

Doktorlar Arasında Madde Kötüye Kullanımı Bir Sorun mu?

Dr. Yıldız AKVARDAR¹, Dr. Ahmet TÜRKCAN², Dr. Duran ÇAKMAK³

ÖZET

Günümüz tıp dünyasında, doktorlarda madde kullanımı sadece kendi sağlıkları açısından değil, sorumlu oldukları hastaları etkilemesi nedeniyle de ilgi odağı olmaktadır. Doktorlar tedavi ve önleme çalışmalarıyla ya da toplum için rol modelleri oluşturarak toplumun sağlığını etkilemektedirler. Doktorlar arasında madde kötüye kullanım yaygınlığı ile ilgili veriler eksiktir. Doktorlarda madde kötüye kullanım yaygınlığının genel toplumla benzer ya da daha yüksek olduğu konusunda tam bir uzlaşma yoktur.

Doktorlar sigara ve yasal olmayan maddeleri (marihuana, kokain, eroin gibi) kendi yaş gruplarına oranla daha az, alkol, benzodiazepinler ve minör opioidleri daha fazla kullanma eğilimindedirler. Mesleki uygulamalarının zorlayıcı ve duygusal gerginliğe neden olan yapısı, enjeksiyon ve opiyat kullanımına karşı tabunun aşınması ve özellikle maddelere kolay ulaşabilmeleri nedeniyle doktorlar bağımlılık açısından risk grubudurlar. Madde kullanımını başlatan faktörler arasında en sık kronik ağrı ve hastalık, ikinci sırada eşin ya da çocuğun ölümü gibi ailesel bir trajedi; üçüncü olarak bağımlı eşin varlığı belirtilmiştir. Stres, aşırı iş yükü ve evlilik sorunları da vurgulanmıştır.

Ülkemizde doktorlarda madde kullanımına ilişkin veri bulunamamıştır. Bu yazıda genel olarak doktorlarda madde kullanım yaygınlığı, tercih maddeleri, bağımlılığın gelişimi, tedavi ve prognoza ilişkin bilgilerin gözden geçirilmesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Tedavi Merkezi'ne (AMATEM) başvurusu olan 3 olgu ele alınarak konunun öneminin tartışılması amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Doktorlar, madde kullanımına bağlı bozukluklar, tedavi, sonlanım

SUMMARY: Is Substance Abuse Among Physicians a Problem?

In today's medical community, there is growing concern about substance use among physicians, not only because of their own health, but also because of the potential adverse effects on their clinical practices. Physicians affect public health both by treatment and preventive studies and as role models. Prevalence data concerning substance abuse are generally lacking. There is no consensus on the rates of substance abuse being higher among physicians than among the general public. Physicians are less likely to smoke cigarettes and use illicit substances (like marijuana, cocaine and heroin) and more likely to use alcohol and two types of prescription medications-benzodiazepines and minor opioids-compared with their age groups. Doctors are at special risk of developing addiction problems owing to the strain of medical practice, erosion of the taboo against injecting and using opiates, and particularly access to supplies. The most common precipitating factors mentioned are physical pain and illness, usually chronic, with family tragedy such as death of a wife or child next. The third most common factor is an addicted wife. Stress, overwork and marital problems are also mentioned. No data were found about physicians' substance use in Turkey. This article generally aims to review the knowledge on the prevalence of substance use among physicians, the drug of choice, the development of dependence, the treatment and prognosis and to discuss the importance of this issue by evaluating three cases treated at the Alcohol and Drug Addiction Treatment and Research Center (AMATEM), Bakırköy State Hospital for Mental and Neurological Diseases.

Key Words: Physicians, substance-related disorders, treatment, prognosis

¹Yrd. Doç., Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak., Psikiyatri AD., ²Uzm., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, ³Doç., Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Tedavi Merkezi (AMATEM).

GİRİŞ

Günümüz tıp dünyasında madde bağımlılığı ve psikiyatrik hastalık nedeniyle sağlıkları bozulan doktorlara karşı artan bir ilgi vardır. Doktorlarda madde kullanımı sadece kendi sağlıkları açısından değil, sorumlu oldukları hastaları etkilemesi nedeniyle de ilgi odağı olmaktadır. Doktorlar, hastalıkları tedavi ve önleme çalışmalarıyla ya da toplum için rol modelleri oluşturarak toplumun sağlığını etkilemektedirler (Gray ve ark. 1998). Madde bağımlılığı nedeniyle sağlığını yitiren doktor hem meslek hem de toplum açısından bir ikilem oluşturmaktadır.

Doktorlar, mesleki uygulamalarının zorlayıcı ve duygusal gerginliğe neden olan yapısı, enjeksiyon ve opiyat kullanımına karşı tabunun aşınması ve özellikle maddelere kolay ulaşabilmeleri nedeniyle bağımlılık problemleri geliştirme konusunda risk altındadırlar (Strang ve ark. 1998). Madde kullanımını başlatan faktörler arasında en sık kronik ağrı ve hastalık, ikinci sırada eşin ya da çocuğun ölümü gibi ailesel bir trajedi, üçüncü olarak bağımlı eşin varlığı belirtilmiştir (Green ve ark. 1976). Stres, aşırı iş yükü ve evlilik sorunları da vurgulanmıştır. Literatürde doktorlarda madde kullanımına ilişkin bilgilerin çoğunlukla Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İngiltere kaynaklı olduğu görülmektedir. ABD’de eyaletlerde doktorlara yönelik sağlık programlarında bağımlılık önemli yer tutmaktadır, olguların %80-94’ü alkol-madde bağımlılığıyla ilgilidir (Aristeiguieta 1998).

Ülkemizde ise doktorlarda sigara kullanımı dışında alkol-madde kullanımına ilişkin veri bulunamamıştır, bu konuda derin bir sessizlik söz konusudur. Bu yazıda genel olarak doktorlarda madde kullanım yaygınlığı, tercih maddeleri, bağımlılığın gelişimi, tedavi ve prognoza ilişkin bilgilerin gözden geçirilmesi ve AMATEM’e başvurusu olan 3 olgu ele alınarak konunun öneminin tartışılması amaçlanmıştır.

Doktorlarda madde kullanım yaygınlığı genel toplumdan farklı mıdır?

Doktorlar arasında madde kötüye kullanım yaygınlığı ile ilgili veriler genel olarak eksiktir (Brewster 1986; Weir 2000). Yayınlanmış verilerin, "temsili" gücü olmayan tanımlayıcı çalışmalara dayanması, diğer toplumlarla kıyaslamayı güç-

leştirmektedir. Doktorlarda madde kötüye kullanım yaygınlığının genel toplumla benzer ya da daha yüksek olduğu konusunda tam bir uzlaşma yoktur.

Hughes ve arkadaşları (1992), ABD’de doktorların %7.9’unda kendi bildirdikleri alkol ve/veya madde kötüye kullanımı ya da bağımlılık olduğunu saptamışlardır. Doktorlar arasında alkolizm ve yasal olmayan madde kullanım yaygınlığı genel topluma benzer olarak %9-15 arasında bildirilmektedir (Weir 2000).

İngiliz Tıp Derneği, Genel Tıp Konseyi’ne (General Medical Council) etik sorunlarla sevk edilenlerin 2/3’ünde alkol ya da madde kötüye kullanımı olduğunu ve İngiltere’de her 15 doktordan birinde bir çeşit kimyasal bağımlılığı olabileceğini bildirerek, konunun yeterli ele alınmadığını belirtmişlerdir (Alcoholism&Drug Abuse Weekly 1998). İngiltere’de yapılan bir çalışmada asistanların alkol kullanım yaygınlığı %93 bulunmuş ve her iki cinsiyet içinde kullananların %60’ından fazlasının güvenli sınırları (erkekler için haftada 22, kadınlar için 15 standart içkiden daha fazla alkol tüketimi) aştığı belirlenmiştir (Birch ve ark. 1998). Erkek asistanların %35’i, kadın asistanların %19’u araştırma yapıldığı tarihte esrar kullanmakta olup, %11’i esrarı düzenli aralıklarla (hafta, ay) kullanmaktadır. Yasal olmayan madde kullanımının nedeni olarak en sık "zevk alma" belirtilmiştir. Bu çalışmaya katılan asistanlar, tıp fakültesi ikinci yılında da benzer bir çalışmaya katılmışlardır. İki çalışmanın sonuçları kıyaslandığında alkol kullanımında artış saptanmıştır.

Katalonya’da 3000 doktorun madde bağımlısı olduğu tahmin edilmekte, en sık alkolizm görülmekte, bunu morfin ve diğer narkotiklerin kullanımları izlemektedir (Bosch 1998).

Doktorların tercih maddeleri nelerdir?

Green ve arkadaşlarının (1976) 1942-1974 arasında bildirdikleri 46 doktor bağımlı arasında en sık kullanılan madde meperidin hidroklorididir, ardından morfin, hidromorfon hidroklorid ve amfetaminler gelmektedir. Tıp fakültesi öğrencileri, kendi yaş gruplarındaki genel popülasyona göre daha fazla alkol, benzodiyazepin ve eroin dışı opiyat kullanmaktadırlar (Baldwin ve ark. 1991; Pickard ve ark. 2000). Özellikle benzodi-

yazepinlerin ilk kullanımı tıp fakültesi yıllarında başlamaktadır.

Hughes ve arkadaşlarının (1991) 1987'de ABD'de asistan doktorlarla yaptıkları çalışmada en sık kullanılan maddeler sırasıyla alkol, marihuana, sigara ve kokain olarak bulunmuştur. Madde kullanım yaygınlığı tıp fakültesi öğrencilerine benzerlik göstermekle birlikte, bazı önemli farklılıklar göstermektedir; yaşam boyu kokain kullanımı asistanlarda tıp öğrencilerine oranla biraz daha düşükken (%29.2'ye %32.5), benzodiyazepin (%22.7'ye %19.6) ve barbitürat (%8.5'a %7.3) kullanımları yüksektir. Benzodiyazepin ve reçeteli opiyat kullananların çoğu, bu ilaçları, doktorun ilk kez reçete yazma ayrıcalığını elde ettiği asistanlık döneminde kullanmışlardır. Halen benzodiyazepin ve opiyat kullananlar, bu ilaçları eğlence amaçlı değil, kendilerini tedavi etmek amacıyla aldıklarını belirtmişlerdir.

İngiltere'de doktorlar diğer meslek gruplarına göre en az tütün tüketen grupken, en çok alkol tüketen gruplar arasındadır (Wallace 2000). Bu sonuçta tütüne yönelik fakülte öncesi ve sonrası eğitimin etkinliğinin, tütün tüketimi ile hastalık arasındaki bağlantının güçlü kanıtları olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Alkol tüketiminin tıp fakültesi öğrencileri ve doktorlar arasında yüksek olmasında ise, alkolün risklerinin bilinmesine karşın günde 1-2 standart içki tüketimiyle koroner kalp hastalığı riskinin azalmasına ilişkin kanıtların olması, sigara gibi alkolde reklam kısıtlılığı olmaması ve alkollü içeceklerde "sağlığa zararlıdır" uyarılarının olmamasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bağımlılık süreci

Doktorlarda bağımlılık problemlerinin teşhis edilmesi sıklıkla kriz yaşantıları sonucu olmaktadır: madde etkisi nedeniyle ameliyatı bırakma sonucu, hastaların yakınmaları ya da işyerinde ilaçların çalındığının fark edilmesiyle. Aslında bu tür krizler tedavi için mükemmel olanak sağlarlar.

Collins'e göre (1991) doktorlarda bağımlılık tanısı koymak, sağlam (iyi yapılanmış) yadsıma sistemleri, eğitim ve deneyimden kaynaklanan sorunun fark edilmesini önlemedeki ustalıkları, doktorların madde kullanmayı mantıksallaştırıcı neden bulmadaki yetenekleri nedeniyle zordur. Genellikle aile sorunları madde kötüye kullanı-

mının ilk göstergesidir. Eşin, doktorun kendisine enjeksiyon yaptığını, kendisine reçete yazdığını (self-prescribing), ya da aile üyelerinin hastalıklarını kullanarak kendi kullanımı için ilaç temin ettiğini fark etmesiyle, bu konuya ilgi göstermesi tartışmalara neden olur. Kişilik değişimleri ve etik bozulma bunu takip eder, davranışlarda ve tutumda değişiklikler belirgindir, özellikle öfke patlamaları, çabuk sinirlenme, paranoya, uygun olmayan seksüel ve para harcama davranışları sık görülür. Madde etkisinde iken araba kullanma, evde şiddet, reçetelerdeki düzensizlikler yasal sorunlara yol açar. Bedensel sağlık, sıklıkla mesleki işlevlerden önce bozulur. Alkolizmden kaynaklanan lekeler gibi, madde kullanımının da izleri belirgindir; enjeksiyona bağlı septik, nekrotik deri lezyonları, sertleşmiş, fibrotik kas dokusu değişiklikleri görülür. En sonunda işe geç gelmeler ya da açıklanmayan devamsızlıklar şeklinde iş performansının bozulması belirginleşmeye başlar. Hastalar ve personel alkol kokusunu, konuşma peltekleşmesini ya da diğer entoksikasyon belirtilerini fark ederler, hasta ve personele uygunsuz davranış, uykulu olma ya da nöbette uyandırılmama, yanıtlanmayan telefonlar, kayıt tutmada yanlışlıklar, hatalı uygulamalar sıklıkla aile ve personel tarafından örtbas edilir. Doktorların madde kötüye kullanımları sıklıkla mantıklı bir nedenle başlamaktadır. Sık görülen örnekler; depresyon, böbrek taşı, irritabl barsak sendromu, kronik baş ağrısı, boyun ve sırt spazmlarıdır. İla- cın fiziksel veya psikolojik rahatsızlığına iyi geldiği fark edilince kullanım sürdürülür. Doktor kendi hastalığının tanı ve tedavi sorumluluğunu alır, kendine reçete yazma süreci başlar, sıklıkla kendi kendini tedavinin (self-medicating) daha 'uygun' olduğu ve daha az zaman harcandığı gibi bir özür bulunur. Bu kendine reçete yazma örneği "hastalığıma karşı işlevsel olabilmek için bu ilaca gereksinim duyuyorum" gibi bir rasyo- nelle sürdürülür. Sonuç olarak bağımlı doktor, hastalığının kendi kendini tedavi etmeksizin baş edilemez olduğunu hissetmeye başlar.

Olgu 1

Dr. A., 35 yaşında, erkek, bekar, genel cerrahi uzmanı. İlk kez 1992 yılında genel cerrahi ihtisası yaptığı kurum tarafından morfin ve alkol bağımlılığı tedavisi için AMATEM'e sevk edilen Dr. A, 5 ay önce ürolitiyazis nedeniyle 4 gün (1 amp/gün) petidin kullandığını belirtmiştir. Her-

hangi bir bağımlılık ölçütünü dolduracak bulgu tespit edilmeyerek 'patolojik sarhoşluk' tanısıyla yatarak tedavi görmüştür.

İhtisasını bitirdikten sonra askerlik yaptığı sırada 1995 yılında "opiyat kötüye kullanımı veya bağımlılığının araştırılması" amacıyla tekrar AMATEM'ne sevk edilmiştir. Sadece arasına alkol kullandığını belirten Dr. A'nın çalışma arkadaşlarıyla yapılan görüşmelerde farklı bir öykü elde edilmiştir: Dr. A, çalıştığı cerrahi servisi ve diğer servislerden çok miktarda petidin ve diazepam temin ettiğinin farkedilmesi üzerine, bu durumu ilaçları kanser hastası olan babasına vereceği şeklinde açıklamıştır. (Ancak babası memlekette sağlık işkolunda çalışan iki oğluyla birlikte yaşadığı için bu açıklama inandırıcı bulunmamış). 1992 yılında AMATEM'de tedavi gördüğünün öğrenilmesi üzerine de, alkol tedavisi gördüğünü, tedavisinin olumlu sonuçlandığını ve artık alkol kullanmadığını söylemiştir. Göreve başladığı ilk hafta bir ameliyata girmesi istenmiş, ancak hastada yanlış ameliyat kesisi yaparak bayıldığı için, ameliyatın seyrinin değiştiği ve bu olaydan sonra ameliyat verilmemesi kararı alındığı belirtilmiştir. Ayrıca çevre eczanelere de çok miktarda petidin borçlanmış olduğu öğrenilmiştir. Hasta babasının yanına gideceğini söyleyerek izin aldığı bir zamanda aslında babasının evde olduğu ve merak içinde Dr. A'yı hastaneden aradığı belirlenmiştir. Dr. A'nın bir nöbeti sırasında hemşireye gentamisin olduğunu söyleyerek yine petidin yaptırdığı öğrenilmiştir. Bu olaylar nedeniyle klinik şefi tarafından ihtisas yaptığı kurum aranmış, bu kurum tarafından Dr. A'nın madde bağımlılığı tedavisi gördüğü, ancak halen kullanımının devam ettiği belirtilmiştir. Klinik şefi kendisini tedavi olması için ikna etmeye çalışmış, ancak o an kabullendiği halde, sonra vazgeçtiği gözlenmiştir. Dr. A'nın servisten izinli ayrıldığı bir gün kendi otomobilinde, hastanenin hemen karşısında akan trafiğin ortasında, direksiyon başında sızıp kaldığı, trafiğin tıkanmasına neden olduğu, polisin olaya müdahalesiyle ve çevredekilerin tanınmasıyla hastaneye getirildiği öğrenilmiştir. Hastanın pantolonunda kan izleri, her iki femoral bölgede enjeksiyondan zedelenme, arabanın içinde ampul ve enjektörler bulunmuş, suisid girişimi olarak değerlendirilen bu olaydan sonra ailesine haber verilmiştir. Klinik şefi, Dr. A'nın petidin ve alkol kullandığını, kokudan korunmak için saf alkol kullandığını, hasta ile direkt ilişkide olması ve

ameliyata girmesinin büyük risk olduğunu vurgulamıştır.

Hastanede yattığı süre içinde petidin kullanımını inkar eden ve tedavi işbirliğinde bulunmayan Dr. A, izinli olduğu hafta sonunda alkolü olarak servise dönmesi üzerine taburcu edilmiş, poliklinik izlemine alınmıştır. Bu dönemde petidin ve diazepam kullanımı olan Dr. A'nın 13 gün sonra tekrar yatışı yapılmıştır. Öyküsünde 1988 yılında böbrek taşı nedeniyle ilk kez petidin kullandığını, o tarihten beri aralıklı olarak petidin ve diazepam, alprazolam gibi benzodiyazepinleri kullandığını, bir kez 15 gün sürekli alkol kullandığını belirtmiştir. Bu bulgularla petidin, benzodiyazepin ve alkol bağımlılığı tanısıyla, görevinin önemi dikkate alınarak 6 ay istirahati, bu sürede aktif doktorluk yaptırılmaması, ayaktan tedavisini sürdürmesi, 15 günde bir tıbbi kontrol önerilerek sağlık kurulu raporu düzenlenmiştir.

1995-1997 yılları arasında 15 ay istirahat raporu verilmiş bir kez daha bir bağımlılık kliniğinde yatarak tedavi görmüş, 1997 yılı sonunda 1.5 yıldır çalıştığı kurum tarafından görevini ifa edip edemeyeceğine dair rapor düzenlenmesinin istenmesi üzerine tekrar yatışı yapılmıştır. 1996 yılından itibaren alkol kullanmadığını, en son Nisan 1997'de bir hafta süreyle, hergün 50 mg petidin kullandığını, mesleki performansının iyi olduğunu belirtmiştir. Bu yatışı sırasında çalışma arkadaşlarıyla yapılan görüşmelerde, çalışmaya başladığı ilk aylarda olumlu izlenim veren Dr. A'da daha sonra davranış değişikliklerinin başladığı, babasının kanser olmasını kullanarak servisten petidin almaya başladığı, gece nöbetçi hemşirelerden petidin istediği, vermeyince tehdit edici sözler kullandığı, nöbetçi eczacı, yoğun bakımdan alma çabasına girdiği, çevre hastanelerden, nöbetçi eczanelerden, hatta çevre ilçelerdeki eczane ve hastanelerden petidin temin ettiği öğrenilmiştir. Petidin kullanımı nedeniyle işe gelme düzeninin bozulduğu, ameliyat saatini unuttuğu, ameliyat ortasında yorulup işi bıraktığı ya da yanlış karar verdiği, bazen ayakta duramayacak halde ameliyata girdiği gibi nedenlerle birkaç kez ameliyatın elinden alındığı belirtildi. Normal zamanlarda sakin, kibar, içe dönük bir yapısı olan Dr. A'nın, zaman zaman ajite olduğunun gözlemlendiği, nöbetlerde hemşirelerin şikayetine neden olan müstehcen konuşmalarının olduğu belirlenmiştir.

1998 yılı boyunca raporlu olarak poliklinik izlemleri sürdürülen Dr. A'nın 1995-1998 yılları arasında belirli aralıklarla yapılan tetkiklerinde benzodiyazepin kullanımı, saç örneği analizinde 29.6.1997-12.8.1997 tarihleri arasında petidin kullanımı saptanmıştır. 15.4.1998-13.7.1998 tarihleri arasında kullanmadığını gösteren saç testi raporu olmasına karşın, tekrarlanması istendiğinde saçını aşırı derecede kısa kestirmek suretiyle test uygulamasını engellediği, sağlık kurulu raporu hazırlığı sırasında bir hafta içindeki üç görüşmenin ikisinde %230 ve %145 düzeylerinde alkol kullandığı saptanmıştır. Dr. A'nın bağımlılık sürecinin kontrol altına alınamadığı, görevinin özelliği nedeniyle insan sağlığı ile doğrudan ilgili hekimlik görevini yerine getiremeyeceğine dair sağlık kurulu raporu verilmiştir.

Olguya ilişkin tanımlayıcı veriler (zaman, yer gibi) değiştirilerek verilmiştir.

Olgu 2

Dr. B, 29 yaşında, erkek, bekar, kulak burun boğaz hastalıkları asistanı. Çalıştığı klinikte petidin kaybının olması, son zamanlarda performansında düşüşlerin dikkati çekmesi ve çevre eczanelerden şikayetler üzerine klinik şefi tarafından tedavi amacıyla AMATEM'e sevk yapılmıştır. Dr. B, 1998 yılında geçirdiği ciddi trafik kazası ardından hastanede yatış döneminde uzun süreli petidin kullanıldığını söylemiştir. İyileştikten ve göreve başladıktan sonra zaman zaman ağrıları ve sıkıntısını gidermek için petidin kullandığını, petidinin bağımlılık yaptığını bilmediği, kendisinin farmakolojiyi seven bir öğrenci olduğunu, derslerde ve farmakoloji kitaplarında bu bilginin yer almadığını ısrarla belirtmiştir.

Olgu 3

Dr. C, 35 yaşında, kadın, bekar, anestezi ve reanimasyon uzmanı. Çalıştığı kurumda hakkında madde kullandığı söylentileri olması üzerine klinik şefiyle görüşerek madde kullanımının olmadığını ispat etmek üzere gerekli incelemelerin yapılması amacıyla AMATEM'e sevk edilmesini istemiştir. Görüşmelerde ısrarla madde kullanmadığını belirten, sadece otobüsle yolculuk öncesinde rahat uyuyabilmek için alprazolam kullandığını belirten Dr. C, bu söylentilerin ameliyathanelerde petidin kaybı olması ve kollarındaki enjeksiyon izleri nedeniyle çıktığını söylemiştir. Kol-

larındaki enjeksiyon izlerini zaman zaman kan basıncının yükselmesi nedeniyle kendisinden kan almasının sonucu olarak açıklamıştır. Anneannesinden öğrendiği bu yöntemin kendisini rahatlat- tığını belirtmiştir. Her görüşmeye kullanmadığını kanıtlamak için geldiğini ve bir an önce gerekenlerin yapılması istemini belirten hastanın idra- rında bağımlılık yapan madde metabolitleri nega- tif bulunmuş, ancak yapılan saç analizinde hasta- nın petidin, diazepam ve alprazolam kullanımı olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Bağımlı doktor olgusu üzerinde düşünmek is- temeyebiliriz ve önemli bir boyutta olmadığını söyleyerek rahatlayabiliriz. Ama ülkemiz için gerçek bu mu?

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığın ne- den olduğu hasta doktor sayısı ve sorunun yarat- tığı etkiler belirsiz olmasına karşın, bu konu önemlidir (Brewster 1986; Roy 1994; Weir 2000). Birçok doktor bu bozukluklar nedeniyle ya kendi istekleri dışında çalıştıkları hastane yö- netimlerinin sevk ya da aile veya arkadaşlarının başvurusu üzerine tedavi görmektedirler. Doktor- lar genellikle yardım arayışında bulunmazlar. Ta- nı koymak kadar bağımlı bir doktorun hastalığı kabul etmesi de diğer bağımlılara göre daha zor- dur. Tanınmaktan ve mesleki güvenilirliğini teh- likeye atmaktan korktuğu için, doktor bir tedavi merkezine başvurmak yerine kendi kendini teda- vi etmeyi tercih edebilir. İzolasyon ve yadsıma mekanizmaları, genellikle sessiz iş arkadaşları ta- rafından da desteklenir. İşyerinde bir problem ya- şanması sıklıkla hastalığın ilerlemiş olduğunu gösterir. Genellikle doktor tümüyle kapasitesini kaybedinceye ve görevden acilen alınması gere- kene dek bağımlılık tanısı konulamaz. Bu neden- le doktorlar iş arkadaşlarında madde kötüye kul- lanımını gösterebilecek davranış ve durumlara karşı uyanık olmalıdırlar.

Olguların maddeye başlangıç ve bağımlılık gelişim aşamaları literatürle büyük ölçüde örtüş- mektedir; maddenin ilk olarak fiziksel bir hasta- lık nedeniyle kullanılması, hasta olan yakını için madde temin etme girişimleri, çalıştıkları yerler- de ilaç kaybının fark edilmesi, reçete yazımında- ki düzensizlikler, iş performansındaki düşüş, ameliyathanede sorun yaşama gibi. İşyerlerinde-

ki sosyal baskı ve zorunlulukla tedaviye başvurdukları ve bağımlılığın artık tanınmamasının olması olmadığı aşamalarda oldukları görülmektedir. Bu konuda en önemli nedenin bağımlılığın baş edilmesi güç bileşeni olan ‘yadsıma’ olduğu düşünülmüştür. Bu savunma mekanizması hastalığı kabullenme sürecini, dolayısıyla tedaviye başvuruyu geciktirmektedir. Olgulardaki madde kullanımını mantıksallaştırma süreci de dikkat çekicidir; farmakoloji derslerinde petidinin bağımlılık yapıcı etkisinin anlatılmaması, hipertansiyonla baş edebilmek için kan alma yönteminin kullanıldığı açıklamaları, madde kötüye kullanımını yadsıma ve mantıksallaştırma ile ilgidir. Tedaviye başvuruda gecikmede diğer önemli etkenler, ülkemizde bağımlılığa bakış açısı, bağımlılıkla ilgili etiketlenme ve doktorun mesleğiyle ilgili kaygıları ve meslekten uzaklaştırılma korkusu olabilir. Bu nedenle bu konuda yapılacak araştırmalar anonim olmayı garanti etmelidir. Üç olguda da kullanılan madde petidindir. Genel olarak klinik gözlemlerimiz doktorlarda madde kötüye kullanımı ya da bağımlılık nedeniyle başvuruların alkol, petidin ve diazepam nedeniyle olduğunu göstermektedir.

Doktorların bağımlılık yapan ilaçlarla kendi kendini tedavi etme süreci üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Tıp öğrencileri ve doktorlar kontrollü reçeteli ilaçlarla kendi kendini tedavinin tehlikeleri konusunda duyarlılaştırılmalıdır (Hughes ve ark. 1992). Kanada bu konuda ulusal bir politika benimsemiştir. Kişinin kendini tedavi etme girişimi etik olmayan bir durum olarak tanımlanmaktadır, kişinin kendisi ya da yakın aile üyeleri için acil durumlar dışında narkotik ya da kontrollü ilaçları yazmaması gerektiği vurgulanmaktadır.

Madde kötüye kullanımı tedavi edilebilir bir hastalıktır. Bağımlı doktorların tedavisinde bazı zorluklar söz konusudur. Doktorların hasta rolünü kabullenmeleri zordur. Tedavi ekibi bağımlı doktorlara farklı yaklaşabilir, onlara daha çok meslektaş olarak davranabilirler, onlardan iyileşme, tedaviye uyum ve katılım için daha yüksek beklentileri olabilir. Bu sorunlara rağmen doktorlar genel topluma göre alkol-madde tedavi programlarına daha iyi yanıt veren bir gruptur (Galanter ve ark. 1990; Flaherty ve Richman 1993; Bohigian ve ark. 1996; Strang ve ark. 1998). Prognozun daha iyi olmasında, kullanımın

devam etmesi halinde meslekten uzaklaştırma gibi olumsuz sonuçlar etkili olabilir. Doktorlar için yapılandırılmış programlarda diğer bağımlı doktorlarla birlikte tedavi olmanın, zorunlu tedavinin, alkol-madde kullanımının kontrol edilmesi ve narkotikleri reçete etme yetkisinin yaşam boyu kaldırılmasının arınık kalma oranlarını olumlu etkilediği bildirilmektedir. Madde kullanımının kontrolünde idrarın rasgele ve gözetimli olarak toplanması, saç örneği analizleri ve bu kontrolün en az 2 yıl sürdürülmesi önerilmektedir. Adsız alkoliklere katılım tedavi sürecinde profesyonel yardımdan daha etkili bulunmaktadır.

Ancak en etkili yöntem koruma olacaktır. Doktorların eğitimlerinde alkol ve madde kullanımına karşı daha dikkatli olmalarını sağlayacak bir tutum geliştirmek hedeflenmelidir. Madde kullanımına karşı koruma; tıp eğitiminde alkol ve madde kullanımına ilişkin programlara ayrıntılı yer verilmesi, tutum ve davranış değişikliğinin hedeflenmesi, gerçekleri ortaya koymakta samimiyet, kabul etmek ve madde kötüye kullanımını bir hastalık olarak değerlendirmekle mümkün olabilir. Madde kötüye kullanımı nedeniyle ehliyetini kaybetme tehdidiyle karşı karşıya kalan doktorların kabul görmeleri, bağımlılığa karşı koruma, erken tanı ve kapsamlı bir tedavi programı için daha fazla çaba harcanmalıdır. İlk aşamada denetimle (süpervizyonla) mesleğe geri dönüş ve uzun süreli izlem sağlanmalıdır.

Ülkemizin bu konudaki sessizliğini bozarak durum saptamasının yapılması gerekmektedir. "Tıp fakültesi öğrencileri, eğitim gören doktorlar ve hizmet sunan doktorlar arasında madde kötüye kullanımı ve alkol sorunlarının yaygınlığı nedir? Tıp fakültesi yıllarından itibaren yaygınlık oranlarında bir değişim var mıdır? Bu hızlar genel nüfustan farklı mıdır? Doktorlar için madde kötüye kullanımı konusunda risk faktörleri nelerdir? Tedaviye başvuran doktorlarda iyileşme oranı nedir?" gibi sorulara yanıt verecek, gerçeğe ulaşmamızı sağlayacak çalışmalar planlanmalıdır. Bu çalışmaların verileriyle tıp fakülteleri müfredatlarında alkol-madde kötüye kullanımı ve bağımlılıkla ilgili programlar tekrar ele alınmalıdır. Doktorların tedaviye iyi yanıt veren bir grup olmaları bu alandaki çalışmaları gerekli kılmaktadır. Bundan bağımlı doktor, meslek ve genel toplum yararlanacaktır.

KAYNAKLAR

- Alcoholism&Drug Abuse Weekly, 02/16/1998:10;7:1/9p
- Aristeiguieta CA (1998) Substance abuse, mental illness, and medical students: the role of the Americans with disabilities act. JAMA, 279: 80.
- Baldwin DC, Hughes PH, Conrad SE ve ark. (1991) Substance use among senior medical students: a survey of 23 medical schools. JAMA, 265: 2074-2078.
- Birch D, Ashton H, Kamali F (1998) Alcohol, drinking, illicit drug use and stress in junior house officers in north-east England. Lancet, 352: 785-786.
- Bohigian GM, Croughan JL (1996) Substance abuse and dependence in physicians: The Missouri Physician's Health Program. Southern Med J, 89: 1078-1080.
- Bosch X (1998) Catalonia makes plans to help addicted doctors. Lancet, 352: 1045.
- Brewster JM (1986) Prevalence of alcohol and drug problems among physicians. JAMA, 255: 1913-1920.
- Collins GB (1991) Drug and alcohol use and addiction among physicians, Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction. NS Miller (Ed), New York. Marcel Dekker Inc, s. 947-966.
- Cunningham G M (1997) Alcohol misuse among doctors. BMJ, 314: 1833
- Flaherty JA, Richman JA (1993) Substance use and addiction among medical students, residents and physicians. Psychiatr Clin North Am, 16: 189-197.
- Galanter M, Talbott D, Gallegos K, ve ark. (1990) Combined alcoholics anonymous and professional care for addicted physicians. Am J Psychiatry, 147: 64-68.
- Gray J D, Bhopal R S, Wite M (1998) Developing a medical alcohol policy. Med Educ, 32: 138-142.
- Green RC, Carroll GJ, Buxton WD (1976) Drug addiction among physicians: the Virginia experience. JAMA, 236: 1372-1375.
- Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC Jr, ve ark. (1992) Prevalence of substance use among U.S. physicians. JAMA, 267:2333-2339.
- Hughes PH, Conrad SE, Baldwin DC ve ark. (1991) Resident physician substance use in the United States. JAMA, 265: 2069-2073.
- Khantzian EJ (1985) The injured self, addiction and our call to medicine: understanding and managing addicted physicians. JAMA, 254: 249-256.
- Pickard M, Bates L, Dorian M ve ark. (2000) Alcohol and drug use in second year medical students at the University of Leeds. Med Educ, 34:148-150.
- Roy AK (1994) Reentry monitoring in the treatment of physicians with substance dependence. South Med J, 87:881-883.
- Strang J, Wilks M, Wells B ve ark. (1998) Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. BMJ, 316: 405-406.
- Wallace P (2000) Medical students, drugs and alcohol: Time for medical schools to take the issue seriously. Med Educ, 34: 86-87.
- Weir E (2000) Substance abuse among physicians. CMAJ, 162: 1730.

YAZARLARA DUYURU

Türk Psikiyatri Dergisi tez tanıtım sayfasında, psikiyatride uzmanlık ve klinik psikoloji doktora tezlerinin tanıtımları yapılmaktadır. Tez çalışmasının adı, yazarın adı-soyadı, tezin yapıldığı öğrenim kurumunun adı, yapıldığı yıl, kaç sayfa olduğu, kaynak sayısı ve kısa bir özet gönderildiği takdirde bu tezlerin tanıtımı yapılacaktır.