzirmenin devamlılığını korurken anneye en uygun farmakoterapi seçeneklerini sunma konusunda bize daha kapsamlı bilgiler sağlayacaktır.

Teşekkür: Derlememizin hazırlanması sırasında verdiği katkılardan dolayı Asist. Dr. Hilal Erol'a teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016; 387(10017): 475-90.
2. Kersten I, Lange AE, Haas JP et al. Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the SNIp-study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14: 75.
3. Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(6 Suppl 2): 310-27.
4. Pearlstein T. Depression during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015; 29(5): 754-64.
5. Werder E, Mendola P, Männistö T, O'Loughlin J et al. Effect of maternal chronic disease on obstetric complications in twin pregnancies in a U.S. cohort. *Fertil Steril* 2014; 100(1): 142-9.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. Temel istatistikler, nüfus ve demografi, hayati göstergeler. http://www.turkstat.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1592 adresinden 14/02/2019 tarihinde erişilmiştir.
7. Sriraman NK, Melvin K, Meltzer-Brody S. ABM clinical protocol #18: use of antidepressants in breastfeeding mothers. *Breastfeed Med* 2015; 10(6): 290-9.
8. Ilett KF, Kristensen JH. Drug use and breastfeeding. *Expert Opin Drug Saf* 2005; 4(4): 745-68.
9. Orme ML, Lewis PJ, De Swiet M et al. May mothers given warfarin breast-feed their infants? *Br Med J* 1977; 1: 1564-5.
10. McKenna R, Cole ER, Vasan U. Is warfarin sodium contraindicated in the lactating mother? *J Pediatr* 1983; 103: 325-7.
11. Begg EJ, Duffull SB, Hackett LP et al. Studying drugs in human milk: time to unify the approach. *J Hum Lact* 2002; 18(4): 323-32.
12. Kelsey JJ. Women's and Men's Health. PSAP 2016 Book 3. ACCP, 2016; 7-31.
13. Hale TW, Rowe HE. Medications and Mothers Milk. On yedinci baskı. New York, NY: Springer Publishing Company, 2017.
14. Hotham N, Hotham E. Drugs in breastfeeding. *Aust Prescr* 2015; 38(5): 156-9.
15. Schaefer C, Peters P, Miller RK. Drugs During Pregnancy and Lactation: Treatment Options and Risk Assessment. Üçüncü baskı. Oxford, Elsevier-Academic Press, 2015.
16. Berle JO, Spigset O. Antidepressant use during breastfeeding. *Curr Womens Health Rev* 2011; 7(1): 28-34.
17. Kaplan YC, Koren G, Ito S et al. Fluconazole use during breastfeeding. *Can Fam Physician* 2015; 61(10): 875-6.
18. Hale TW. Medications and Mothers' Milk. Sekizinci baskı. Amarillo, Tex.: Pharmasoft Medical, 1999.
19. Da Silva OP, Knoppert DC. Domperidone for lactating women. *CMAJ* 2004; 171: 725-6.
20. Madadi P, Koren G, Cairns J, et al. Safety of codeine during breastfeeding: fatal morphine poisoning in the breastfed neonate of a mother prescribed codeine. *Can Fam Physician* 2007; 53(1): 33-5.
21. Stultz EE, Stokes JL, Shaffer ML, Paul IM, Berlin CM. Extent of medication use in breastfeeding women. *Breastfeed Med* 2007; 2(3): 145-51.
22. Spencer JP, Gonzalez LS 3rd, Barnhart DJ. Medications in the breast-feeding mother. *Am Fam Physician* 2001; 64(1): 119-26.
23. Drugs and Lactation Database (LactMed). <http://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed> adresinden 14/05/2019 tarihinde erişilmiştir.
24. Reprotox.org.(2019).<https://reprotox.org/adresinden14/05/2019> tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 21/04/2018

Kabul tarihi: 24/08/2019

Yayın tarihi: 25/12/2019

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Yusuf Cem Kaplan,

e-posta: seawise@gmail.com

Flurbiprofene bağlı tek taraflı perioküler kanama: Nadir bir ilaç yan etkisi

Unilateral periocular hemorrhage caused by flurbiprofen: A rare drug side effect

Zeyneb İrem Yüksel Salduz¹, Aclan Özder²

Özet

Non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar birçok endikasyonda sıklıkla kullanılmaktadır. Bu ilaçların nadir görülen yan etkileri de bilinmelidir. Bu çalışmada 100 mg oral flurbiprofen alımından sonra gelişen tek taraflı perioküler kanama ile başvuran 50 yaşında bir kadın olguyu sunmayı amaçladık. Hastanın oftalmik muayenesinde saptanan perioküler kanamaya neden olabilecek olası tanıları ayırt edebilmek için bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Hastada travma öyküsünün olmadığı ayrıntılı olarak sorgulandı. Görüntülemelerde sadece sol göz ve çevresinde yumuşak doku ödemi mevcuttu. Laboratuvar değerlerinden laktat dehidrogenaz ve c-reaktif proteinde hafif yükseklik dışında herhangi bir anormal bulgu saptanmadı. Hastaya semptomatik olarak tedavi planlandı ve hastanın kontrol muayenesinde biyokimyasal ve hematolojik parametreleri normal olarak tespit edildi. Perioküler kanama gerilemişti. Kanamalı cilt lezyonları flurbiprofenin nadir bir ilaç yan etkisi olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Flurbiprofen, periokular, kanama, yan etkiler

Summary

Non-steroidal anti-inflammatory drugs are often used in various indications. The side effects of these drugs are also must well known. In this study, we aimed to present a case report of a 50-year-old female with unilateral periocular hemorrhage after taking 100 mg oral flurbiprofen. Computerized tomography and magnetic resonance imaging were performed to distinguish differential diagnosis causing periocular hemorrhage on ophthalmic examination. The absent of all kind of trauma was questioned in detail. In the imaging, only soft-tissue edema around the left eye was observed. Laboratory values were normal except a mild elevation of the lactate dehydrogenase and c-reactive protein. Symptomatic treatment was planned. In the follow-up visit; control biochemical and hematologic parameters were normal. Periocular hemorrhage was regressed. Hemorrhagic skin lesions should be kept in mind as a rare drug side effect of flurbiprofen.

Key words: Flurbiprofen, periocular, hemorrhage, side effects

¹⁾ Bezmialem Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

²⁾ Bezmialem Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Perioküler kanama, sıklıkla periorbital travma ve cerrahinin etkisiyle oluşmakta olup subkutanöz dokulara kanın ekstrevasiyonuna bağlı olarak göz çevresindeki cildin mor renk almasıdır. Perioküler dolaşım periferik, yüzeysel orbital ve derin orbital arterler ile oftalmik ve lakrimal arterlerin anastomozlarıdır. Göz kapağındaki bu arterler üst ve alt venöz drenaj sistemleri ile karmaşık bir kollateral sistem üzerinden iletişim kurar. Perioküler alandaki kanama eğilimi, bu zengin vasküler beslenmeyle ince göz kapağı ve periorbital deri kombinasyonundan kaynaklanır.^[1]

Flurbiprofen, anti-inflamatuar aktiviteye sahip bir prostaglandin-sentetaz inhibitörüdür. Romatoid artrit ve osteoartrit tedavisinde 1988 yılında Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (ABD FDA) tarafından onaylanmıştır. Sınıfının diğer non-steroid antiinflamatuar ilaçları (NSAİİ) gibi, flurbiprofen genellikle gastrointestinal ve renal sistemle ilgili yan etkilerle ilişkilidir.^[2] Biz de flurbiprofenin nadir olarak neden olduğu tek taraflı bir perioküler kanama olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

50 yaşında bayan hasta, oral flurbiprofen (100 mg) alımını takiben uyuduktan yaklaşık 8 saat sonra, uyandığında fark ettiği sol göz çevresinde gelişen tek taraflı kanama ile Bezmialem Vakıf Üniversitesi Acil Servisi' ne başvurdu (**Resim 1, 2**).

Hastanın ayrıca, üç gün önce herhangi bir reaksiyonu olmaksızın, soğuk algınlığı nedeniyle oral olarak ibuprofen (200 mg), psödoefedrin hidroklorür (30 mg) ve amoksisilin-klavulanik asid (1000 mg) ilaçlarını kullanım öyküsü vardı.

Hastanın tanımlanmış kronik bir hastalığı, sürekli ilaç kullanımı, geçmişe ait kanama diyatezi, kronik ürtiker veya alerjik hastalığı, yakın zamanlı göze travma öyküsü yoktu. Özellikle gözde kanamalı bulgu verebilecek tüm travma, şiddet ve istismar öyküleri ayrıntılı olarak sorgulandı. Fizik muayenede, perioküler kanama mevcuttu. Tüm vücut harici muayenesinde travma, şiddet ve istismarı destekleyen ek bir bulgu saptanmadı.

Göz hastalıkları konsültasyonu alınan hastanın ayrıntılı oftalmolojik muayenesinde, sol göz kapakları ve çevresindeki ödem ve kanama haricinde, bilateral vizyonu tam, göz hareketleri ve fundus görünümü doğal, pupil refleksi izokorik saptandı. Sistemik muayenede hastanın vücut sıcaklığı 38,5°C ve kan basıncı 125/85 mmHg saptandı. Hastanın acil başvurusunda rutin biyokimya, hemogram, elektrolit, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, akut faz reaktanları ve hemostaz testlerine bakıldı.

Laboratuvar değerlerinden sadece LDH: 232 U/L (125-220 U/L) ve CRP: 1,42 mg/dL (<0,5 mg/dL) olarak yüksek tespit edildi. Rutin biyokimyasında glukoz: 88 mg/dL (70-105 mg/dL), üre: 36 mg/dL (15-40 mg/dL), kan üre azotu (BUN): 16,82 mg/dL (7-18,7mg/dL), kreatinin: 0,83 mg/dL (0,57-



Resim 1-2. Sol gözde görülen perioküler kanama ve sağ gözün karşılaştırmalı görüntüsü

1,11 mg/dL), aspartat aminotransferaz (AST): 26 U/L (5-34 U/L), alanin aminotransferaz (ALT): 35 U/L (0-55 U/L) olarak saptandı. Hemogramında lökosit (WBC): $5,1 \cdot 10^3/uL$ ($4,6-10,2 \cdot 10^3/uL$), eritrosit (RBC): $4,2 \cdot 10^6/uL$ ($4,04-5,48 \cdot 10^6/uL$), hemoglobin (HGB): 12,9 g/dL (12,2-16,2 g/dL), hematokrit (HCT): 37,1% (35,5-48%), trombosit (PLT): $193 \cdot 10^3/Ul$ ($142-424 \cdot 10^3/Ul$) olarak, elektrolit değerlerinden sodyum (Na): 139 mmol/L (135-145 mmol/L), potasyum (K): 4,48 mmol/L (3,5-5,1 mmol/L), kalsiyum (Ca): 9 mg/dL (8,4-10,2 mg/dL) olarak tespit edildi.

Hemostaz testlerinden protrombin zamanı (PT): 13 sn (10,8-15,3 sn), aktif kısmi tromboplastin zamanı (aPTT): 27,5 sn (24-42 sn), International Normalized Ratio (INR): 1 (0,8-1,2) olarak normal tespit edildi.

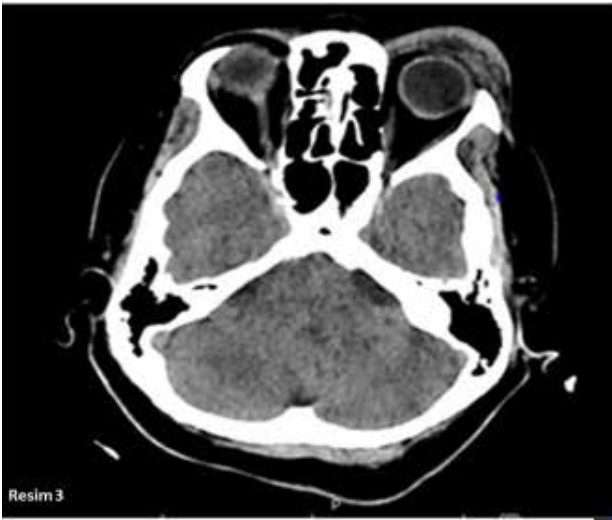
Hastanın Kraniyal BT taramasında “intrakraniyal kanama, akut strok bulgusu saptanmamış olup; sol preorbital yumuşak dokularda hiperdens değişiklikler, cilt altında kalınlık artışları izlendi” olarak rapor edilmiştir (Resim 3). Orbital MR taramasında “her iki orbital glob, ekstraoküler kaslar, lakrimal bezler ve retrooküler yağ alanı, optik sinir dura kompleksi doğal görünümde olup; sol frontal bölgede skalp yumuşak dokuda ödem, santralinde kontrastlanmayan görünüm tespit edildi” olarak yo-

rumlanmıştır (Resim 4). Tedavi semptomatik olarak planlandı. Hasta üç gün sonra Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü'nde değerlendirildi. Biyokimyasal ve hematolojik kontrol parametreleri normaldi. Perioküler kanama geçirilmiş olarak görünüyordu. Hastanın tüm bu verilerinin kullanımı ile ilgili kendisinden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Tartışma

Literatür taramasında, olgumuz flurbiprofenin neden olduğu perioküler kanama olarak bildirilen ilk olgudur. Bir meta-analizde, diğer NSAİİ'lere kıyasla propiyonik asit türevlerine karşı artan bir alerjik reaksiyon riski saptanmasına rağmen, literatürde flurbiprofene karşı alerjik reaksiyonların olgu raporları nadirdir. Bununla beraber flurbiprofen kullanımı sonrası kontakt dermatit, kutanöz vaskülit, jeneralize büllöz ilaç erüpsiyonu, toksik epidermal nekroliz, ekfoliyatif dermatit, lokalize ekzantematöz püstüloz ve likenoid erüpsiyon gibi bazı genel ilaç döküntüleri bildirilmiştir.^[3,4,5]

Flurbiprofene bağlı gözde lokalize lezyon olarak bir olguda tek taraflı göz kapağı anjiyoödem, bir diğer olguda ise her iki gözde şişme, kaşıntı ve göz yaşarması rapor edilmiştir.^[6,7] NSAİİ grubundan olan flurbiprofen ateş, inflamasyon ve artrit gibi ol-



Resim 3. Kraniyal BT; sol preorbital yumuşak dokularda hiperdens değişiklikler



Resim 4. Orbital MR; sol frontal bölgede skalp yumuşak dokuda ödem

guları tedavi etmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Genellikle hızlı emilimi nedeniyle oral yoldan verilir. Ayrıca ibuprofen ve flurbiprofen ilaçları biyokimyasal yapılarının benzerliği nedeniyle çapraz reaksiyon gösterebilirler.^[3]

Hastamızda reaksiyondan üç gün önce ibuprofen kullanımı olmakla birlikte, perioküler kanama flurbiprofen alımından 8 saat sonra meydana gelmişti. Bu durum saptanan reaksiyonun flurbiprofene bağlı olduğunu destekliyordu.

NSAİİ'ler, özellikle deri reaksiyonlarına neden olduğu bilinen kimyasal olarak heterojen bir grup bileşiktir. Bazı yazarlar, bu geniş çeşitlilikteki reaksiyonlardan, çeşitli mekanizmaların sorumlu olabileceğini düşünmektedir. NSAİİ'lerin inflamatuvar yolu etkilediğinden, bu ilaçların gözlenen kutanöz etkilerinin birçoğunun klasik hipersensitivite reaksiyonlarından ziyade bu yolun değişmesinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir.

Flurbiprofen genel farmakolojik etkisini siklooksijenaz enzim inhibisyonu yoluyla prostanoid sentezini inhibe ederek gösterir. Anti agregan etkisini ise siklooksijenaz yolu ile tromboksan A2

sentezini direkt inhibe ederek gösterir.^[8] Bu etkiler normal hemostaz sürecini engelleyerek vücudun çeşitli bölgelerinde kanamalara neden olabilir.^[9] Bizim olgumuzda perioküler kanamayı oluşturan yan etkinin tam mekanizması bilinmemekle birlikte, flurbiprofenin hemostazı bozucu etkisi öne çıkmaktadır.

Kanamanın göz çevresinde olması bu bölgenin ince damar yapısıyla ilişkilendirilebilir.^[1] Hastadan alınan öyküye göre ilacı akşam saatlerinde almış ve kısa süre sonra uyumuştur. Perioküler kanamanın tek taraflı olması ise hastanın uyurken aldığı, yatış pozisyonundaki basıya bağlı olarak düşünülebilir.

Sonuç

Sonuç olarak hem birinci basamakta hem de diğer basamaklarda sağlık hizmet sunumunda endikasyonlar dahilinde aneljezik ve antiinflamatuvar olarak sıklıkla kullandığımız ilaçlardan birisi olan flurbiprofenin göz ve çevresi dokulara spesifik kanama gibi bir yan etkisinin olabileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle, kanamaya klinik yatkınlık oluşturabilecek durumlarda daha güvenli başka bir gruptan ilaç tercih edilmelidir.

Kaynaklar

1. Kavoussi SC, Pasco CA, Mears KA, Levin F, Servat JJ. Spontaneous periocular ecchymosis in children: differential diagnosis and current trends in evaluation and management. *J Clin Exp Ophthalmol* 2014;5(3):343.
2. Calapai G, Imbesi S, Cafeo V, Ventura Spagnolo E, Minciullo P, Caputi A, et al. Fatal hypersensitivity reaction to an oral spray of flurbiprofen: a case report. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2013;38(4):337-8.
3. Giovannini M, Sarti L, Barni S, Pucci N, Novembre E, Mori F. Anaphylaxis to over-the-counter flurbiprofen in a child. *Pharmacology* 2017;99(3-4):121-3.
4. Di Meo N, Stinco G, Patrone P, Trevisini S, Trevisan G. Acute localized exanthematous pustulosis caused by flurbiprofen. *Cutis* 2016;98(5):E9-E11.
5. Balta I, Simsek H, Simsek G. Flurbiprofen-induced generalized bullous fixed drug eruption. *Human & Experimental Toxicology* 2014;33(1):106-8.
6. Sendur M, Aksoy S, Ozdemir N, Yaman S, Zengin N. Flurbiprofen-induced unilateral eyelid angioedema. *Cutis* 2014;94(4):E12.
7. Mehra K, Rupawala A, Gogtay N. Immediate hypersensitivity reaction to a single oral dose of flurbiprofen. *Journal of Postgraduate Medicine* 2010;56(1):36.
8. Abdel-Aziz A, Al-Badr A, Hafez GA. Profiles of drug substances, excipients and related methodology. In: Brittain HG, editor. *Flurbiprofen*. 1st edition. San Diego; Elsevier. 2012. p. 113-83.
9. Jian M, Li X, Wang A, Zhang L, Han R, Gelb A. Flurbiprofen and hypertension but not hydroxyethyl starch are associated with post-craniotomy intracranial haematoma requiring surgery. *British Journal of Anaesthesia* 2014;113(5):832-9

Geliş tarihi: 22/07/2019

Kabul tarihi: 16/10/2019

Yayın tarihi: 25/12/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Zeyneb İrem Yüksel Salduz

e-posta: iremsalduz@hotmail.com

2019'a genç bir bakış

Özet

Vasco da Gama Movement (VdGM) fikri 2004 yılında Hollanda'da Junior Doctors Projesi adı altında düzenlenen prekonferans sonrası oluşmuş ve 2005 yılında Portekiz'in başkenti Lisbon'da yapılan Dünya Aile Hekimliği Birliği (Wonca) Avrupa Bölge Kongresi'nde ilk somut adımı atılmış bir gençlik girişimidir. VdGM; Wonca Avrupa ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (Tahud) tarafından desteklenen, üyeleri tam zamanlı aile hekimliği asistanları ve ilk beş yılı içerisinde bulunan aile hekimliği uzmanlarından oluşan bir oluşumdur.

Summary

The idea of Vasco da Gama Movement (VdGM) was formed in 2004 in the Netherlands after the pre-conference held under the name of Junior Doctors Project and The first concrete step in the World Organization of Family Doctors (Wonca) European Regional Congress held in Lisbon in 2005, the capital of Portugal, is a youth initiative. Vdgm is a Wonca group of full-time family medicine residents supported by European and Turkish Family Physicians Specialist Association (Tahud), and family medicine specialists who are in the first five years.

- ¹⁾ Adana Seyhan Gülpınar Aile Sağlığı Merkezi, Adana
- ²⁾ Kastamonu Devrekani İlçe Devlet Hastanesi, Kastamonu
- ³⁾ Denizli Saltak Aile Sağlığı Merkezi, Denizli
- ⁴⁾ İzmir Karşıyaka İlçe Sağlık Müdürlüğü, İzmir
- ⁵⁾ Van İpekyolu Merkez 10 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Van
- ⁶⁾ Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzincan
- ⁷⁾ Ankara Gölbaşı Şehit Ahmet Özsoy Devlet Hastanesi, Ankara
- ⁸⁾ Bolu Mengen Aile Sağlığı Merkezi, Bolu
- ⁹⁾ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana
- ¹⁰⁾ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Vasco da Gama Movement (VdGM), WONCA Avrupa ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından desteklenen, üyeleri tam zamanlı aile hekimliği asistanları ve uzmanlığının ilk beş yılı içerisinde bulunan aile hekimlerinden oluşan bir topluluktur. Amacı; uzmanlık eğitiminde kaliteyi arttırmak, Avrupa çapında çok merkezli araştırmalar ve ülkeler arası değişim programları düzenlemek, asistan ve genç uzmanların sorunlarını tartışabilecekleri ve çözümler üretebilecekleri bir iletişim ağı kurarak uzmanlık eğitiminde kaliteyi arttırmaktır.

Ülkemizde çalışmalarına devam eden Vasco da Gama Hareketi (VdGM) Türkiye Ekibi'nde 04.11.2019 tarihi itibariyle yeni bir görev dağılımı yapılmıştır. Buna göre Türkiye Temsilcisi Uzm. Dr. Berk Geroğlu, Değişim Koordinatörü Uzm. Dr. Demet Merder Coşkun ve Kampanyalar/ Politikalar Koordinatörü Dr. Öğr. Üyesi Canan Tuz görev sürelerini tamamlayarak bayrağı yeni ekip arkadaşlarımıza devretmişlerdir. Kendilerine ve henüz görevlerine devam etmekte olan arkadaşlarımız Uzm. Dr. Demet Yılmaz ve Uzm. Dr. Süheyla Atalay Kahraman'a, ayrılmakta olan ekiple birlikte çalışmış değerli arkadaşlarımız Uzm. Dr. Fikret Merter Alanyalı ve Dr. Öğr. Üyesi Fethi Sada Zekey'e ekibimize bugüne kadar sundukları sonsuz destekleri ve katkıları için çok teşekkür ediyoruz.

VdGM Türkiye Temsilciliği için Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Merkez Yürütme Kurulu (MYK) tarafından Uzm. Dr.

Halil Volkan Tekayak atanmıştır. Ayrıca TAHUD MYK tarafından arkadaşlarımızın ayrılması sebebiyle boşalan koordinatörlük görevleri için de atama yapılmıştır. Buna göre son durumda atamalar sonrası oluşan yeni VdGM Türkiye ekibi aşağıdaki kişilerden oluşmaktadır:

- Türkiye Temsilcisi: Uzm. Dr. Halil Volkan Tekayak
- Exchange Koordinatörü: Uzm. Dr. Ali Öztürk
- Campaign & Policy Koordinatörü: Asistan Dr. İkbâl Hümay Arman
- Image Koordinatörü: Asistan Dr. Rabia Eroğlu Kılaç
- Awards & Fundraising Koordinatörü: Uzm. Dr. Süheyla Atalay Kahraman
- Events Koordinatörü: Uzm. Dr. Demet Yılmaz

VdGM Türkiye ekibine uzun yıllar başkanlık etmiş meslektaşımız Uzm. Dr. Berk Geroğlu'nun VdGM Avrupa Genel Sekreterliği görev süresi Haziran 2020'de Berlin'de düzenlenecek olan WONCA Avrupa Kongresi'nden önce gerçekleştirilecek VdGM Berlin Prekonferansı'na kadar devam etmektedir. Dileriz ki gelecekte VdGM Avrupa Yönetim Kurulu'nda birçok alanda ülkemizden genç meslektaşlarımız bizleri temsil etmeye ve WONCA Avrupa Başkanımız Prof. Dr. Mehmet Ungan önderliğinde uluslararası mecralarda görev yapmaya devam ederler.

Bu vesileyle, VdGM Türkiye ekibine bugüne kadar her zaman koşulsuz destek veren, biz gen-



Resim 2:

çlerin fikirlerine büyük değer veren ve daha ileriye gitmemiz için ellerinden geleni sonuna kadar yapan başta değerli TAHUD Merkez Yönetim Kurulu Üyeleri'ne, kongrelerinde bizlere her zaman genç meslektaşlarımıza ulaşabilme konusunda fırsat veren Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Aile Hekimliği Güz Okulu, Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi ve Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi'nin değerli Düzenleme Kurulu Üyeleri'ne, bizleri koşulsuz destekleyen aile hekimliği anabilim dallarındaki ve eğitim-araştırma hastanesi aile hekimliği kliniklerindeki değerli akademisyenlere, VdGM Türkiye Ekibi'nin geçmiş dönemlerinde aktif görev yapan, desteklerini bugüne kadar tüm süreçlerde arkamızda hissettiğimiz değerli hocalarımıza ve meslektaşlarımıza, VdGM'ye destek veren ve etkinliklerinde yer alan tüm genç meslektaşlarımıza bir kez daha çok teşekkür ederiz.

VdGM Türkiye ekibi olarak ülkemizde aile hekimliği ile ilgili düzenlenen her etkinlikte genç meslektaşlarımıza ulaşabilme çabası içerisindeyiz. 2019 yılı içerisinde VdGM Türkiye ekibi olarak yaptığımız çalışmalar kronolojik sırayla detaylı olarak anlatılmıştır:

Vasco da Gama Hareketi Türkiye ekibi olarak, 2020-2021 dönemi 7. VdGM Forum'a, "Herkes için sağlıklı bir hayat; sağlıkta eşitlik: Göçmenler" temasıyla başvurduk. Dünyadaki savaşlar nedeniyle kitleler halinde göçler gerçekleşirken, bu göçler aynı zamanda insan sağlığı için çok büyük

tehdit oluşturmaktadır. Sağlıklı bir yaşamın herkesin hakkı olduğuna inanarak çıktığımız bu yolda, göç krizinin neden olduğu sağlık sorunlarını ve göçmenlere verilen sağlık hizmetleri konusundaki tecrübelerimizi tüm dünyadaki meslektaşlarımızla paylaşmak istedik.

7.VdGM Forum'a tarihi ve kültürel zenginlikleriyle ülkemizin en güzel şehirlerinden biri olan İzmir kenti ile aday olduk. Forumun öncesinde yapılacak olan değişim programı dahil tüm bilimsel ve sosyal program göçmen sağlığı konusunu yenilikçi bir biçimde vurgulayacak şekilde planlandı (**Resim 1**). VdGM Türkiye ekibimiz, VdGM Forum için başvurduğu adaylığı kazanamamış olsa da oylamada oldukça başarılı bir sonuç elde etmiştir. Bu alandaki çalışmalarımıza yeni etkinlikler için adaylık başvuruları yaparak devam edeceğiz. 27-29 Eylül 2019 tarihleri arasında İtalya'nın Torino kentinde düzenlenen 6.VdGM Forum'un yedincisi 2021 yılında Birleşik Krallık'ın Edinburg şehrinde gerçekleşecektir.



Resim 1:



21-25 Mart 2019 tarihleri arasında Edirne’de gerçekleştirilen 7. Trakya Aile Hekimliği Kongresi’nin hemen öncesinde düzenleme komitesi ve VdGM Türkiye iş birliği ile iki gün süren VdGM Edirne Konferans Değişim Programı gerçekleştirildi. Programa İngiltere’den Muddasar Ahmed, İspanya’dan Kelly Baldeon ve Slovenya’dan Nina Skubin kabul edildi.

Katılımcılar, 19 Mart 2019 Pazartesi günü Edirne Şehirlerarası Otobüs Terminali’nde karşılanarak kendilerine Trakya Üniversitesi Ayşekadın Aile Sağlığı Merkezi’nde Türkiye’deki aile hekimliği uygulamasını tanıtan sunum yapıldı. 20 Mart 2019 Salı günü sosyal programa ek olarak Havsa ve Uzunköprü Aile Sağlığı Merkezleri’ne gidilerek kırsal hekimlik örnekleri yerinde gözlemlendi. 21 Mart 2019 Çarşamba sabah Trakya Üniversitesi Ayşekadın Aile Sağlığı Merkezi ziyaret edilerek kentsel hekimlik örneği yerinde gözlemlendi. **(Resim 1).**

21-23 Mart 2019 tarihleri arasında 7.Trakya Aile Hekimliği kongresine katılan değişim programı katılımcıları, 23 Mart 2019 Cuma günü “Living with chronic conditions: Hopes and dreams in the eyes of VdGMians” isimli panelde konuşmacı olarak yer aldılar. Yoğun katılımı gerçekleşen panelde misafirlerimiz kendi ülkelerinde kronik hastalıklar

kapsamındaki uygulamalardan bahsettiler. Program aralarında ve akşamları gerçekleştirilen sosyal programlar sayesinde değişim program katılımcıları Türk Kültürü’nü yakından tanıma imkânı buldular. Değişim programı süresince katılımcılar, Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda görev yapan Arş. Gör. Dr. Gülden Özdemir ve Arş. Gör. Dr. Atakan Burç tarafından evlerinde misafir edildiler. Değişim programı boyunca ekibe VdGM Türkiye Değişim Koordinatörü Uzm. Dr. Demet Merder Coşkun da eşlik etti.

24 Mart 2019 Cumartesi günü Edirne’den güzel anılarla ayrılan değişim programı katılımcıları, VdGM Türkiye Değişim grubu üyesi Uzm. Dr. Ali Öztürk öncülüğünde organize edilen ve iki gün süren kültürel İstanbul turunun ardından ülkemize veda ettiler. 7.Trakya Aile Hekimliği Kongresi Düzenleme Kurulu’na, aile sağlığı merkezlerini ve evlerini değişim programı katılımcılarına açan değerli meslektaşlarımıza VdGM’ye olan katkıları için çok teşekkür ederiz.

Bu yıl 25-28 Nisan 2019 tarihleri arasında düzenlenen 18. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi’nde VdGM Ekibi’nin talebi ve düzenleme kurulunun da desteğiyle 26 Nisan 2019 Cuma günü kongre resmi açılışı öncesi yarım günlük “Precongress Meeting” ülkemizde ikinci kez yapıldı. Ekip



Resim 3:

olarak aylar öncesinden hazırlıklara başlandı ve genç meslektaşlarımız için bu yarım günlük buluşmada aile hekimliğinde kariyer planlama, bebek-çocuk ve ergen izlemleri, gebe ve lohusa izlemleri, periyodik sağlık muayeneleri ve palyatif bakım konularının işlenmesine karar verildi. Toplantı WONCA Avrupa Başkanımız Prof. Dr. Mehmet Urgan ve kalabalık bir dinleyici grubuyla ana salonda gerçekleştirildi.

Toplantıya Uzm. Dr. Hakan Mut tarafından “Aile Hekimliğinde Kariyer Planlama” kahvaltılı oturumuyla başlandı. Program; Uzm. Dr. Halil Volkan Tekayak’ın “Bebek, Çocuk ve Ergen izlemi”, Uzm. Dr. Demet Merder Coşkun’un “Gebe ve Lohusa İzlemleri”, Uzm. Dr. Demet Yılmaz’ın “Periyodik Sağlık Muayeneleri”, Dr. Öğr. Üyesi Canan Tuz’un “Palyatif Bakım” konularını anlattığı “7’den 77’ye Aile Hekimliği” paneliyle devam etti.

Başarılı bir şekilde tamamlanan oturumlar sonunda WONCA Avrupa Başkanımız Prof. Dr. Mehmet Urgan söz alarak gençlere olan desteğini ve güvenini bir kez daha yineleyerek bu işin bir bayrak yarışı olduğunu ve bizlerin bu bayrağı devralmak için var olduğunu bir kez daha hatırlattı. Bizler de Avrupa’daki görevi süresince çeşitli zorluklarla karşılaşan Sayın WONCA Avrupa Başkanımızın her zaman yanında olduğumuzu, Kongre Düzenleme Kurulu’nun da destekleriyle hazırladığımız Ay Yıldızlı balonlar ve destek mesajları içeren

mini pankartlarla göstermeye çalıştık. Her etkinlikte olduğu gibi; tüm dinleyicilerimizin ve WONCA Avrupa Başkanımızın ve Kongre Düzenleme Kurulu’ndaki değerli hocalarımızın katılımlarıyla bir VdGM etkinliği daha hep birlikte fotoğraf çekirilerek sona erdi (**Resim 2**).

Bu yıl 16-20 Ekim tarihleri arasında düzenlenen 13. Aile Hekimliği Güz Okulu’nda, 19 Ekim 2019 Cumartesi günü VdGM oturumu yapıldı. Oturuma konuşmacı olarak; VdGM Türkiye Temsilcisi Uzm. Dr. Berk Geroğlu, VdGM Etkinlikler Koordinatörü Uzm. Dr. Demet Yılmaz, VdGM Kampanyalar Koordinatörü Dr. Öğr. Üyesi Canan Tuz ve VdGM Değişim Koordinatörü Uzm. Dr. Demet Merder Coşkun katıldı. Oturumda tam zamanlı aile hekimliği asistanlarına ve ilk beş yılı içindeki aile hekimliği uzmanlarına Vasco da Gama Hareketi tanıtıldı. Tanıtım kapsamında; hareketin adı, anlamı, amacı ve hedefleri konuşuldu.

Ardından VdGM Türkiye Ekibi yapılanması ve etkinlikleri anlatıldı. Daha sonra VdGM’nin burs ve ödül imkanlarından bahsedildi. Türkiye’den daha önce VdGM kapsamında burs ve ödül almış arkadaşların başarı öyküleri paylaşıldı ve burs ve ödül başvurusu için önemli ipuçları verildi. VdGM’nin en dinamik alanı olan değişim programlarından bahsedildi. Değişim programlarına katılma koşulları ve yaklaşan başvurular hakkında bilgilendirilme yapıldı. İnteraktif katılımı daha



Resim 4:

önce değişim programıyla yurt dışı deneyimleri olan arkadaşlar söz alarak ilginç anılarını paylaştılar.

Ayrıca değişim programlarına ülkemizde ev sahipliği yaparak misafir kabul eden arkadaşların geri bildirimlerine yer verildi. 13. Aile Hekimliği Güz Okulu'nda bu yıl bir ilk gerçekleşti, katılan asistan arkadaşlar arasında çekilişle bir kişiye aile hekimliğinin en değerli kaynak kitaplarından biri olan ve TAHUD MYK öncülüğünde dilimize çevrilerek yayınlanan "Rakel, 2018 Türkçe Baskısı" hediye edildi. Çekiliş için katkıda bulunan TAHUD MYK'ya, VdGM Türkiye Ekibi'nin genç meslektaşlarımızla buluşmasını sağlayan Türkiye Aile Hekimliği Vakfı (TAHEV)'e ve Kongre Düzenleme Kurulu'na çok teşekkür ederiz (Resim 3).

Bu yıl 31 Ekim-2 Kasım 2019 tarihleri arasında düzenlenen 18.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde 31 Ekim Perşembe günü kongrenin ana salonunda kongre düzenleme kurulunun desteğiyle planlanan VdGM oturumunda VdGM Türkiye Ekibi'nden Uzm. Dr. Hakan Mut tarafından VdGM tanıtımı yapıldı. Uzm. Dr. Ali Öztürk tarafından 2019 yılında gerçekleşen ve gerçekleşecek olan değişim programları hakkında bilgi verildi.

VdGM ile daha önce İtalya'nın Torino kentinde düzenlenen değişim programına ve VdGM Forum etkinliklerine katılan Uzm. Dr. Hülya Güç tarafından da değişim program ve forum süresince edindiği deneyimler detaylandırılarak oturuma katılan meslektaşlarımızla paylaşıldı. Bilgilendirme sunumları sonrası oturuma soru-cevap kısmı ile devam edildi ve o tarihlerde VdGM İmaj Koordinatörlüğü görevini yürüten, kongre sonrasında VdGM Türkiye Temsilcisi olarak görevine başlayan Uzm. Dr. Halil Volkan Tekayak ve diğer konuşmacılar katılımcıların sorularını cevaplayarak oturuma katılan genç meslektaşlarımızı VdGM etkinliklerine katılım konusunda motive ettiler.

Oturumun son kısmında katılımcılardan geribildirim alındı. Bu geribildirimlerde VdGM değişim programlarına katılmayı göz korkutucu ve

imkansız olarak gören katılımcıların fikirlerinin oturum sonrasında en kısa sürede değişime katılma ve ekipte yerini almak olarak değiştiği gözlemlendi. Oturumumuz TAHUD MYK Üyeleri'nin, bizleri daima destekleyen hocalarımızın ve dinleyicilerin katılımıyla birlikte gerçekleşen fotoğraf çekimiyle sona erdi (Resim 4). VdGM ailesinin daha da genişlemesine vesile olan bu oturum ilk meyvesini, Hollanda'da Ocak 2020'de düzenlenecek olan konferans değişim başvurusu için yapılan duyuruya başvuranların çoğunun kongrede düzenlediğimiz oturuma katılanlar arasından olması ile verdi.

Yazımızın bu kısmında VdGM alt çalışma koordinatörlüklerini ve ülkemizde bu işi sürdüren koordinatörlerimizi gelin daha yakından tanıyalım:

1. Türkiye Temsilciliği

VdGM'de yer alan bütün ülkelerin bir Avrupa Konsey üyesi mevcuttur. Bu konsey üyesi, gerçekleştirilen Avrupa Konseyi toplantılarında ülkesinin VdGM'deki rolü ve gelişimi gibi pek çok konuda temsilcilik sorumluluğunu üstlenir. Aynı zamanda ülkemizde düzenlenen VdGM etkinliklerinin yürütülmesini ve bireysellikten uzak bir ekip olarak hareket edilmesi konusunda VdGM koordinatörlerinin organizasyonunu sağlar.

VdGM Türkiye Temsilcisi Uzm. Dr. Halil Volkan Tekayak; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2012 yılında mezun olmuştur. Mezuniyet sonrası ilk görev yeri olan Şanlıurfa Halfeti Toplum Sağlığı Merkezi'nde 18 ay sorumlu tabip ve ilçe sağlık müdürü olarak çalıştıktan sonra; 2014 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda başladığı uzmanlık eğitimini 2017 yılında başarıyla tamamlayarak uzman olmuştur.

Uzmanlık eğitimi ardından Devlet Hizmet Yüklümlülüğü'nü ise Şanlıurfa-Halfeti 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde tamamlamıştır. 2014 yılından beri VdGM Güney Bölgesi Değişim Koordinatörü ve 2015 yılından beri VdGM İmaj Koordinatörü olarak ekip içerisinde çalışmaktadır. 2018 yılından

bu yana ise TAHUD Adana Şube Başkanı olarak görev yapmaktadır. Halen Adana-Seyhan Gülpınar Aile Sağlığı Merkezi'nde Aile Hekimliği Uzmanı olarak çalışmakta olan VdGM Türkiye Temsilcimiz'e volkantekayak@gmail.com adresinden ulaşabilirsiniz.

2. Exchange (Değişim) Koordinatörlüğü

VdGM Değişim grubu, Avrupa'nın dört bir yanındaki WONCA üyesi ülkelerde düzenlediği değişim programları ile tam zamanlı aile hekimliği asistanları ve genç aile hekimliği uzmanlarının farklı ülkelerdeki aile hekimliği uzmanlık eğitimlerini, aile hekimliği uygulamalarını ve kültürlerini gözlemleyerek tanımalarını sağlamaktadır.

Programlardan ilki birçok katılımcının aynı anda bir ülkeye misafir olduğu, klinik gezileri ve sosyal programları içeren ve kongre katılımı ile sonlanan Konferans Değişim Programı'dır. Bir diğeri tek bir katılımcının istediği zaman, istediği ülkedeki bir kliniğe misafir olduğu iki hafta süren Hippokrates Değişim Programı'dır. Her yıl Avrupa çapında gerçekleştirilen Hippokrates değişim programları arasından en iyileri Hippokrates ve Claudio Carosino Ödülleri'ne layık görülmektedir.

Ülkemizde VdGM Değişim Koordinatörlüğü'nü yürüten Uzm. Dr. Ali Öztürk, 2013 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Mezuniyet sonrası Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Acil Tıp Hekimi olarak görev yapmış ve 2014 yılında İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde aile hekimliği asistanlığına başlamış ve 2017 yılında başarıyla asistanlık eğitimini tamamlamıştır.

Uzmanlık eğitimi sonrası Devlet Hizmet Yüklümlülüğü hizmetini yapmak üzere Bolu Mengen İlçe Devlet Hastanesi'ne atanan koordinatörümüz, 14 ay aynı hastanenin başhekimlik görevini yürüttükten sonra idari görevinden ayrılmış ve halen Bolu Mengen Aile Sağlığı Merkezi'nde Aile Hekimliği Uzmanı olarak görev yapmaktadır. TAHUD

üyesi olan VdGM Değişim Koordinatörü'müze hippokratesturkey@gmail.com adresinden ulaşabilirsiniz.

3. Campaign / Policy (Kampanyalar / Politikalar) Koordinatörlüğü

VdGM Kampanyalar / Politikalar grubu aile hekimliğinin geleceğe yönelik sağlık politikaları için genç aile hekimlerinin sesi olması, yürütülen çeşitli kampanyaların ülkemizde duyurulması ve yürütülmesinden sorumludur. VdGM'yi tam zamanlı aile hekimliği asistanları ve uzmanlığının ilk beş yılındaki meslektaşlarımıza tanıtmayı; ulusal ve uluslararası kuruluşlar ile aile hekimliğinin geliştirilmesi için birlikte çalışmayı hedefler.

Ülkemiz Kampanya/Politika Koordinatörü Arş. Gör. Dr. İkbal Hümay Arman; 2015 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. İstanbul İl Ambulans Servisi'nde 2015-2016 yılları arasında Devlet Hizmet Yüklümlülüğü hizmetini tamamladıktan sonra 2017 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başlamış ve halen burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır. Koordinatörümüz aynı zamanda İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisidir. TAHUD üyesi olan VdGM Türkiye Kampanyalar/Politikalar Koordinatörümüz'e ikbalhumay@gmail.com adresinden ulaşabilirsiniz.

4. Image (İmaj) Koordinatörlüğü

VdGM İmaj Koordinatörlüğü, ulusal ve uluslararası etkinliklerde VdGM içeriğine yönelik logo, afiş, video vb. tasarlayarak hitap ettiğimiz gruptaki meslektaşlarımız arasında görsel ve işitsel algıyı artırarak daha geniş topluluklara ulaşmayı hedefler. Ayrıca, VdGM'ye ait duyuruların güncellenmesi, VdGM'nin sosyal medya ve web sitesindeki görünürlüğü'nün artırılması da amaçları arasındadır.

Ülkemizde VdGM İmaj Koordinatörlüğü görevini sürdüren Arş. Gör. Dr. Rabia Eroğlu Kılaç; Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2017

yılında mezun olduktan sonra ilk görev yeri olan Gaziantep Araban Devlet Hastanesi'nde devlet hizmet yükümlüsü olarak 3 ay Acil Tıp Hekimliği yapmıştır. 2018 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda asistanlık eğitim süreci başlamış olup halen devam etmektedir. 2018 yılından bu yana ise TAHUD Adana Yönetim Kurulu'nda görev yapmakta olan VdGM İmaj Koordinatörümüze rabiaeroglu@yahoo.com.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

5. Awards-Fundraising (Ödüller/Burslar) Koordinatörlüğü

VdGM Ödüller ve Burslar Grubu, WONCA Avrupa ve diğer WONCA bölgelerine ait burs duyurularını ve WONCA çatısı altında düzenlenen kongre burslarını düzenli olarak takip ederek ülkemizdeki meslektaşlarımızla paylaşılmasını sağlar. Ayrıca WONCA alt çalışma gruplarının geleneksel olarak her yıl verdiği ödülleri de düzenli olarak takip edip duyurulmasını ve meslektaşlarımızın bu burslara başvurusunu teşvik eder. Ülkemizde düzenlenen kongre ve toplantılarda VdGM Etkinlikler Koordinatörlüğü ile işbirliği içinde düzenleme kuruluyla iletişime geçerek katılımcılara indirim, burs imkanının sunulması ile oturumlarda hediyelik çekişleri yapılmasını organize eder.

Ülkemizde VdGM Ödüller ve Burslar Koordinatörlüğü'nü yürüten Uzm. Dr. Süheyla Atalay Kahraman; Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2012 yılında mezun olmuştur. Mezuniyet sonrası devlet hizmet yükümlüsü olarak Ağrı, Merkez Toplum Sağlığı Merkezi'ne atanmış ve Ağrı, Toplum Sağlığı Merkezi, Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı Birim Sorumlusu olarak bir yıl süreyle görev yapmıştır.

2014 yılında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda başladığı asistanlık eğitimini, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda başarıyla bitirerek 2017 yılında uzman olmuştur. Uzmanlık eğitimi

ardından Devlet Hizmet Yükümlülüğü hizmetini Afyon Dazkırı İlçe Entegre Devlet Hastanesi'nde yapmıştır. TAHUD ve EURACT üyesi olan koordinatörümüz halen Denizli Saltak Aile Sağlığı Merkezi'nde Aile Hekimliği Uzmanı olarak görev yapmaktadır. VdGM Türkiye Ödüller ve Burslar Koordinatörümüze shyl.atalay@gmail.com adresinden ulaşabilirsiniz.

6. Events (etkinlikler) Koordinatörlüğü

VdGM Etkinlikler Grubu, dünya genelinde tüm tam zamanlı aile hekimliği asistanlarını ve ilk beş yılındaki uzmanları biraraya getirmek; deneyimlerini ve vizyonlarını paylaşma fırsatı yaratmak için yıllık prekonferanslar ve forumlar düzenlemektedir. VdGM Etkinlikler Grubu tarafından düzenlenen bu prekonferans ve forumlar, meslektaşlarımızla fikir alışverişinde bulunarak, global düşünme ve bölgesel harekete geçmeyi; bu doğrultuda yüksek standartlarda sağlık hizmeti vermeyi amaçlamaktadır. Ayrıca ülkemiz içinde düzenlenen kongre ve toplantılarda düzenleme kuruluyla iletişime geçerek genç meslektaşlarımızla buluşmamızı sağlayan VdGM toplantıları organize etmek görevleri arasındadır.

Ülkemizde VdGM Etkinlikler Koordinatörlüğü'nü yürüten Uzm. Dr. Demet Yılmaz 2010 yılında İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Mezuniyet sonrası Devlet Hizmet Yükümlülüğü süresince İstanbul İli, Kağıthane İlçesi 7 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde 2 yıl boyunca aile hekimliği yapmıştır.

Sonrasında 2013 yılında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başladığı asistanlık eğitimini 2016 yılında başarıyla bitirerek uzman olmuştur. TAHUD üyesi olan koordinatörümüz halen Kastamonu Devrekani İlçe Devlet Hastanesi'nde Aile Hekimliği Uzmanı olarak çalışmaktadır. VdGM Türkiye Events Koordinatörümüze demet-yilmaz@hotmail.com adresinden ulaşabilirsiniz.

**Birlikte uzak ufuklara ulaşmak dileğiyle,
VdGM Türkiye Eski ve Yeni Ekibi**