



Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumunu Geliştirmeye Yönelik
Görme Keskinliği Muayenesi, Kulak Muayenesi ve İşitmenin
Değerlendirilmesi Konulu Eğitim Programının Değerlendirilmesi 164

Bir Okul Sağlık Taramasına Göre İlköğretim Öğrencilerinde
Antropometrik Özellikler ve Sağlık Sorunları 172

Sivrihisar'da İlköğretim Öğrencileri Arasında
Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi 181

Hasta İle Hekimin Ötekileştirilmesi 186

Yaşama Erken Başlayanlar: Preterm Doğum Küresel Eylem Raporu 192

Birinci Basamakta Tıbbi Düşük Yönteminin Uygulanabilirliği 197



Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner
Dr. Berkan KaplanDoç. Dr. Aysun B. Odabaşı
Dr. Yılmaz Yıldız

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer
Prof. Dr. Hamit Hancı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)
Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)
Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)
Dr. Tolga İnce (Sosyal Pediatri)
Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)
Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)
Prof. Dr. Esra Önal (Neonatoloji)
Prof. Dr. İmran Özalp (Metabolizma)
Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)
Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)
Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)
Prof. Dr. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)
Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler
Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda
Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu
Prof. Dr. Semih Başkan
Prof. Dr. İskender Sayek
Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Alper Büyükakkuş
Dr. Hayati Çakır
Dr. Şamih Demli
Dr. Naciye Demirel
Dr. Sema İlhan
Dr. Remzi Karşı
Dr. Mehmet Özen
Dr. Alfert Sağdıç

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat
Dr. Hasan Değirmenci
Dr. Nesrin Erbörü

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Dr. Sibel Kıran

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Murat Akova (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Önder Ergönül

(Enfeksiyon)

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Prof. Dr. Serhat Ünal (Enfeksiyon)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent Ertuğrul İnan

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Eğitimi

Doç. Dr. Melih Elçin

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat
Dr. Hasan Değirmenci
Dr. Nesrin ErbörüDr. Sultan Gemalmaz
Dr. Nevruz Gürçeğiz
Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Araştırma/Research

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumunu Geliştirmeye Yönelik Görme Keskinliği Muayenesi, Kulak Muayenesi ve İşitmenin Değerlendirilmesi Konulu Eğitim Programının Değerlendirilmesi 164*Dr. S. Ayhan Çalışkan, Dr. Seyfi Durmaz, Dr. Sait Eğrilmez, Dr. Raşit Midilli, Dr. Tuna Çalışkan***Bir Okul Sağlık Taramasına Göre İlköğretim Öğrencilerinde Antropometrik Özellikler ve Sağlık Sorunları** 172*Dr. Cantürk Çapık, Dr. Ataman Karaçöp, Dr. Ümit Yaşar Elyıldırım***Sivrihisar'da İlköğretim Öğrencileri Arasında Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi** 181*Dr. Tuğçe Koyuncu, Dr. Didem Arslantaş, Dr. Alaettin Ünsal*

Derleme/Review Article

Hasta İle Hekimin Ötekileştirilmesi 186*Dr. Cumhuri İzgi***Yaşama Erken Başlayanlar: Preterm Doğum Küresel Eylem Raporu** 192*Dr. Nergis Başer, Dr. Muzaffer Eskiocak***Birinci Basamakta Tıbbi Düşük Yönteminin Uygulanabilirliği** 197*Dr. Filiz Ak*

Kapak Fotoğraf:

"Pekmez"

Burcu Tokuç

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2012

Başarı Ödülü

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Meka
Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234
Ticaret Sicil No: 131/133



Merhaba,

Dr. Çalışkan ve arkadaşları "Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumunu Geliştirmeye Yönelik Görme Keskinliği Muayenesi, Kulak Muayenesi ve İşitmenin Değerlendirilmesi Konulu Eğitim Programının Değerlendirilmesi" isimli araştırmalarında Sürekli Mesleki Gelişim etkinliği olarak gerçekleştirilen "Görme keskinliği muayenesi, kulak muayenesi ve işitmenin değerlendirilmesi" kursuna ilişkin bulgu ve sonuçların sunulmasını amaçlamışlar. Sonuç olarak kuramsal eğitim yanında beceri eğitimine de ağırlık veren kurs programının, katılımcıların bilgi, beceri ve beğeni düzeylerine olumlu yönde yansıdığı saptanmış. Kurs programının, görme keskinliği ve işitmenin değerlendirilmesi biçiminde iki ayrı ve daha geniş kapsamlı sürekli mesleki gelişim etkinliği olarak uygulanması planlanmıştır.

Dr. Çapık ve arkadaşlarının "Bir Okul Sağlık Taramasına Göre İlköğretim Öğrencilerinde Antropometrik Özellikler ve Sağlık Sorunları" isimli çalışmalarının amacı bir ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrencilere sağlık taraması yapmak ve sağlık sorunu olan öğrencileri belirlemek olduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak öğrencilerde en çok görülen sorunların diş çürükleri ve görme bozuklukları olduğu saptanmıştır. Çalışmada okul sağlığı hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen taramaların, sağlık sorunlarını saptamak açısından önemli olduğu ve hastalıkların tedavi edilebilir dönemlerde saptanabilmesini sağlayabildiği vurgulanmaktadır.

Dr. Koyuncu ve arkadaşları "Sivrihisar'da İlköğretim Öğrencileri Arasında Uyku Bozukluğu ve Yaşam Kalitesi" isimli çalışmalarında Sivrihisar İlçesi'ndeki ilköğretim ikinci kısımda öğrenim görmekte olan öğrenciler arasında uyku bozukluğu sıklığının saptanmasını ve yaşam kaliteleriyle ilişkisinin değerlendirilmesini amaçlamışlar.

Çalışmada ilköğretim ikinci kısım öğrencileri arasında uyku bozukluklarının önemli bir sağlık sorunu olduğu ve uyku bozukluğu olan çocukların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır.

Dr. Cumhuri İzgi "Hasta ile Hekimin Ötekileştirilmesi" isimli çalışmasında ulusal basında çıkan ve hekim hakkı olarak gündeme yerleşen bir haber, hasta, hekim ve sağlık hakkı bağlamında irdelenmektedir. Çalışmada sonuç olarak, sağlık hakkının bir bütün olarak ele alınması ve sağlık hakkını sağlama sorumluluğunu taşıyan devlet kurumunun ödevlerini yerine getirmesi gerekliliğine vurgu yapılmaktadır.

Dr. Başer ve Dr. Eskioçak "Yaşama Erken Başlayanlar" adlı makalede Dünya Sağlık Örgütü'nün bir raporunu özetlemişler. Bu çalışmada doğan her 10 bebekten birinden fazlasının prematüre doğduğu, her yıl bir milyondan fazla çocuğun erken doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle öldüğü belirtiliyor. Yazıda, erken doğum nedenlerinin ve mekanizmasının daha iyi anlaşılmasının çözüm önlemlerinin gelişmesine katkı yapacağı vurgulanıyor.

Dr. Filiz Ak "Birinci Basamakta Tıbbi Düşük Yönteminin Uygulanabilirliği" isimli çalışmasında her yıl güvenli olmayan düşüklerin 47 bin kadının ölümüne ve 5 milyon kadının hastalık ve sakatlığına neden olduğunu belirtmekte. Düşüğün yasalarla kısıtlandığı ülkelerde hastalık, sakatlık ve ölümün, düşüğün yasal olduğu ülkelerdekinden yüksek olduğunu göstermektedir. Doktor Ak, ülkemizde güvenli düşük için yeni bir seçenek olan tıbbi düşüğün birinci basamakta uygulanabilirliğini sağlayacak düzenlemelerin ve kullanılacak ilaçlar için gerekli ruhsatlandırma işlemlerini yapılmasını önermektedir.

Bilimsel ve dostça kalın ...

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sunumunu Geliştirmeye Yönelik Görme Keskinliği Muayenesi, Kulak Muayenesi ve İşitmenin Değerlendirilmesi Konulu Eğitim Programının Değerlendirilmesi

Evaluation of "Visual Acuity Examination, Otoloscopic Examination and Evaluation of Hearing" Course, Targeting to Improve Primary Health Care Delivery

Araştırma



Research

*Dr. S. Ayhan Çalışkan**, *Dr. Seyfi Durmaz***, *Dr.Sait Eğrilmez****,
*Dr.Raşit Midilli*****, *Dr. Tuna Çalışkan******

Geliş tarihi : 24.09.2013

Kabul tarihi: 10.10.2013

Öz

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada; Sürekli Mesleki Gelişim etkinliği olarak gerçekleştirilen "Görme keskinliği muayenesi, kulak muayenesi ve işitmenin değerlendirilmesi" kursuna ilişkin bulgu ve sonuçların sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında hekimlerin gereksinimleri doğrultusunda kursun öğrenme hedefleri belirlendi. Bu öğrenme hedeflerine ulaşmak için konu alanı uzmanı öğretim üyesi hekimler tarafından kuramsal içerik hazırlandı. Hekimlerin, muayene becerilerini değerlendirmek ve performanslarına ilişkin geribildirim vermek için göz hastalıkları (iki olgu) ve kulak burun boğaz hastalıkları (iki olgu) alanlarından toplam dört hasta öyküsü hazırlandı. Bu hasta öyküleri iki ayrı simüle / standardize hasta senaryosuna dönüştürülerek standardize hastalara rol eğitimi verildi.

Kurs taslak programı, iki aile hekiminin katılımıyla pilot olarak uygulandı. Hekimlerin geribildirimleri ışığında kurs programına son biçimi verildi. Hekimlerin kurs sonundaki bilgilerini ölçmeye yönelik 15 soruluk (göz hastalıkları beş, kulak burun boğaz hastalıkları 10) olgu yazılı sınavı hazırlandı.

Kurs, 14 hekimin katılımı ile uygulandı. Kurs sonunda katılımcılardan, 12 soruluk yapılandırılmış geribildirim formunu dokuzlu değerlendirme ölçeğine göre yanıtlamaları istendi.

Bulgular: Hekimlerin sekizinin (%61,5) göz hastalıkları ve dokuzunun (%69,2) kulak burun boğaz hastalıkları ile ilgili SH olgu

Abstract

Introduction and Aim: This study aims to present the results of the "Visual acuity examination, otoscopic examination and evaluation of hearing" course which was conducted as a Continuing Medical Education activity.

Method: Learning objectives of the course were defined in accordance with the needs of primary health care physicians. To achieve these objectives, theoretical content were prepared by the field expert faculty members.

A total of four case stories were created from the ophthalmology (two cases) and otorhinolaryngology (two cases) fields in order to assess physicians' examination skills and to give feedback on their performance.

These case stories were converted into two simulated / standardized patient case scenarios and standardized patients were trained using these scenarios.

The draft course program was piloted with the participation of two family physicians. The program was finalized in the light of the physicians' feedback. A 15 (ophthalmology five, otorhinolaryngology 10) item written test was prepared to assess the physicians' knowledge at the end of the course.

The course program was conducted with the participation of 14 physicians. At the end of the course, participants were asked to complete a structured feedback form containing 12 questions on a 9-point scale.

Results: Eight (61,5%) physicians' performance on

*Doç.; Ege Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi AD, İzmir

**Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

***Prof.; Ege Ü. Tıp Fak. Göz Hastalıkları AD, İzmir

****Doç.; Ege Ü. Tıp Fak. Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları AD, İzmir

*****25 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Bornova, İzmir

çözümlerinin yeterli düzeyde olduğu saptandı. Yazılı sınav doğru yanıt ortalamaları sırası ile göz hastalıkları = 4,69 (SS=±0,630), kulak burun boğaz hastalıkları = 5,64 (SS=±3,2) olarak saptandı.

Katılımcı hekimlerin geribildirimlerinde, hem kulak burun boğaz hastalıkları hem de göz hastalıkları bölümlerine ilişkin beğenilerinin çok yüksek düzeyde olduğu belirlendi (Ort.min.= 8,18, Ort.maks.= 9,00).

Sonuç: Kuramsal eğitim yanında beceri eğitimine de ağırlık veren kurs programının, katılımcıların bilgi, beceri ve beğeni düzeylerine olumlu yönde yansıdığı saptanmıştır. Kurs programının, görme keskinliği ve işitmenin değerlendirilmesi biçiminde iki ayrı ve daha geniş kapsamlı sürekli mesleki gelişim etkinliği olarak uygulanması planlanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sürekli mesleki gelişim, Hasta simülasyonu, Görme keskinliği, Otoskopi

Giriş ve Amaç

Hekimlerin profesyonel yaşamları boyunca uygulamalarının yeterli olması, bilgilerinin güncel tutulması ve güncelliğin sağlanabilmesi sürekli eğitime katılımı gerektirir (1). Sürekli mesleki gelişim (SMG), hekimlerin temel tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası eğitimlerini bitirdikten sonraki süreçteki eğitimlerini kapsar ve her bir doktorun profesyonel çalışma yaşamı boyunca sürer (2).

Sürekli mesleki gelişim; bir hekimin, hastalar, kamu ya da mesleğine ilişkin hizmetleri sunabilmesi için kullanacağı, bilgi, beceri ve profesyonel performansını sürdürmeye, geliştirmeye ya da artırmaya yönelik eğitim etkinliklerini içerir (3).

En üst düzeyde sağlık bakımı sunabilmek için SMG'nin içeriği klinik beceri ve kuramsal bilgi, işin örgütlenmesi (ekip oluşturma ve liderlik), iletişim, tıp etiği, öğretim, araştırma ve yönetimde yeterlik ve rollerin desteklenmesine yönelik olmalıdır (2).

Sürekli mesleki gelişim etkinlikleri, basılı eğitim materyallerinden konferanslara, bilgisayar destekli hasta senaryo uygulamalarından klinik uygulama rehberlerine kadar uzanan geniş bir yelpazede yer almaktadır (4). Bu etkinliklerin; eğitici merkezli (sunum, konferans vb.) pasif eğitim yöntemleri yerine uygulamaya yönelik yapılmasının, hekimlerin performansını ve bazı durumlarda da sağlık hizmeti sonuçlarını olumlu yönde artırdığını göstermektedir (4,5). Tıp fakülteleri ve mezuniyet sonrası tıp eğitimi kurumlarının, SMG etkinlikleri bağlamında

the ophthalmology case and 9 (69,2%) physicians' performance on the otorhinolaryngology case were found satisfactory in terms of correct clinical decision making. Written test correct answer mean scores were ophthalmology = 4,69 (SD = ± 0,63), ENT= 5,64 (SD = ± 3,2) respectively.

Physicians' feedback showed that they were highly satisfied from both ophthalmology and otorhinolaryngology parts of the course (Meanmin.= 8,18, Meanmax.= 9,00).

Conclusion: This course, which focuses on skills training in addition to theoretical content, was reflected positively in the participants' knowledge, skills and the levels of appreciation.

This program is being planned to implement in two separate and more comprehensive courses which are "Visual acuity examination" and "Evaluation of hearing" as continuing medical education activities.

Key words: Continuing medical education, Patient simulation, Visual acuity, Otoscopy

sundukları eğitim kalitesini sürekli biçimde artırma ve geliştirmeleri gerektiği vurgulanmaktadır.

Bununla birlikte SMG etkinliklerinin yapısı ve kalitesinin geliştirilmesi konuları üzerinde, mezuniyet öncesi tıp eğitimine göre çok daha az çaba sarf edilmektedir. Birçok ülkede, SMG etkinlikleri sporadik ve çeşitli üretici sektörlerle bağımlı durumdadır (7).

Bu nedenle, tıp fakülteleri ve diğer tıp eğitimi kurumlarının, mezuniyet sonrası SMG etkinlikleri planlamak ve uygulamak yönünde daha yoğun çalışmalar yapmaları gerekmektedir.

Dünyada SMG etkinlikleri, genel pratisyenlik de dahil olmak üzere tıbbın her uzmanlık alanı için uygulanmakta, hatta bazı ülkelerde zorunlu bir uygulama olarak hekimlerden beklenmektedir. Ülkemizde ise bu alanda yapılan çalışmalara ait çok az yayın bulunmaktadır.

Genel pratisyenlik / aile hekimliği sağlık hizmetinde merkezi bir öneme sahiptir (7). Türkiye'de 2011 yılındaki hekime başvuruların %39,9'u birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara yapılmıştır (8).

Bu kurumlarda çalışan genel pratisyen / aile hekimlerinin görevleri; "kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı

yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı ya da Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip ya da tabipler" olarak tanımlanmaktadır (9).

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan tanıma göre işyeri hekimi; iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinde görevli hekim olarak tanımlanmakta ve işçilerin işe giriş ve periyodik sağlık muayenelerini iş sağlığı ve güvenliği mevzuatında belirtilen aralıklarla yapmakla yükümlü tutulmaktadır (10).

Sağlık hizmetinde merkezi bir öneme sahip olan genel pratisyenlik / aile hekimliği, iş ve işçi sağlığı hizmetinin merkezinde yer alan işyeri hekimlerinin yukarıda açıklanan görevleri yerine getirebilmeleri için çalıştıkları birimlerde bulundurmaları gereken teknik ve tıbbi donanım da yine aynı yönetmeliklerle belirlenmiştir (9).

Göz Hastalıkları (GH) ile ilgili temel bilgi ve beceriler, hem birinci basamak hem de diğer uzmanlık dallarında hizmet veren hekimler için gereklidir. Ayrıca bu bilgi ve beceriler; nörolojik, endokrin, romatizmal ve enfeksiyon hastalıklarının yönetilmesinde de önemli rol oynamaktadır (11).

Uluslararası Oftalmoloji Konseyi (The International Council of Ophthalmology - ICO) tıp fakültesi öğrencileri için oftalmoloji eğitim programı rehberinde, görme keskinliği muayenesi temel becerilerden biri olarak belirlenmiştir (12).

İçişleri Bakanlığı'nın 2006 yılında yayınladığı yönetmelikle, sürücü adaylarının genel sağlık muayenelerinin göz hekimi ya da uzman hekim tarafından yapılması zorunluluğu kaldırılarak bu yetki genel pratisyen / aile hekimlerine de verilmiştir (13,14).

Türkiye İstatistik Kurumu 2010 yılı Sağlık Araştırması'na göre 0-6 yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği hastalıklar arasında üst solunum yolu enfeksiyonu (tonsilit, orta kulak iltihabı, farenjit vb.) %31,6 ile birinci sırada yer almaktadır (15).

Gerek aile hekimliği gerekse işyeri hekimlerinin birinci basamak sağlık hizmeti sunumlarında görme keskinliği muayenesi, kulağın otoskopik muayenesi ve işitmenin değerlendirilmesi sürekli uygulamaları gereken bir beceri alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ayrıca Tıp - Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından Şubat 2002'de son biçimi belirlenen Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda görme ve işitme bozukluğu; tıp fakültesi mezunları tarafından "tanı konulması, tedavisi hakkında bilgi sahibi olunması ve gerekli ön girişimlerin yapılarak uzman hekime yönlendirilmesi gereken" başlıklar olarak belirlenmiştir (16).

Hem donanım bulundurma zorunluluğu, hem görmeyi değerlendirme yetkisi verilen birinci basamak hekimlerinin, yetki ve donanımı doğru kullanmaları gereği ortadadır. Ancak değişen yasal düzenleme ve yetkilendirmeler nedeniyle görme keskinliği ölçümü, çoğu birinci basamak hekiminin mezuniyet öncesi eğitiminde yer almamıştır.

Geliştirilen kurs ile hekimlere; birinci basamak ve işçi sağlığı hizmetleri kapsamında

(i) uzak/yakın görme eşellerini ve iğne deliği yöntemini kullanarak görme keskinliği muayenesi,

(ii) kulak muayenesi ve işitmenin değerlendirilmesi, konularında bilgi ve beceri kazandırılması amaçlanmıştır (17).

Bu çalışmada; 16. Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde gerçekleştirilen kursa ait bulgular ile katılımcıların geribildirimlerinin paylaşılması hedeflenmiştir.

Yöntem

Kurs Programının Geliştirilmesi:Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri kapsamı ve gereken tıbbi araç gereçler göz önüne alınarak kursun öğrenme hedefleri belirlendi. Bu öğrenme hedeflerine ulaşmak için konu alanı uzmanı öğretim üyesi hekimler tarafından kuramsal içerik hazırlandı. Kuramsal sunum ve muayene demonstrasyonu sonrasında hekimlerin becerilerini değerlendirmek ve performanslarına ilişkin geribildirim vermek için göz hastalıkları (GH) ve kulak burun boğaz

hastalıkları (KBB) alanlarından ikişer adet olmak üzere toplam dört hasta öyküsü hazırlandı.

Bu hasta öyküleri; görme ve işitme yakınması içeren iki ayrı simüle / standardize hasta (SH) senaryosuna dönüştürülerek kursta görev alacak olan iki hekime SH rol eğitimi verildi.

Simüle / standardize hastaların, kendilerini muayene eden hekimlerin performanslarını kursun öğrenme hedefleri doğrultusunda değerlendirecekleri iki ayrı (GH ve KBB) SH Hekim değerlendirme formu hazırlandı.

Ardından SH'lar, kurs eğitici öğretim üyeleri tarafından muayene edilerek SH senaryolarının uygunluğu, uygulama biçimleri ve SH Hekim Değerlendirme Formu'nun doğrulukları değerlendirildi. Senaryolar, SH'ların uygulama ve hekim performans değerlendirmelerinde gerekli görülen değişiklik ve düzenlemeler yapılarak kurs taslak programı tamamlandı. Geliştirilen kurs taslak programı İzmir ili Bornova İlçesi'nde birinci basamak sağlık hizmeti sunan iki aile hekimine pilot olarak uygulandı. Pilot uygulamaya katılan hekimlerden alınan sözlü geribildirimlerden yararlanılarak kurs programının tasarımı tamamlandı (Şekil 1). Hekimlerin aktarılan kuramsal içeriğe ilişkin bilgilerini ölçmeye yönelik 15 soruluk (GH: beş adet çoktan seçmeli olgu sorusu, KBB: 10 adet kısa yanıt olgu sorusu) olgu yazılı sınavı hazırlandı.

Kurs Programının Uygulanması:Geliştirilen kurs programı, 16. Pratisyen Hekimlik Kongresi sırasında 14 hekimin katılımı ile uygulandı.

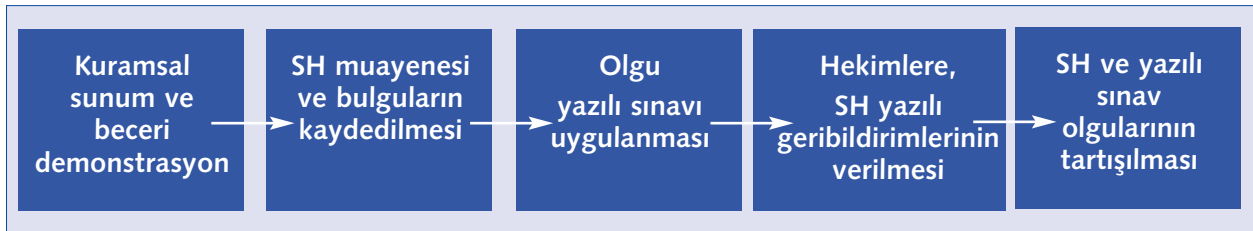
Kulak muayenesi ve işitmenin değerlendirilmesi (kuramsal sunum 30 dakika ve muayene demonstrasyonu 20 dakika) ile görme keskinliği muayenesi (kuramsal sunum 30 dakika ve muayene demonstrasyonu 15 dakika) ardından uygulama bölümüne geçildi.

Bu bölümde katılımcılardan kendilerine başvuran bir hastanın (SH) muayenesini yapmaları istendi.

Muayene uygulamaları, önceden hazırlanmış iki ayrı muayene odasında gerçekleştirildi. Muayene için gereken tüm tıbbi malzeme ve formlar odalarda hazır bulunduruldu. Muayene için hekimlere dört dakika süre verildi. Hekimlerden; kendilerine başvuran hastanın öyküsünü dikkatle okumaları ve sonrasında muayene odasına geçerek hastanın:

(i) görme keskinliği muayenesini yapmaları (ii) kulak muayenesini yaparak işitmesini değerlendirmeleri (iii) muayene sonunda hastaya gereken tıbbi açıklamaları yapmaları istendi. Muayene sırasında hekimlerin her bir muayeneye ilişkin performansı yapılandırılmış SH Hekim Değerlendirme Formları kullanılarak SH'ler tarafından değerlendirildi. Muayene sonrasında hekimlerden, SH'nin muayene bulguları ile olası tanı ve tıbbi önerilerini önceden hazırlanmış formlara kaydetmeleri istendi.

Muayene ve bulguların kaydedilmesi işlemlerini tamamlayan katılımcı hekimlerden, iki bölüm ve toplam 15 sorudan oluşan olgu yazılı sınavını 20 dakika sürede yanıtlamaları istendi. Hekimlerden; ilk bölümde verilen beş olgunun, görme keskinliği (uzak / yakın görme eşeli ve iğne deliği) muayene bulgularına ilişkin doğruları işaretlemeleri, ikinci bölümde ise verilen 10 olgunun kulak zarı görüntüsüne de bakarak en olası ön tanıyı yazmaları istendi. Olgu yazılı sınavını bitiren hekimlere, SH'ların muayene sırasında doldurduğu Hekim Değerlendirme Formları verilerek kendi performanslarına ilişkin geribildirim almaları sağlandı. Uygulama bölümünün tamamlanmasının ardından; SH olguları, yazılı sınavda yer alan sorular ve doğru yanıtları eğitici öğretim üyeleri tarafından tartışılarak açıklandı.



Şekil 1. Kurs programının tasarımı

Tablo 1. Hekimlerin (N=13) SH muayene bulguları, vardıkları olası tanı ve önerileri ile olgu çözümlenmelerinin yeterliğine ilişkin uzman değerlendirme sonuçlarının sıklık dağılımı

1. Göz Hastalıkları SH muayene bulguları	Yeterli Hekim Sayısı (%)	Geliştirilmeli Hekim Sayısı (%)
1a. Uzak görme eşeli	12 (%92,3)	1 (%7,7)
1b. Yakın görme eşeli	9 (%69,2)	4 (%30,8)
1c. İğne deliği muayenesi	8 (%61,5)	5 (%38,5)
1d. Olası tanı-öneriler	9 (%69,2)	4 (%30,8)
Olgunun çözümlenmesi	8 (%61,5)	5 (%38,5)
2. KBB Hastalıkları SH muayene bulguları	Yeterli Hekim Sayısı (%)	Geliştirilmeli Hekim Sayısı(%)
2a. Otoskopik muayene	9 (%69,2)	4 (%30,8)
2b. Rinne testi	9 (%69,2)	4 (%30,8)
2c. Weber testi	11 (%84,6)	2 (%15,4)
2d. Olası tanı öneriler	9 (%69,2)	4 (%30,8)
Olgunun çözümlenmesi	9 (%69,2)	4 (%30,8)

Kurs sonunda katılımcılardan, 12 sorudan oluşan geribildirim formunu 9'lu değerlendirme ölçeğine göre (1: Kesinlikle katılmıyorum / çok kötü – 9: Kesinlikle katılıyorum / çok iyi) yanıtlamaları istendi. Bu formda hekimlere, eklemek istedikleri noktaları yazmaları için açık uçlu bir soru da yöneltildi.

Katılımcı hekimlerin, SH muayenelerine ilişkin bulgularını kaydettikleri formlar eğitici öğretim üyeleri tarafından kurs sonrasında değerlendirildi. Yazılan muayene bulgularının doğruluğu ve bulgular ışığında vardıkları olası tanı ve tıbbi öneri kararlarının uygunluğu (yeterli / geliştirilmeli) derecelendirildi. Hekimlerin olgu yazılı sınav sorularına verdikleri yanıtlar eğitici öğretim üyeleri tarafından değerlendirildi ve doğru / yanlış / boş olarak işaretlendi.

İstatistiksel analiz

Çalışmadan elde edilen veriler, Microsoft Office Excel 2007 paket programına kaydedilerek analiz edildi. Analizler sonucu elde edilen bulgular tanımlayıcı tablolar ile sunuldu.

Bulgular

Görme keskinliği muayenesi, kulak muayenesi ve işitmenin değerlendirilmesi konusunda kuramsal sunum ve demonstrasyon bölümüne 14 (%100,0), SH ile yapılan uygulama

Tablo 2. Hekimlerin olgu yazılı sınavındaki sorulara verdikleri doğru yanıtların sıklık dağılımı ve oranları

Yazılı olgu sayısı	Göz Hastalıkları	KBB
	Doğru yanıt veren hekim sayısı*	
1	-	-
2	-	1 (%8,3)
3	1 (%7,7)	1 (%8,3)
4	2 (%15,4)	-
5	10 (%76,9)	2 (%16,7)
6	-	-
7	-	2 (%16,7)
8	-	4 (%33,4)
9	-	2 (%16,7)
10	-	-

*GH yazılı olgularını 13, KBB yazılı olgularını ise 12 hekim yanıtlamıştır.

bölümüne ise 13 (%92,8) hekim katıldı. Göz hastalıkları olgu sorularını 13 (%92,8), KBB olgu sorularını 12 (%85,7), kurs geribildirim formunu ise 11 (%78,6) katılımcı yanıtladı.

Katılımcı hekimlerin SH muayenesi sonrasında bulgularını kaydettikleri formlardaki veriler konu alanı uzmanı kurs eğitici tarafından değerlendirildiğinde; hekimlerin sekizinin (%61,5) GH ve dokuzunun (%69,2) KBB ile ilgili muayene bulguları, vardıkları olası tanı ve önerileri ile olgu çözümlenmelerinin yeterli düzeyde olduğu saptandı. Hekimlerin büyük çoğunluğunun GH (\geq %61,5) ve KBB (\geq %69,2) ile ilgili - SH muayenesi sırasında ve sonrasında - kendilerinden beklenenleri yeterli düzeyde gerçekleştirdiği belirlendi (Tablo 1).

Simüle / standardize hastanın her iki (GH ve KBB) yakınmalarına ilişkin tüm beklenenleri üç hekim (%23,1) eksiksiz olarak tamamlarken, üç hekimin de (%23,1) hastanın her iki yakınmasına ilişkin muayenelerinde kendilerinden beklenen performansı yeterli düzeyde sergileyemediği saptandı.

Uygulanan olgu yazılı sınavındaki GH'ye ait beş olgunun doğru yanıt ortalaması 4,69 ($SS=\pm 0,630$) saptanırken, en düşük ve en yüksek doğru yanıt sayısı sırasıyla 3 ve 5 bulundu. Hekimlerin büyük çoğunluğunun (N=10, %76,9) GH'ye ait tüm olgu sorularını doğru yanıtladığı saptandı.

Olgu yazılı sınavındaki KBB'ye ait 10 olgunun doğru yanıt ortalaması ise 5,64 ($SS=\pm 3,2$) saptanırken, en düşük ve en yüksek doğru

Tablo 3. Anket ölçeği ve katılımcıların değerlendirme başlıklarına verdikleri puanların ortalama ve standart sapma (SS) değerlerinin dağılımı

FY	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fikrim yok	Kesinlikle		Katılmıyorum /ortalama		Nötr /ortalama		Katılıyorum /iyi		Kesinlikle Katılıyorum /çok iyi
						KBB		GH	
Değerlendirme Başlığı						Ortalama	SS	Ortalama	SS
1. Eğitici konulara hakimdi						8,82	0,603	9,00	0,000
2. Sunum içeriğini yararlı buldum						9,00	0,000	8,91	0,302
3. Demonstrasyon, muayene becerimi geliştirmeme yardımcı oldu						8,09	1,868	8,09	1,868
4. Muayene uygulaması kendimi değerlendirmemde yararlı oldu						8,55	1,214	8,55	1,214
5. Simüle hasta kullanılması öğrenmemi kolaylaştırdı						8,18	1,834	8,18	1,834
6. Simüle hastanın geribildirimini kendimi değerlendirmeme yardımcı oldu						8,55	0,820	8,45	0,820
7. Olgu sorularını beğendim						8,64	0,809	8,64	0,809
8. Olguların tartışılması öğrenmemi pekiştirdi						8,91	0,302	8,91	0,302
9. Kurs kapsamındaki bilgi ve becerileri, mesleki uygulamalarımda kullanacağımı düşünüyorum						9,00	0,000	9,00	0,000
10. Kursun kapsamı beklentilerimi karşıladı						8,40	0,843	8,30	0,823
						Ortalama	SS		
11. Kursun altyapı ve organizasyonu iyiydi.						8,45		1,214	
12. Kurs için genel değerlendirmem...						8,82		0,405	

yanıt sayısı sırasıyla 2 ve 9 bulundu. Hekimlerin büyük çoğunluğunun (N=8, %66,7) yedi ve üzerinde soruyu doğru yanıtladığı saptandı (Tablo 2).

Katılımcı hekimlerin kurs sonu değerlendirme formu aracılığı ile ilettikleri geribildirimlerde hem KKB hem de GH bölümlerine ilişkin en düşük ortalamalar "Demonstrasyon, muayene becerimi geliştirmeme yardımcı oldu." ($8,09 \pm 1,868$) başlığında "çok iyi" olarak saptanırken, en yüksek ortalamalar "Kurs kapsamındaki bilgi ve becerileri, mesleki uygulamalarımda kullanacağımı düşünüyorum." ($9,00 \pm 0,00$) başlığında saptandı (Tablo 3).

Kursun genel değerlendirmesi bölümünde "Kursun altyapı ve organizasyonu iyiydi" ($8,45 \pm 1,214$) ve "Kurs için genel değerlendirmem..." ($8,82 \pm 0,405$) başlıkları katılımcılar tarafından "çok iyi" olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcı hekimlerin 6'sı (%46,2) anket kapsamında yer almayan ancak belirtmekte yarar gördükleri olumlu ve / ya da olumsuz noktaları ve önerilerini yazarak ilettiler. Bu yazılı geribildirimler şöyledir:

Katılımcı 1: "Beklediğimden daha iyi bulduğum bir kurs oldu. Uygulama kısmı biraz aceleye geldi, ancak genel olarak iyiydi. Hazırlayanlara teşekkürler."

Katılımcı 4: "Süre baskısı dışında her şey mükemmeldi."

Katılımcı 5: "Bu kursun tam gün yapılması daha uygun. Uygulaması, eğitim ve tartışmalar daha uzun olabilsin."

Katılımcı 8: "İşe giriş ve periyodik muayenelerim konusunda biraz daha destek vermesini bekledim ama sorularla pekiştirildi. Teşekkürler."

Katılımcı 9: "Zamanın daha iyi değerlendirilmesi yararlı olurdu."

Katılımcı 10: "İşitmenin değerlendirilmesinde belki biraz daha ek süre kullanılabilirdi. Görme değerlendirmede verilen yakın görme kılavuzu çok yararlı. Eğitim notlarını alabilmemiz çok yararlı olur."

Tartışma ve Sonuç

Birinci basamakta görme keskinliği muayenesi, kulak muayenesi ve işitmenin değerlendirilmesi

kursuna ilişkin katılımcı beğenilerinin çok iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Kursa katılan hekimlerin geribildirim formları ile ilettikleri değerlendirme ortalamalarının tüm başlıklarda yüksek düzeyde olduğu dikkate alındığında, kullanılan eğitim yöntemleri, kursun uygulanma biçimi ve işleyişi açılarından katılımcıların beklentilerini çok iyi düzeyde karşıladığı anlaşılmaktadır.

Kursun:

- (i) küçük grupta,
- (ii) beceri uygulamasına da yer verilerek yapılmasının ve,
- (iii) SH'ların, hekimlerin performanslarına ilişkin geribildirim vermesinin, hem kurs etkinliği hem de hekimlerin yararlanma düzeylerini artırdığı düşünülmektedir.

Geribildirim formlarında tüm hekimlerin hem GH hem de KBB bölümleri için; "Kurs kapsamındaki bilgi ve becerileri, mesleki uygulamalarımda kullanacağımı düşünüyorum." başlığına tamamen katıldıklarını belirtmeleri, kurs hedeflerine ulaşıldığı ve edinilen bilgi ve becerilerin sağlık hizmet sunumunda hekimlere katkısı olacağı biçiminde değerlendirilmiştir.

Literatürde 1993 - 1999 yılları arasında yapılmış SMG etkinliklerini inceleyen bir derlemede, katılımcıların aktivitelerini artıran ve onlara becerileri uygulama şansı tanıyan eğitimlerin mesleki uygulamalarda değişim etkisi yaratacağı vurgulanmıştır (18). Ayrıca 1969 - 2003 yılları arasındaki yayınları inceleyen sistematik derlemede; simülasyon kullanılan eğitimlerin belirli koşullar altında öğrenmeyi kolaylaştırdığı vurgulanmıştır. Bu koşullardan en önemlisinin eğitimde geribildirim verilmesi olduğu belirtilirken, geribildirim verilmesinin, geribildirim kaynağından daha önemli olduğu vurgulanmıştır. Yine aynı çalışmada eğitimde çoklu eğitim stratejilerinin kullanılmasının da öğrenmeyi kolaylaştıran etkenler arasında beşinci sırada önemli bir etken olarak sunulmuştur (19). Uygulanan kurs

programından elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ile uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır.

Gerçekleştirilen kurs programı hekimlerin beklentilerini yüksek düzeyde karşılamasına rağmen, yazılı geribildirim ileten katılımcıların büyük çoğunluğu kurs süresinin daha uzun tutulması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu durum, kurs içeriği ve kapsamının hekimlerin ilgilerini çektiği, ancak bu konularda daha fazla ve derin öğrenme istek ve gereksinimlerinin olduğu biçiminde değerlendirilmiştir.

Sürekli Mesleki Gelişim etkinlikleri, hem geniş bir yelpazede hem de sürekli ve Dünya'daki bilimsel gelişme ve eğilimlere paralel olarak uygulanmalıdır. Çalışmamız, hekimlerin SMG etkinliklerine ilgilerinin yüksek düzeyde olduğunu ve iyi planlanarak yenilikçi ve kuramsal eğitim yanında beceri eğitimine de ağırlık verilen etkinliklerin katılımcıların bilgi, beceri ve beğenilerine olumlu yönde yansıdığını göstermiştir.

Bu noktalardan yola çıkarak kurs eğitimcileri; hem görme keskinliği hem de işitmenin değerlendirilmesi kurslarını, eğitim hedeflerini ve katılımcı hekimlerin güncel sağlık hizmeti uygulamalarına yansımaları konularını da dikkate alarak iki ayrı SMG etkinliği olarak yeniden tasarlamayı ve düzenli bir SMG etkinliği olarak uygulamayı planlanmaktadır.

Teşekkür

Gerçekleştirdiğimiz SMG etkinliğine 16. Pratisyen Hekimlik Kongresi programında yer veren Kongre Düzenleme Kurulu ve Dr. İsmet Sayman'a, eğitimin pilot uygulamasına katılarak değerli geribildirimleri ile kurs programının geliştirilmesine katkıda bulunan Dr. Hasan Erenden Acarlar ve Dr. Raşit Günel'e teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. S. Ayhan Çalışkan

E-posta: ayhanca@gmail.com

Kaynaklar

1. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors: WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME - World Federation For Medical Education, 2003. (http://wfme.org/standards/cpd/doc_download/16-continuing-professional-development-cpd-of-medical-doctors--english 23 Ocak 2013 tarihinde ulaşıldı).
2. Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu Tıp Eğitiminde Niteliğin Geliştirilmesi İçin Evrensel Standartlar Avrupa Spesifikasyonları, Türk Tabipleri Birliği, 2010. (<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/standartlar.pdf> 23 Ocak 2013 tarihinde ulaşıldı).
3. Karle H, Paulos G, Wentz DK. Continuing Professional Development: Concept, Origins and Rationale. In: Dennis K, ed. Continuing Medical Education. Looking Back, Planning Ahead. United States of America: University Press of New England; 2011. p.281-90.
4. Mazmanian PE, Davis D. Continuing Medical Education and the Physician as a Learner: Guide to the Evidence. JAMA 2002; 288(9): 1057-1060.
5. Davis D, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME: a review of 50 randomized controlled trials. JAMA 1992; 268: 1111-1117.
6. Lindgren S, Gordon D. Lifelong quality improvement. Med Educ 2012; 46(1): 11-12.
7. Heyrman J, Lember M, Rusovich V, Dixon A. Changing professional roles in primary care education. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW eds. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. England: Open University Press; 2006. p.165-183.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. Ankara: Semih Ofset Matbaacılık, 2012.
9. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, 25.05.2010 sayı 27591. (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm> 23 Ocak 2013 tarihinde ulaşıldı).
10. İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, 29.12.2012 sayı 28512. (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121229-12.htm> 31 Ocak 2013 tarihinde ulaşıldı).
11. Noble J, Somal K, Gill HS, Lam WC. An analysis of undergraduate ophthalmology training in Canada. Can J Ophthalmol 2009;44:513-8.
12. International Council of Ophthalmology. Principles and guidelines of a curriculum for ophthalmic education of medical students. (<http://www.icoph.org/downloads/icomedicalguide.pdf> 02 Ocak 2013 tarihinde ulaşıldı).
13. Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları ile Muayenelerine Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, 26.09.2006 sayı 26301. (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/09/20060926-6.htm> 02 Ocak 2013 tarihinde ulaşıldı).
14. T.C Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği web sayfası. (http://ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=1815:sueruecue-olur-raporlar-hakknda-duyuru&catid=40:genelgeler&Itemid=217 02 Ocak 2013 tarihinde ulaşıldı).
15. Sağlık Araştırması 2010, Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara 2012. Sayfa 3.
16. Bulut A. Bir Haber: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Oluşturuldu, Tıp Eğitimi Dünyası 2003;13:13-36.
17. Eğrilmez S, Eğrilmez ED, Akkın C, Kaşkaloğlu M, Yağcı A. Uluslararası standartlara uygun bir Türkçe yakın okuma eşeli. T Oft Gaz 2004; 34(6); 404-412.
18. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education: Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes? JAMA 1999; 282(9): 867-874.
19. Issenberg SB, Mcgaghie WC, Petrusa ER, Gordon DL, ScaleseRJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. Med Teach 2005; 27(1): 10-28.



Bir Okul Sağlık Taramasına Göre İlköğretim Öğrencilerinde Antropometrik Özellikler ve Sağlık Sorunları

Anthropometric Characteristics and Health Problems of Primary School Students Based on a School Screening Study

Dr. Cantürk Çapık, Dr. Ataman Karaçöp**, Dr. Ümit Yaşar Elyıldırım****

Geliş tarihi : 13.09.2013

Kabul tarihi: 20.11.2013

Öz

Amaç: Çocukların derslere katılabilmesi ve derslerden en yüksek düzeyde yararlanabilmesi ancak sağlıklı olmalarıyla olanaklıdır. Bu çalışmanın amacı, bir ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrencilere sağlık taraması yapmak ve sağlık sorunu olan öğrencileri belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı türde olan bu çalışma, Kars ilinde bulunan özel bir ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrenciler üzerinde Mart – Haziran 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini 143 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmada öğrenciler, bazı antropometrik ölçümler ve sağlık sorunları açısından araştırılmış, sonuçlar iki forma kaydedilerek değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 13.0 paket programda çözümlenmiştir. Verilerin değerlendirilmesi için, sayı ve yüzdeler, ortalama, standart sapma Ki-Kare analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık taraması kapsamında değerlendirilen öğrencilerin yaşları 7-14 arasında değişmektedir ve %58,04'ünü erkekler oluşturmaktadır. Erkek öğrenciler %93,90 normal boy uzunluğuna ve %85,19 normal BKİ değerlerine sahiptir. Kız öğrenciler ise, %95,00 normal boy uzunluğuna, %87,24 normal BKİ değerlerine sahiptir. Öğrencilerin yaş, boy ve kiloları arasında orta-yüksek düzeyde ilişki saptanmıştır. Öğrencilerin %28,67'sinde görme sorunu şüphesi, erkek öğrencilerin %47,17'sinde, kız öğrencilerin ise %35'inde en az bir çürük diş bulunmaktadır.

Sonuç: Bulgularımıza göre öğrencilerde en çok görülen sorun diş çürükleridir. Yaygın görülen diğer bir sorun ise görme bozukluklarıdır. Okul sağlığı hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen taramalar, sağlık sorunlarını saptamak açısından önemlidir ve hastalıkların tedavi edilebilir dönemlerde saptanabilmesini sağlayabilir.

Anahtar sözcükler: Okul sağlığı, Büyüme ve gelişme, Sağlık taraması, Hemşirelik.

Abstract

Objective: Children can participate in lessons and get the utmost benefit of school only if they are healthy. The objective of this study was to determine the health problems of primary school children through a health screening study.

Method: This descriptive study was conducted on students of a private primary school in the province of Kars between March 2012 and June 2012. The sample group of the study consisted of 143 students. In the study, students were investigated in terms of some anthropometric measurements and health problems using two questionnaires. The SPSS 13.0 software program was used to analyze the data. For evaluation of the data, numbers and percentages, means, standard deviations, Chi-Square analysis, and Pearson Correlation analysis were used.

Results: The students who were assessed within the scope of the health screening were aged 7 to 14 years of age and 58.04% consisted of boys. Of the male students, 93.90% had a normal height and 85.19% had normal BMI values. Of the female students, on the other hand, 95.00% had normal height and 87.24% had normal BMI values. A moderate-high level relationship was determined between the ages, heights and weights of students. 28.67% of the students were suspected of a vision problem and at least one carious tooth was detected in 47.17% of the male students and 35.00% of the female students.

Conclusion: According to our results, the most frequent problem encountered in students was caries. Another common problem was visual problems. The screenings performed within the scope of school health services are effective in terms of determining the health problems of children at an early treatable state

Key words: School health, Growth and development, Health screening, Nursing.

*Yrd. Doç.; Kafkas Ü. Kars Sağlık YO, Kars

**Yrd. Doç.; Kafkas Ü. Eğitim Fak., Kars

***Öğr. Gör.; Kafkas Ü. Eğitim Fak. Kampüs, Kars

Giriş

Çocukların derslere katılabilmesi ve derslerden en yüksek düzeyde yararlanabilmesi ancak sağlıklı olmalarıyla olanaklıdır (1). Yetmiş beş milyonu aşan Türkiye nüfusunun %25,2'si 5-19 yaş grubunda (19 milyon üstünde) yani okul çağındadır (2). Hem nüfusa oranları, hem de sağlıklı ilgili bilgi, tutum ve davranışların daha çok okullarda kazanılması nedeniyle, okul çağıının önemi büyüktür (3). Okul sağlığı hizmetleri, okulun çevresi dahil sağlığı olumsuz etkileyen her konuda öğrencilerin ve okul personelinin sağlığının değerlendirilmesi, geliştirilmesi, sağlıklı okul yaşamının sağlanması ve sürdürülmesi, öğrenciye ve dolayısıyla topluma sağlık eğitiminin verilebilmesi için yapılan çalışmaların tümüdür (4).

Okul sağlığı hizmetlerini yürütecek ekibin içinde; hekim, hemşire, öğretmen, öğrenci velisi, psikolojik danışman ve rehber, olanak varsa psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyenler yer almaktadır. Okul sağlığı ekibinde hemşirenin bakım verici, eğitimci, araştırmacı, durum saptayıcı gibi birçok rolü bulunur (3). Hemşireler okullarda görme kusuru, şaşılık, renk ile ilgili görme sorunlarını erken dönemde tanımlayabilirler (5). Okul personeli ve çevresine yönelik sağlık hizmetlerini planlayabilir, yürütebilirler. Bu ekipte öğretmenler ise, öğrenciler ile uzun süre birlikte olduklarından dolayı danışmanlık, eğitim ve gözlem etkinlikleri çok önemlidirler (3). Öğretmenler ayrıca görme taramaları, vücut ağırlığı-boy uzunluğu ölçümleri, kayıtların tutulması ve aile ile işbirliği konularında da görev alabilirler (6).

Okul sağlığı hizmetleri kapsamında; okula kabul muayenesi, periyodik fiziksel muayeneler, görme, işitme, diş sağlığı, büyüme-gelişme taramaları, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ilk yardım, ruh sağlığı çalışmaları vardır (5-7). Bu hizmetler içinde yapılan sağlık taramaları, birçok hastalığa erken dönemde tanı konmasına olanak sağlar (8).

Okul sağlığı kapsamında ilk akla gelen tarama faaliyeti, büyüme ve gelişmenin değerlendirilmesidir. Fiziksel büyümeyi gösteren ağırlık ve boy gibi antropometrik ölçümler bir çocuğun sağlık durumunun değerlendirilmesinde olduğu kadar, aynı zamanda o toplumun beslenme durumunun

ortaya konmasında da önemli bir yere sahiptir (9). DSÖ z skorlarına göre, Türkiye'de devlet okulunda yapılmış çalışmalarda öğrencilerin %5,9-7,4 oranında kısa boylu oldukları ve %2,2 – 15,8 oranında şişman oldukları saptanmıştır (7, 10-12). Yurt dışındaki çalışmalarda, İspanya'da (2011) okul çocuklarının %7,8'inin, İran'da ise %14,1'inin şişman oldukları görülmektedir (13, 14).

Okullarda yürütülen diğer bir tarama hizmeti ise, görme sorunlarının saptanmasıdır. Görme sorunları okulda çocukların başarısını etkileyen önemli sorunlardan birisidir. Bu nedenle uygun aralıklarla taramaların yapılması son derece önemlidir (15). Bu kapsamda Nevşehir'de yapılan bir çalışmada öğrencilerin %21,8'inde görme bozukluğu olduğu belirlenmiştir (16). Yurtdışında yapılmış bir çalışmada ise bu oran %7,75 olarak saptanmıştır (17). Diş sağlığına yönelik yapılan taramalar ise diş çürüğü, periodontal hastalıklar, maloklüzyonlar, travma ve yaralanmaları saptamak amacıyla yapılmaktadır (6). Yapılan çalışmalarda ülkemizde %50,4-%77,7 arasında diş çürüğü olduğu belirlenmiştir (7, 10, 12, 18). Okul sağlık taramaları kapsamında ayrıca skabies, pedükülozis, skolyoz ve işitme bozukluklarına yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu kapsamda ülkemizde, %2,6-3,2 oranlarında pedükülozis kapitis, %3,77 skolyoz, %1 işitme bozukluğu olduğunu belirleyen çalışmalar bulunmaktadır (10, 18-20).

Okul sağlığı kapsamında yapılan tarama faaliyetleri ve sonuçları incelendiğinde bu hizmetlerin çocuklarda birçok sağlık sorununun erken dönemde saptanmasına olanak sağladığı görülmektedir. Bu çalışmada amaç, bir ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrencilere sağlık taraması yapmak ve sağlık sorunu olan öğrencileri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, Kars ilinde bulunan özel bir ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrenciler üzerinde Mart – Haziran 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini 1-8. sınıflarda öğrenim gören 148 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise bu öğrencilerden ulaşılabilen 143'ü (%96,62) oluşturmaktadır. Çalışma verileri araştırmacılar tarafından Kars Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü ve Eğitim Fakültesi Fen Bilgisi Eğitimi Bölümü son sınıf öğrencilerinin yardımı ile toplanmıştır.

Çalışma verilerinin toplanmasında görev alan öğrencilere; boy-kilo ölçümleri, Snellen tablolarının kullanımı, baş biti ve ağız - diş sağlığı değerlendirmelerine yönelik eğitim verilmiştir. Hata oranını azaltmak için aynı ölçümler aynı kişiler tarafından yapılmıştır (boy ölçümünü hep aynı kişinin yapması gibi). Çalışmada 10 sorudan oluşan demografik form ve 15 sorudan oluşan tarama formu kullanılmıştır.

Çalışma sürecinde; boy, kilo, beden kitle indeksi (BKI) ölçümleri, göz sağlığı, işitme sağlığı, ağız-diş sağlığı ve skolyoza yönelik olarak muayeneler, saçlı deride bit/ pire/ sirkeye yönelik ise gözlem yapılmıştır. Her bir öğrencinin tarama sonuçları hazırlanan formlara işlenmiş, taramalarda herhangi bir sağlık sorunu kuşkusu olan öğrencilerin listesi okul yönetimine bildirilerek ailelerin haberdar edilmesi sağlanmıştır.

Taramalar, okul yönetimi tarafından sağlanan uygun bir odada gerçekleştirilmiştir. Gözlem ve muayenelerde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan okul tarama rehberi esas alınmıştır (6). Taramalarda yapılan gözlem ve muayenelerde kullanılan ölçümler aşağıdaki gibi yapılmıştır:

Boy: Çocukların boyları topukları birleşik, kalça ve omuzları duvara dayalı olarak ayakkabısız düzgün zemin üzerinde duvara yapıştırılan şerit mezura ile yapılmıştır. Çene mandibula köşesinden yukarıya doğru hafif itilerek, göz-kulak kepçesinin üst kısmından geçirilen çizginin yere paralel ve aynı düzlemde olmasına dikkat edilmiştir (6).

Kilo: 100 grama duyarlı dijital terazi kullanılmış, ölçüm yapılmadan önce terazinin ayarı kontrol edilmiş, ölçüm sırasında çocuğun herhangi bir yere dokunmamasına özen gösterilmiştir (6).

Beden Kitle İndeksi (BKI): DSÖ tarafından önerilen yaşa ve cinse göre BKI'nin Z skoru değerlendirmesine göre +1 SD kilolu, +2 SD şişman, -2 SD zayıf, -3 SD çok zayıf olarak değerlendirilmiştir (21).

Görme: Snellen tablosu kullanılmıştır. Her sıradan en az üç harfin doğru okunması ile alt sıraya geçilmiştir. Şaşılık değerlendirmesi için dört ana yönde görme eksenlerindeki paralellik değerlendirilmiştir (6).

İşitme: Altı metreden fısıltı testi ile yapılmıştır; tek, çift ya da üç komuttan oluşan cümleler öğrencilerin arkalarından fısıltıyla söylenerek işitme durumları değerlendirilmiştir (22).

Ağız-Diş Sağlığı: Çocukların diş sayıları, çürük ve dolgulu diş sayıları ve ağız hijyenleri değerlendirilmiştir.

Saçlı deride bit ve/ya da sirke: Çıplak gözle bakılarak değerlendirilmiştir.

Skolyoz: Dizleri kırmadan belden 90 derece öne doğru eğdirilen öğrencilerin omurga anatomisinin patolojik olup olmadığı değerlendirilmiştir (7).

Veriler, SPSS 13.00 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirmesinde sayı ve yüzdelik dağılımları incelenmiş; ortalama, standart sapma, istatistiksel karşılaştırmada Ki-Kare analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Çalışmayı yapabilmek için okul yönetiminden resmi izin alınmıştır.

Bulgular

Çalışma kapsamında incelenen öğrencilerden; erkeklerin yaş ortalaması $10,35 \pm 2,15$, kızlarınki ise $10,17 \pm 2,25$ 'dir. Öğrencilerin yaşları 7-14 arasında değişmektedir ve sınıflarda bulunan öğrenci sayıları 13-24 arasındadır. Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, ders başarılarına yönelik algıları ve hastalık geçmişleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Görüldüğü gibi, çalışma kapsamında değerlendirilen öğrencilerin %58,04'ünü erkekler oluşturmaktadır. Öğrencilerin annelerinin %53,24'ü, babalarının %65,22'si önlisans, lisans ya da lisansüstü düzeyinde eğitim almışlardır. Annelerin %62,68'i, babaların ise tamamı düzenli geliri olan işlerde çalışmaktadırlar. Öğrenciler ders başarılarını %67,14 oranında "iyi" olarak algılamaktadırlar ve öğrencilerin tümüne yakınının çalışma döneminde herhangi bir sağlık sorunu yoktur.

Öğrencilerin yaş ve cinsiyetlere göre boy ve kilo ölçüm sonuçları Tablo 2'de sunulmuştur. Kız öğrenciler 8-9 yaş arasında erkeklerden daha kısa iken, 10-13 yaşları arasında erkeklerden uzundurlar. Fakat 13 yaşından

Tablo 1. Öğrencilerin demografik özellikleri		
Cinsiyet (n=143)	n	%
Erkek	83	58,04
Kız	60	41,96
Anne Eğitim Düzeyi (n=139)	n	%
Okuryazar	23	16,55
İlköğretim	19	13,67
Lise	23	16,55
Üniversite+	74	53,24
Baba Eğitim Düzeyi (n=138)	n	%
Okuryazar	6	4,35
İlköğretim	12	8,7
Lise	30	21,74
Üniversite+	90	65,22
Anne Mesleği (n=143)	n	%
Ev kadını	53	37,32
Memur	24	16,9
Öğretmen	23	16,2
Doktor/Eczacı/Hemşire	14	9,86
Öğretim üyesi	6	4,23
Diğer (Esnaf, idareci, işçi vb)	22	15,49
Baba Mesleği (n=143)	n	%
Esnaf	45	31,46
Öğretim üyesi	25	17,48
Memur	16	11,19
İdareci	12	8,34
Diğer (Asker, avukat, emekli, işçi, mühendis vb)	42	29,37
Ders Başarısı Algısı (n=140)n	%	
İyi	94	67,14
Orta	41	29,29
Kötü	5	3,57
Hastalık Geçmişi (n=143)	n	%
Yok	123	86,01
Çeşitli ameliyat geçirme	16	11,19
Astım, Epilepsi, Havale, Pnömoni	4	2,8

sonra erkeklerin boyu yeniden daha uzun olmaktadır (Tablo 1 ve Şekil 1). On yaşına kadar erkek öğrencilerin kiloları kız öğrencilerden daha fazladır, 10-14 yaşları arasında ise ağırlıklar cinsiyetler arasında değişkenlik göstermektedir (Tablo 1 ve Şekil 2).

DSÖ referans z skorlarına göre erkek ve kız öğrencilerin boy ve BKI sınıflamaları Tablo 3'te

sunulmuştur. Tabloda görüldüğü gibi, DSÖ z skorlarına göre erkek öğrencilerin %93,90'ı, kız öğrencilerin %95,00'i normal boy uzunluğuna sahiptir, erkek öğrencilerin %85,19'u, kız öğrencilerin ise %87,24'ü normal BKI değerlerine sahiptir. Hem boy uzunluğu ve hem de BKI açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

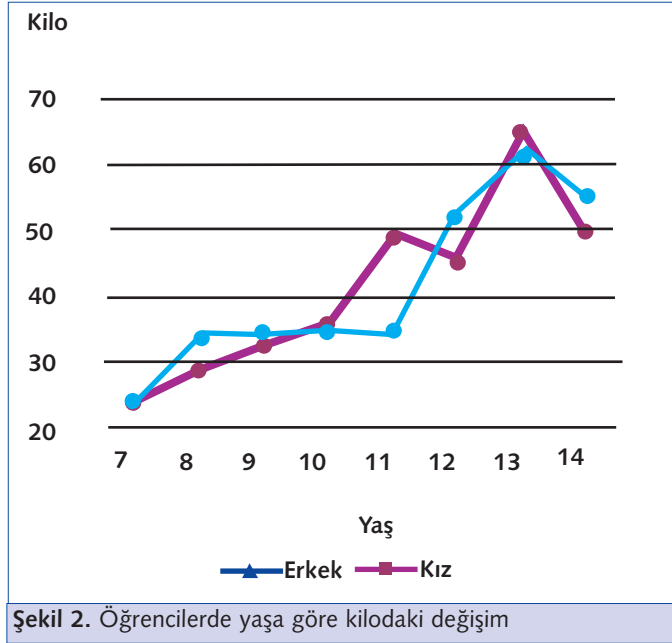
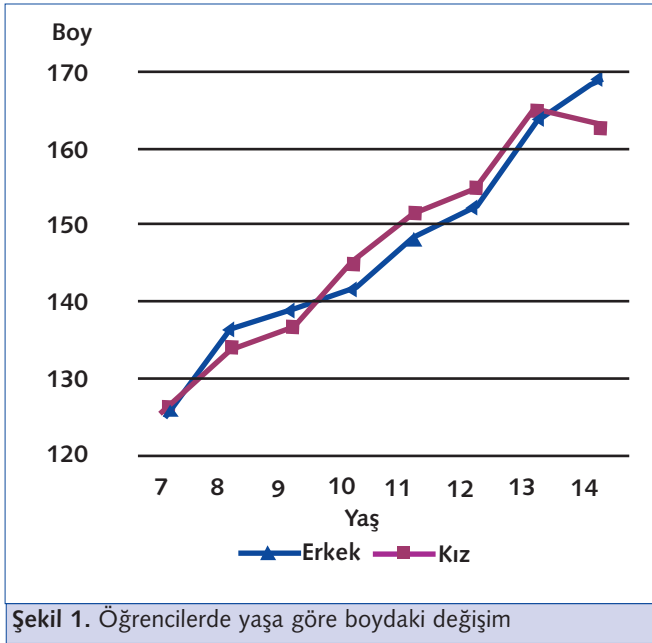
Tablo 4'te erkek ve kız öğrencilerin yaş, kilo ve boy değerleri arasındaki ilişki gösterilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi, yapılan korelasyon analizinde, erkek ve kız öğrencilerin tümünde yaş (ay), boy ve kilo arasında pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Yaş, boy ve kilo arasındaki ilişki $r = 0.712 - 0.848$ arasındadır ve tümünde orta-yüksek düzeyde ilişki vardır.

Çeşitli büyüme ve gelişme parametrelerinin yanında, görme, işitme, diş sağlığı, paraziter hastalıklar ve skolyoz yönünden incelenen öğrencilerden, erkeklerin %18,10'unun, kızların %26,70'inin gözlük kullandığı belirlenmiştir. İki öğrencide ise şaşılık şüphesi vardır. Öğrencilerden ikisinde bilinen işitme sorunu bulunmaktadır (Tablo 5). Bu çalışmada başka işitme sorunu olan öğrenci saptanmamıştır.

Tablo 5'te görüldüğü gibi, gözlük kullanma, şaşılık şüphesi, bilinen işitme sorunu, çürük diş ve eksik diş açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$). Snellen tablosuna göre; gözlük kullanan öğrencilerin %11,89'unda, gözlük kullanmayan öğrencilerin %28,67'sinde görme bozukluğu şüphesi bulunmaktadır. Erkek öğrencilerin %47,17'sinde, kız öğrencilerin ise %35,00'inde en az bir çürük diş bulunmakta ve yine erkek öğrencilerin %38,35'inde, kız öğrencilerin ise %32,27'sinde eksik diş bulunmaktadır. Çalışmada saçlı deride bit / pire ya da sirkesi olan ya da skolyoz şüphesi olan öğrenci saptanmamıştır.

Tartışma

Hemşirelik ve öğretmenlik mesleklerinin birlikte yürüttüğü bu çalışmada özel bir ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrenciler incelenmiştir. Çalışmada öğrenci ebeveynlerinin çoğunluğu üniversite ve üzerinde eğitim almıştır ve düzenli geliri olan işlerde çalışmaktadırlar. Elde edilen bu bulgular ve gözlemler, öğrencilerin çoğunlukla üst



düzyer sosyoekonomik yapıya sahip olduklarını göstermektedir. Bu araştırma bölgesel bir standart oluşturacak nitelikte olmasa da, Kars 'da yaşayan üst sosyoekonomik düzey çocuklarının büyüme ve gelişmeleri hakkında genel olarak bilgi vermektedir. Çalışmaya alınan öğrenciler çoğunlukla ders başarılarını iyi düzeyde değerlendirmektedirler.

Çalışma kapsamında incelenen 7 - 14 yaş grubu öğrencilerin boy uzunlukları 126,22 - 169,22 arasında değişmektedir. Sosyoekonomik özellikleri bu çalışmaya yakın olan iki çalışmada da benzer boy uzunlukları saptanmıştır (23, 24). Kırsal kesimde yapılan bir çalışmada ise, her cinsiyet ve her yaşta daha kısa boy uzunlukları belirlenmiştir.

Boy uzunlukları DSÖ z skorlarına göre incelendiğinde, bu çalışmada öğrencilerin %2,82'si uzun, yine %2,82'si kısa boyludur.

Devlet okullarında yapılmış iki çalışmadan birinde öğrencilerin %2,60'ını uzun boylu, %7,40'ının ise kısa boylu olduğu belirtilmiştir (10). Diğerinde ise öğrencilerin %0,90'ı uzun, %5,90'ı kısa boyludur (11). Bizim çalışmamızda özellikle uzun boyluluk oranı, devlet okullarında yapılan iki çalışmadan daha fazladır. Bunun nedeni, yüksek sosyoekonomik düzeydeki öğrencilerin çevresel etmenlerden dolayı daha uzun boylu olması olabilir. Cinsiyet ve yaşa göre boy uzunluklarındaki artışın incelendiği Şekil 1'de, 9 yaşına kadar erkek öğrencilerin, 10-13 yaşları arasında ise kızların daha uzun olduğu görülmektedir. Fakat kızlarda 13 yaşından sonra artış hızının düşmesi ve erkeklerdeki artışın sürmesi nedeniyle 14 yaşında erkeklerin yeniden daha uzun boylu oldukları görülmektedir. Ergen dönemde, kızlarda boy uzama atağı 11 yaşlarında, erkeklerde ise 13-15 yaşlarında başlamaktadır (3). Ayrıca kızların adolesan

Tablo 2. Yaşlara göre öğrencilerin boy ve kilo değerleri

Yaş	Boy						Kilo					
	Erkek (n=82)			Kız (n=60)			Erkek (n=81)			Kız (n=59)		
	n	Ort,	SS	n	Ort,	SS	n	Ort,	SS	n	Ort,	SS
7	9	126,22	5,12	8	126,25	7,07	9	24,22	4,79	8	24,38	4,63
8	11	136,36	8,32	7	134,14	6,36	11	33,36	7,63	7	29	6,06
9	9	139	8,51	12	136,92	8,53	9	34,11	10,53	12	32,83	7,16
10	14	141,93	8,62	10	145,1	7,52	14	35,71	11,02	10	36	7,2
11	16	148,19	8,43	5	151,8	9,52	16	34,94	6,99	5	49	8,46
12	7	152,43	14,72	7	155	13,9	7	52,14	8,97	7	45,86	5,7
13	7	164,14	19,6	3	165	5,2	7	61,43	7,44	3	64,33	4,04
14	9	169,22	7,38	8	162,75	6,54	8	55,13	14,98	7	50,13	5,59

Tablo 3. Boy uzunluğu ve bki'ye göre cinsiyetler arası farklar

Kısa	2	2,44	2	3,33	4	2,82	$X^2=0,591^*$ $p=0,744$
Normal	77	93,9	57	95	134	94,36	
Uzun	3	3,66	1	1,67	4	2,82	
Toplam	82	100	60	100	142	100	
BKI	n	%	n	%	n	%	
	Erkek		Kız		Toplam		
Zayıf	7	8,64	2	3,33	9	6,38	$X^2=1,627^*$ $p=0,443$
Normal	69	85,19	54	90	123	87,24	
Şişman	5	6,17	4	6,67	9	6,38	
Toplam	81	100	60	100	141	100	

*Pearson X^2 testi kullanılmıştır.

Tablo 4. Erkek ve kız öğrencilerde yaş, boy ve kilo arasındaki ilişki*

Erkek (n=82)	Yaş	Kilo	Boy
Yaş (ay) -	0,712**	0,791**	
Kilo (kg)	0,712**	-	0,822**
Boy (cm)	0,791**	0,822**	-
Kız (n=60)	Yaş	Kilo	Boy
Yaş (ay)	-	0,817**	0,848**
Kilo (kg)	0,817**	-	0,811**
Boy (cm)	0,848**	0,811**	-

* Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

** $p<0.001$

döneme girmeleri genel olarak erkeklerden 2 yıl öncedir (6). Tüm bu etmenler boylardaki değişimin nedenleri olabilir. Çalışmada öğrencilerin kiloları 24,22 – 55,13 kg arasındadır. Çalışmamızdaki kilo ortalamaları, başka bir araştırmadaki benzer bir gruba, küçük farklılıklar olmakla birlikte, yakın değerlerdedir (23). Kırsal kesimde yaşayan öğrencilerden ise daha fazladır (25).

Okul çocuklarında BKİ değerlendirmesi yapan birçok çalışmaya ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda DSÖ referans z skorlarına göre öğrencilerin çoğunluğu normal BKİ değerlerine sahiptir. Zayıflık ve şişmanlık oranının her ikisi de %6,38'dir. Devlet okullarında yapılan çalışmalar incelendiğinde, şişmanlık oranının %2,20 – 15,80, zayıflık oranının %2,80-12,50 arasında değiştiği görülmektedir (7, 10-12). Yurtdışındaki çalışmalarda, Amerika'da 6-11 yaş arası çocukların %14,50'sinin 97. persantilin üzerinde kiloya sahip oldukları bildirilmiştir (26). İspanya'da (2011) okul çocuklarının %7,80'inin obez, %5'inin ise zayıf olduğu belirlenmiştir (13). İran'da ise, okul çocukları arasında %14,10 şişman çocuk saptanmıştır (14). Bizim çalışmamızda şişmanlık oranı yurtdışındaki çalışma bulgularına göre daha düşüktür. Ülkemizde

yapılan çalışmaların bir kısmı ile benzerdir (10, 11). Okul türü BKİ üzerinde etkili bir faktördür (27). BKİ sınıflamasına göre zayıf ve şişman öğrencilerin bir kliniğe yönlendirilmeleri, erişkin döneme göre daha hızlı iyileşme sağlayabilir.

Şekil 2'de görüldüğü gibi, 10 yaşına kadar erkek öğrenciler kızlardan daha kiloludur, 10 yaşından sonra ise, kilo cinsiyetler açısından değişkenlik göstermektedir. Ayrıca her iki cinsiyette de 13 yaşından sonra kilolarda azalma görülmektedir. Farklı zamanlarda ergenlik dönemine giren iki cinsiyetin gelişim özellikleri nedeniyle bu değişkenlik gözlenmiş olabilir.

Boy uzunluğu ve BKİ'ye göre, cinsiyetler arasında sayısal farklılıklar olmasına karşın, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgu Kutlu ve Çivi'nin (2009) çalışması ile benzerdir (28). Bunun yanı sıra, her iki cinsiyette de yaş, boy ve kilo arasındaki pozitif yönlü ilişki saptanmıştır ve normal gelişme gösteren okul çocukları için beklendik bir bulgudur. Benzer bulgu Türkiye'de ve Yunanistan'da yapılan başka iki çalışmada da saptanmıştır (24, 29).

Çocukluk çağındaki göz bozukluklarının ve hastalıklarının en önemli yanı, erken dönemde tanınıp tedavi edilmezlerse, ileri yaşlarda tedavinin güç olmasıdır (6). Bizim çalışmamızda gözlük kullanan öğrencilerin %11,89'unda, gözlük kullanmayan öğrencilerin %28,67'sinde görme sorunu şüphesi bulunmaktadır. Görme sorunlarının sıklığı cinsiyetler arasında anlamlı olarak değişmemektedir. Görme bozukluğu, Nevşehir'de devlet okullarında yapılan bir çalışmada %21,80 bulunmuştur (16). Yurtdışında yapılmış bir çalışmada ise bu oran %7,75 olarak saptanmıştır (17). Görme sorunlarının yanı sıra dikkati çeken diğer bir

Tablo 5. Cinsiyetlere göre görme, işitme ve diş sağlığına yönelik dağılımlar

Gözlük kullanma	Erkek		Kız		Toplam		Önemlilik
	n	%	n	%	n	%	
Hayır	68	81,9	44	73,3	112	78,32	$X^2=1,515^*$ $p=0,218$
Evet	15	18,1	16	26,7	31	21,68	
Şaşılık şüphesi	Erkek		Kız		Toplam		p=0,510**
	n	%	n	%	n	%	
Hayır	81	97,6	60	100	141	98,6	p=0,510**
Evet	2	2,4	0	0	2	1,4	
Bilindik işitme problemi	Erkek		Kız		Toplam		p=1,00**
	n	%	n	%	n	%	
Hayır	82	98,8	59	98,3	141	98,6	p=1,00**
Evet	1	1,2	1	1,7	2	1,4	
Çürük diş	Erkek		Kız		Toplam		$X^2=2,154^*$ $p=0,541$
	n	%	n	%	n	%	
Yok	53	63,86	39	65	92	64,33	$X^2=2,154^*$ $p=0,541$
1	12	14,46	12	20	24	16,78	
2	11	13,25	7	11,67	18	12,59	
3+	7	8,43	2	3,33	n	%	
Eksik diş	Erkek		Kız		Toplam		$X^2=0,764^*$ $p=0,858$
	n	%	n	%	n	%	
Yok	52	62,65	41	68,33	93	65,04	$X^2=0,764^*$ $p=0,858$
1	14	16,88	10	16,67	24	16,78	
2	9	10,84	5	8,33	14	9,79	
3+	8	9,63	4	6,67	12	8,39	

*Pearson X^2 testi kullanılmıştır.

**Fisherin kesin ki-kare testi yapıldığı için X^2 değeri verilmemiştir.

bulgu ise, halen gözlük kullanan öğrencilerin %11,89'unda görme bozukluğunun sürmesidir. Benzer bulgular diğer çalışmalarda da saptanmıştır (16, 30). Gözlük kullanan ve görme sorunu süren öğrencilerin bulunması, görme bozukluğu için düzenli doktor kontrolü yapılmadığının bir göstergesi olabilir. Büyüme ve gelişme çağındaki çocuklar için okul taramaları ile görme sorunlarının erken dönemde tanınması ve tedavisinin sağlanması oldukça önemlidir (5). Gözlük kullanmayan ve bu çalışma kapsamında görme sorunu şüphesi olan çocuklar kesin tanı ve tedavi almaları için klinik muayeneye yönlendirilmişlerdir.

Şaşılığın erken tanısında ve düzenli izleminde ailelerin eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri etkili bir faktördür (31). Bizim çalışmamızda şaşılık şüphesi oranı %1,30'dur ve cinsiyetler arasında fark yoktur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda şaşılık oranı %1,20 – %2,50 arasında değişmektedir (12, 18, 30, 31).

Görme bozukluğu olan öğrencilerin doktor kontrolünden geçerek kesin tanı alanların tedavi olmaları ve gözlük kullanmaya başlamaları, onların öğrenme yeteneklerine ve kaza olasılığının azalmasına yardımcı olabilir. İşitme kaybına erken dönemde tanı konması ve tedavisinin planlanması, çocuğun ileri dönemde karşılaşılabileceği dil, konuşma bozuklukları, gelişimsel ve sosyal sorunların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (6). Bu çalışmada iki bilinen işitme sorununa ek olarak yeni bulgu saptanmamıştır. Çivi ve Koruk'un çalışmalarında (2003) ise, %1 oranında işitme azlığı saptanmıştır (20). Güler ve Kubilay'ın (2004) çalışmalarında ise işitme azlığı olan öğrenci saptanmamıştır (32).

Okul sağlığı çalışmalarında sık görülen sorunlardan birisinin de diş çürükleri olduğu bilinmektedir (6). Bu çalışmada da en yoğun sorun saptanan alan diş sağlığı olmuştur. Erkek öğrencilerin %47,17'sinde, kız öğrencilerin ise

%35,00'ında en az bir çürük diş olduğu belirlenmiştir. Yine erkek öğrencilerin %38,35'inde, kız öğrencilerin ise %32,27'sinde eksik diş bulunmaktadır. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda bu değer %50,40 – 77,70 arasında saptanmıştır (7, 10, 12, 18). Bizim çalışmamızda diş çürüğü sıklığı diğer çalışmalardan daha az olsa bile, önemsenecek düzeydedir. Bu bulgular öğrencilerin ve velilerin ağız - diş sağlığı konusunda bilgilendirilmeleri gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bizim çalışmamızda saçlı deride bit / pire ya da sirkesi olan öğrenci saptanmamıştır. Açık ve arkadaşlarının (2006) çalışmalarında, %3,20 düzeyinde saçlı deride pedükülozis kapitis saptanmıştır (18). Ceylan ve Turan'ın (2009) çalışmalarında, %2,60 sirke ve pedükülozis kapitis bulunmuştur (10). Aydın ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında ise %4,20 çeşitli saçlı deri sorunları saptanmıştır (12).

Bizim çalışmamızda öğrencilerin ebeveynleri genellikle yüksek eğitim düzeyindedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler, hem eğitim düzeyine, hem de gelir düzeylerine bağlı olarak, paraziter hastalıkların daha zor yayılacağı ortamlarda yaşıyor olabilirler. Ayrıca bu bireyler paraziter hastalıklara karşı daha bilinçli önlemler alıyor olabilirler. Yapılan literatür taramasında, Türkiye genelinde skolyoz sıklığını bildiren bir yayına ulaşılamamıştır. Başar'ın (2001) Edirne bölgesinde yaptığı bir çalışmada ise, okul çocuklarında skolyoz sıklığını %3,77 olarak saptanmıştır (19). Bizim çalışmamızda ise, yapılan muayenelerde skolyoz şüphesi olan öğrenci saptanmamıştır. Skolyoz sorunlu olan çocukların daha fazla sayıda örneklemler taramalarda bulunabileceği düşünülmektedir.

Sonuç

Çalışmamızda öğrencilerde en çok görülen sorun diş çürükleridir. Erkeklerin %47,17'sinde, kızların %35,00'ında en az bir diş çürüğü bulunmaktadır. Yaygın görülen diğer bir sorun ise görme bozukluğudur. Öğrencilerin %28,67'sinde görme sorunu bulunmaktadır ve gözlük kullanan öğrencilerin bir kısmında görme bozukluğu sürmektedir. Bu çalışma kapsamında 2 öğrencide şaşılık şüphesi saptanmış, işitme sorunu ve skolyoz olan öğrenci ise saptanmamıştır.

Okul sağlığı hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen taramalar sağlık sorunlarını saptamak açısından etkilidir ve hastalıkların tedavi edilebilir dönemlerde saptanabilmesini sağlayabilir. Hemşire ve öğretmenlerin okul taramasında birlikte çalışmasının yararlı olduğu düşünülmektedir.

Teşekkür

Taramalarda çalışma ekibine gönüllü olarak yardımcı olan Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü ve Eğitim Fakültesi Fen Bilgisi Eğitimi Bölümü 4. sınıf öğrencilerine teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Cantürk Çapık

E-posta: c_capik36@hotmail.com

Kaynaklar

1. Welcome to FRESH. Focusing Resources on Effective School Health (FRESH). Erişim 5 Haziran 2013, <http://www.freshschools.org/Pages/default.aspx>.
2. TUIK. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları 2012. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Yayınları; 2012.
3. Erci B. Okul sağlığı. İçinde: Erci B, ed. Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2009.
4. Okul Sağlığı Hakkında Genelge 2008. Halk Sağlığı Kurumu. Erişim 5 Haziran 2013, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7313/okul-sagligi-hizmetleri-hakkinda-genelge.html>
5. Kırış N, Bayık AT. İlköğretim öğrencilerinde görme taraması sonuçları. Halk Sağlığı Günleri 2. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyum Kitabı. Adana: 2012. s. 98-9.
6. Özcebe H, Ulukol B, Mollahaliloğlu S, Yardım N, Karaman F. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı. Ankara: Yücel Ofset Matbaacılık Turizm Sanayi Tic. Ltd. Şti.; 2008.
7. Kalyoncu C, Metintas S, Balız S, Arıkan İ. Eğitim araştırma bölgesinde ilköğretim öğrencilerinde sağlık düzeyleri ve okul tarama muayeneleri sonuçlarının değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2011; 10(5): 511-8.
8. Impact of health on education. The Partnership for Child Development. Erişim 10 Haziran 2013, <http://www.schoolsandhealth.org/Pages/AnthropometricStatusGrowth.aspx>.
9. Türk çocukları için büyüme eğrileri. Saldır M, Babacan O, Sarı E. Erişim 10 Haziran 2013, <http://www.jcam.com.tr/files/KATD-1559.pdf>.

10. Ceylan SS, Turan T. Bir ilköğretim okulunda okul sağlığı hemsireliği uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4(12): 35-49.
11. Güler G, Yıldırım F, Altun E. Bir ilköğretim okulundaki öğrencilerin boy ve ağırlık durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2007; 16(5): 66-9.
12. Aydın N, İrgil E, Akış N, Pala K. Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde dört ilköğretim okulundaki öğrencilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30(1): 1-6.
13. Ortega FZ, González MC, Rodríguez LR, Girela DL, Zagalaz JC, Molina FZ. Age and gender differences in body mass index, ocular, and back disorders in 8-12-year old children. *Journal Of Human Sport & Exercise* 2011; 6(4): 657-72.
14. Veghari G. Ethnic differences in body mass index, weight and height among school children in the North of Iran. *Eurasian Journal of Medicine* 2012; 44: 22-7.
15. Pekcan H. Okul Sağlığı. I. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyum Kitabı. Mersin: 2010.
16. Yaramış N, Karataş N. Nevşehir il merkezinde ilköğretim çağındaki çocuklarda göz hastalıklarının tespit edilmesinde hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2005; 14 (Hemşirelik Özel Sayısı): 45-53.
17. Lu P, Chen X, Zhang W, Chen S, Shu L. Prevalence of ocular disease in Tibetan primary school children. *Canadian Journal of Ophthalmology* 2008; 43(1): 95-9.
18. Açık Y, Deveci SE, Çelik GT, Karaaslan O. Elazığ Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesi'nde bulunan ilköğretim okulları birinci sınıf öğrencilerinin sağlık taraması sonuçlarının değerlendirilmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006; 25(1): 30-4.
19. Başar P. Edirne/Havsa merkez ilköğretim öğrencilerinde skolyoz görülme sıklığı. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2001.
20. Çivi S, Koruk İ. Konya İli Hasanköy Sağlık Ocağı Bölgesindeki ilköğretim okulu 1. sınıf öğrencilerinin genel sağlık düzeyi. *Türk Hij Den Biyol Derg* 2003; 60(3): 87-90.
21. WHO Child Growth Standards. World Health Organization. Erişim 10 Haziran 2013, <http://www.who.int/childgrowth/en/>
22. Pişmişoğlu B. İşlevsel değerlendirme (Çeviri). *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004; 13(9): 344-8.
23. Bektaş Y, Akın G. Ankara'da üst sosyoekonomik düzey 10-17 yaş grubu çocukların boy ve ağırlık değerleri. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi* 2005; 45(1): 97-113.
24. Akdoğan I, Özdemir B, Hasusta A, Akyer P, Akdoğan D, Akdağ. B. Denizli merkez ilköğretim 1.sınıf (7 yaş) öğrencilerinde antropometrik vücut çevre ve üst ekstremitte uzunluk ölçümleri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 12(4): 14-8.
25. Akın G. Kırsal kesimde yaşayan 4-20 yaş grubu erkeklerin antropometrik ölçülerinin tespiti ve değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi* 2001; 41(1): 187-208.
26. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA* 2010; 303(3): 242-9.
27. Li J, Hooker NH. Childhood obesity and schools: evidence from the national survey of children's health. *The Journal of School Health* 2010; 80(2): 96-103.
28. Kutlu R, Çivi S. Özel bir ilköğretim okulu öğrencilerinde beslenme alışkanlıklarının ve beden kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2009; 14(1): 18-24.
29. Michalopoulou M, VG, Thomas Kourtessis, Antonios Kambas, Martina, Gretziou DaH. Step counts and body mass index among 9-14 years old Greek school children. *Journal of Sports Science and Medicine* 2011; 10: 215-21.
30. Işıklı B, Kalyoncu C. Eskişehir kırsal kesim ilköğretim öğrencilerinde görme kusurları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2007; 16(7): 95-9.
31. Demirel S, Gündüz A, Duman BŞ, Fırat P, Bakır S, Yakıncı C. Malatya'da ilköğretim okulu öğrencilerinde şaşılık sıklığı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 2: 39-41.
32. Güler G, Kubilay G. Bir ilköğretim okulu öğrencilerinin fiziksel bakım sorunlarının belirlenmesi Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004; 26(2): 60-5.



Dr. Tuğçe Koyuncu, Dr. Didem Arslantaş**, Dr. Alaettin Ünsal****

Geliş tarihi : 25.10.2013

Kabul tarihi: 12.11.2013

Öz

Giriş: Uyku bozuklukları çocuklarda geçici ya da kalıcı sağlık sorunlarına neden olabildiği için önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışma, Sivrihisar ilçesindeki ilköğretim ikinci kısımda öğrenim görmekte olan öğrenciler arasında uyku bozukluğu sıklığının saptanması ve yaşam kaliteleriyle ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Eskişehir ili Sivrihisar ilçesindeki ilköğretim okullarının ikinci kısmında öğrenim görmekte olan öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmada ebeveynler tarafından doldurulan, "Pediatrik Uyku Ölçeği" ve "Genel Amaçlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (KINDL)" kullanılmıştır. Verilerin, analizleri için Ki-kare ve Student t testi kullanılmıştır.

Sonuçlar: Çalışma grubu 253'ü (%49,4) kız, 259'u (%50,6) erkek olmak üzere toplam 512 öğrenciden oluşmaktadır. Öğrencilerin yaşları 12-15 arasında değişmekte olup ortalama $13,16 \pm 0,64$ yıl idi. Bu çalışmada uyku bozukluğu olan öğrenci sayısı 61 (%11,9) olarak saptanmıştır. Çalışma grubunda uyku bozukluğu sıklığının adenoid vejetasyon öyküsü olanlarda, kendisinde uyku bozukluğu olduğunu düşünenlerde ve ailesinde uyku bozukluğu öyküsü olanlarda daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (her biri için; $p < 0,05$). Çalışma grubunda uyku bozukluğu olanların KINDL yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt alanlarından aldıkları puan ortalamalarının, uyku bozukluğu olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptandı (her bir alan için; $p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada ilköğretim ikinci kısım öğrencileri arasında uyku bozukluklarının önemli bir sağlık sorunu olduğu ve uyku bozukluğu olan çocukların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Uyku bozukluğu, Yaşam kalitesi, Ergen

Abstract

Introduction: Sleeping disorders constitute an important health problem in children because of their tendency to create temporary or permanent health problems. The objective of this study was to investigate the prevalence of sleeping disorders among the students of the second part of secondary schools in Sivrihisar district and to evaluate the association of these disorders with the quality of life.

Material and Methods: This cross-sectional study was conducted among secondary school students in the Sivrihisar district of Eskişehir province. "Pediatric Sleep Questionnaire" filled in by the parents was implemented to assess sleeping disorders and "KINDL QoL" to measure the quality of life. "Chi-square test" and "Student's t-test" were used for statistical analysis.

Results: Of the 512 students, there were 259 (50.6%) males and 253 (49.4%) females aged 12 to 15 years (mean age: 13.16 ± 0.64 years). In this study, the number of students with sleeping disorders was 61 (11.9%). Sleeping disorders were observed more frequently in children with a history of adenoid vegetation, those with the anxiety of having sleeping disorders and those with a positive family history of sleeping disorders (for each one $p < 0.05$). Children with sleeping disorders had significantly lower subscore in all domains of KINDL (for each domain $p < 0.05$).

Conclusion: This study has revealed that sleeping disorders create an important health problem in secondary school children and that children with sleeping disorders have a significantly lower quality of life.

Key words: Sleeping disorders, Quality of life, Adolescent

Arş. Gör.; Eskişehir Osmangazi Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Eskişehir Doç.; Eskişehir Osmangazi Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Eskişehir Prof. Eskişehir Osmangazi Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Eskişehir

Giriş

Uyku bozuklukları çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Solunumla ilgili uyku bozuklukları; habitüel horlama, tekrarlayan apne ve hipopne atakları, nokturnal ventilasyon ve uyku kalitesinde bozulma ile karakterizedir.

1. Solunumla ilgili uyku bozukluklarının en önemli nedenlerinden biri adenotonsillar hipertrofidir.

2. Ailelerin çocukları üzerindeki kontrollerinin azalması, çocukların sosyal yaşamlarının artması ve uyumayı ertelemeleri son yıllarda daha sık görülmesinin nedenleri arasında sayılmaktadır. Uyku bozuklukları çocuklarda geçici ya da kalıcı sağlık sorunlarına neden olabilir. Bunlar arasında motivasyon sorunları, öfke kontrolü ve özeleştirme yapamama, davranışsal sorunlar ve öğrenme başarısında azalma sayılabilir.

3. Uyku bozukluklarının neden olduğu sorunlar çocukların fiziksel işlevselliğini, sosyal ilişkilerini, çevre ve okul işlevselliğini bozarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler.

Bu çalışma, Sivrihisar ilçesindeki ilköğretim okullarında öğrenim görmekte olan öğrenciler arasında uyku bozukluğu sıklığının saptanması ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, 8 Kasım 2011- 25 Aralık 2011 tarihleri arasında Eskişehir ili Sivrihisar ilçesindeki ilköğretim okullarının ikinci kısmında öğrenim görmekte olan öğrenciler üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Sivrihisar ilçe merkezinde toplam 5 ilköğretim okulu bulunmakta olup, bu okullarda öğrenim görmekte olan öğrenci sayısı 611'dir. Çalışma süresince okullarda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 512 öğrenci (%83,8) çalışma grubunu oluşturmuştur.

Çalışmada, uyku bozuklukları ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla literatürden yararlanılarak bir anket formu hazırlandı. Anket formu üç kısımdan oluşmakta olup, birinci kısım öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri ve uyku bozuklukları ile ilişkili olduğu düşünülen bazı faktörleri içermektedir. İkinci kısım pediatrik

uyku ölçeği, üçüncü kısım ise yaşam kalitesi ölçeği sorularından oluşmaktadır. Çalışmada veri toplanabilmesi için İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra okullara gidilerek okul yönetimlerinin uygun gördüğü ders saatlerinde öğrencilerin sınıflarında toplanmaları sağlandı. Daha sonra önceden hazırlanan anket formları, gözlem altında öğrencilerin kendileri tarafından dolduruldu. Pediatrik uyku ölçeği ise ebeveynler tarafından doldurularak üç gün içinde öğretmenlerine teslim edilmek üzere öğrencilere dağıtıldı.

Çalışmada uyku bozuklukları, Chervin ve arkadaşlarının geliştirdiği, Öner ve arkadaşlarının Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı "Pediatrik Uyku Ölçeği" ile değerlendirildi. 4, 5 Ebeveynler tarafından doldurulan bu ölçek, uyku ile ilişkili 22 semptom hakkında bilgiler içermektedir. Pozitif olan her semptom "1" puan olarak değerlendirilmiş, ölçekten 8 ve üzeri puan alanlar "uyku bozukluğu var" olarak kabul edilmiştir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için Bullinger ve arkadaşları tarafından geliştirilip, Eser ve arkadaşlarının Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığı "Genel Amaçlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (KINDL)" kullanılmıştır. 6, 7 Ölçek, 5'li likert tipi 24 sorudan oluşmakta olup, ölçekten alınan puanların artması yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş ve okul olmak üzere 6 alt alanı vardır. Çalışma, Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Veriler, SPSS (versiyon 15.0) İstatistik Paket Programında değerlendirilmiş olup, analizler için Ki-kare ve Student t testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma grubu 253'ü (%49,4) kız, 259'u (%50,6) erkek olmak üzere toplam 512 öğrenciden oluşmaktadır. Öğrencilerin yaşları 12-15 arasında değişmekte olup ortalama $13,16 \pm 0,64$ yıl idi. Bu çalışmada uyku bozukluğu olan öğrenci sayısı 61 (%11,9) olarak saptanmıştır. Çalışma grubunda uyku bozukluğu sıklığının adenoid hipertrofi öyküsü olanlarda, kendisinde uyku bozukluğu olduğunu düşünenlerde ve ailesinde uyku bozukluğu öyküsü olanlarda daha yüksek bulunduğu saptanmıştır (her biri için; $p < 0,05$).

Okul, yaş grubu, cinsiyet, kardeş sayısı, ebeveyn öğrenim ve çalışma durumu, kendine ait bir oda varlığı, tonsillektomi öyküsü, hekim tanıli kronik hastalık öyküsü, evde sigara içen birey varlığı ve obezite ile uyku bozukluğu sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır (her biri için; $p > 0,05$). Çalışma grubunda uyku bozukluğu olanların KINDL yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt alanlarından aldıkları puan ortalamalarının, uyku bozukluğu olmayanlara göre anlamlı bir ölçüde daha düşük olduğu saptanmıştır (her bir alan için; $p < 0,05$).

Tartışma

Normal fizyolojik bir gereksinim olan uyku, yeterli süre ve kalitede sağlanamadığında, çocukların gündüz uykusuzluk çekmesine, dikkatlerinin dağınık olmasına ve yaşam kalitelerinin kötüleşmesine neden olur. Bu çalışmada uyku bozukluğu görülme sıklığı % 11,9 olarak bulundu. Uyku bozukluğu sıklığı yapılan çalışmalarda % 4 ile % 14,5 arasında değişmektedir 9-12. Sonuçlar arasındaki farkın nedenleri arasında, çalışmaların farklı yaş gruplarında yapılmış olması ve çalışmalarda kullanılacak standart bir tanı yöntemi olmaması sayılabilir.

Cinsiyet hormonları ve bu hormonların solunum yolları üzerindeki kontrolü ya da vücut yağ dağılımı üzerine etkisi nedeniyle uyku bozuklukları, erişkin erkeklerde, kadınlara göre daha sık görülmektedir. Çocuklukta ise kızlar ve erkekler uyku bozukluğu açısından eşit risk altındadırlar 13. Bu durum puberte öncesi dönemde, cinsiyet hormonlarının etkilerinin bu grupta yeterince oluşmaması ile açıklanabilir. Çalışma grubunda da literatürle uyumlu olarak öğrenciler arasında uyku bozukluğu sıklığı açısından cinsler arasında bir fark bulunamadı ($p > 0,05$).

Obezitenin uyku bozuklukları için önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (14). Çalışmamızda ise uyku bozukluğu açısından obez olan çocuklarla olmayanlar arasında bir fark bulunamadı ($p > 0,05$). Çalışmaya katılan öğrenciler arasında obez öğrenci sayısının az olması bu durumun nedenlerinden olabilir.

Adenoid ve tonsillar hipertrofi, solunumla ilgili uyku bozuklukları ile oldukça ilişkilidir (15). Adenotonsillektomi sonrası hem uyku bozukluklarının, hem de uyku bozukluğu

Tablo 1. Uyku bozukluğu olan ve olmayanların sosyodemografik özellikler ve uyku bozukluğu ile ilişkili özelliklere göre dağılımı

	Var n (%)	Yok n (%)	Toplam n (%)	İstatistik değeri (χ^2 ; p)
Yaş				
12-13	41 (10,8)	339 (89,2)	380 (74,2)	1,385; 0,239
14-15	20 (15,2)	112 (84,8)	132 (25,8)	
Cins				
Erkek	32 (12,4)	227 (87,6)	259 (50,6)	0,09; 0,755
Kadın	29 (11,5)	224 (88,5)	253 (49,4)	
Aile öyküsü				
Yok	45 (10,1)	399 (89,9)	444 (86,7)	8,845; 0,003
Var	16 (23,5)	52 (76,5)	68 (13,3)	
Adenoid hipertrofisi				
Yok	46 (9,9)	419 (90,1)	465 (90,8)	17,684; 0,000
Var	15 (31,9)	32 (68,1)	47 (9,2)	
Sizce uyku probleminiz var mı?				
Hayır	28 (7,5)	345 (92,5)	373 (72,9)	25,907; 0,000
Evet		33 (23,7)	106 (76,3)	
Tonsillektomi hikayesi				
Yok	56 (11,5)	433 (88,5)	489 (95,5)	2,211; 0,137
Var		5 (21,7)	18 (78,3)	
Hekim tanıli uzun süreli hastalık				
Hayır	49 (10,9)	400 (89,1)	449 (87,7)	2,751; 0,079
Evet		12 (19,0)	51 (81,0)	

Tablo 2. Uyku bozukluğu olan ve olmayanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar

Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Uyku Bozukluğu		
	Var	Yok	İstatistiki Değer
Fiziksel alt boyut	58,81±20,74	71,77±17,47	t:4,66; p<0,001
Emosyonel alt boyut	65,77±23,73	76,56±16,69	t:3,43; p:0,001
Özsaygı alt boyutu	52,86±22,34	59,42±23,63	t:2,13; p:0,036
Aile yapısı alt boyutu	74,69±23,97	86,37±16,72	t:3,68; p<0,001
Arkadaş alt boyutu	60,75±20,85	71,49±18,40	t:3,82; p<0,001
Okul alt boyutu	57,47±20,50	69,12±18,99	t:4,19; p<0,001

sonucu ortaya çıkan davranış bozukluklarının tedavisinin olanaklı olabileceği düşünülmektedir 1. Bu çalışmada da adenoid hipertrofisi olan çocuklarda uyku bozukluklarının daha sık olduğu saptandı (p<0,05). Tonsillektomi öyküsü olan çocuklar ile adenoid ya da tonsillar hipertrofi öyküsü olmayan çocuklar arasında da uyku bozukluğu sıklığı açısından bir fark bulunamadı (p>0,05).

Sigara dumanı üst solunum yolunda enflamasyona ve mukozal ödeme neden olarak solunumla ilgili uyku bozukluklarının ortaya çıkmasını kolaylaştıran önemli nedenlerdendir 15. Oysa bu çalışmada uyku bozukluğu sıklığı açısından evlerinde sigara içen birey olan ve olmayan çocuklar arasında bir fark bulunamadı (p>0,05). Bu durumun nedenlerinden biri sigaranın sağlığa zararları hakkında bilinçli olan ailelerin evlerinde çocuklarının yanında sigara içmemeleri olabilir.

Ebeveyn öğrenim ve çalışma durumu ile uyku bozukluğu arasında bir ilişki saptanamamıştır (her biri için; p>0,05). Aslında bu iki değişken çocukların sosyoekonomik düzeylerinin de göstergelerindedir. Çalışmada sosyoekonomik düzeyle ilişkili diğer değişkenler ise kardeş sayısı ve öğrencinin kendine ait odasının varlığıdır. Bu çalışmada kardeş sayısı ve öğrencinin kendine ait bir odasının varlığı ile uyku bozukluğu sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır (her biri için; p>0,05). Corbo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uyku bozukluklarının en önemlilerinden biri olan horlamanın ebeveyn öğrenimi ile ilişkili olmadığı, kalabalık bir evde yaşamanın ise uyku bozukluğu için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir 15. Amerika'da yapılan bir çalışmada ise daha çok alt sosyal sınıflarda yaşayan siyahi çocuklarda uyku bozukluğunun daha sık görüldüğü saptanmıştır 13. Çalışma grubundaki öğrencilerin büyük çoğunluğunun

aynı ilçede yaşıyor olması ve ilçede yaşayanların sosyoekonomik olarak birbirine yakın olması, çalışmadaki bu değişkenler ile uyku bozuklukları arasında bir ilişki bulunamamış olmasının nedenleri arasında olabilir.

Uyku bozukluklarının nedenleri arasında genetik ve çevresel faktörlerin de olduğu bilinmektedir. Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda, solunumsal uyku bozukluklarından en önemlisi olan obstruktif uyku apnesinin (OSA) ailesel geçiş gösterdiği bildirilmektedir (16,17,18). Bu çalışmada, çocuklarda uyku bozukluğu sıklığının, ailesinde uyku bozukluğu öyküsü olanlarda, olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,05). Solunumla ilişkili uyku bozukluğunun burun, farinks ve boyun yapısı ile ilgili olması ve bu yapıların gelişiminde ise genetik faktörlerin etkili olması bu ilişkiyi açıklayabilir 15. Ebeveynlerin kendilerinde olan bir bozukluk konusunda farkındalığının yüksek olması da çocuklarındaki uyku bozukluğu semptomlarını daha kolay tanımlarını ve fark etmelerini sağlamış olabilir.

Çalışmamızda kendisinde uyku bozukluğu olduğunu düşünen çocuklarda, ebeveynler tarafından bildirilen uyku bozukluğu sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05). Çocukları ile iletişimi iyi olan ilgili ailelerin, çocuklarının uyku davranışları hakkında daha bilinçli olmaları beklenen bir durumdur. Yaşam kalitesi birçok değişkene bağlı karmaşık bir kavram olup, önemli belirleyicilerinden biri sağlıktır. Fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden iyiliği bozan durumlarda yaşam kalitesinin bozulması ise kaçınılmazdır. Uyku bozuklukları, sağlığı her yönden etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler 19. Bu çalışmada da uyku bozukluğu olan çocukların yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt alanlarından aldıkları puan

ortalamlarının uyku bozukluğu olmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (her bir alan için; $p < 0,05$). Mitchell ve Kelly de çalışmalarında uyku bozukluğunun gündüz davranışlarını, bilişsel gelişimi ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir.

3. Çocuklarda büyüme ve gelişmenin devam ettiği bir dönemde uyku bozukluğu; dikkat eksikliği, hafıza ve zeka sorunları ile somatik yakınmalara da yol açabilerek yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir. Sonuç olarak; bu çalışmada ilköğretim öğrencileri arasında uyku bozukluklarının önemli bir sağlık sorunu olduğu ve uyku bozukluğu olan çocukların yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Uyku bozukluğu saptanan öğrencilerin kesin tanı ve varsa tedavilerinin sağlanması için uzman hekimlere yönlendirilmesi, uyku bozuklukları hakkında farkındalık yaratılması için ebeveynlere yönelik bilgilendirme çalışması yapılması uygun olacaktır. Çocuklardaki solunumla ilgili uyku bozukluklarının, sosyoekonomik özellikler ile ilişkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için bu özellikler açısından daha heterojen bir grupta, daha kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

İletişim: Dr. Tuğçe Koyuncu

E-posta: tucekoyuncu@yahoo.com

Kaynaklar

1. Rosen CL, Larkin EK, Kirchner HL et al. Prevalence and risk factors for sleep-disordered breathing in 8-to 11-year-old children: association with race and prematurity. *The Journal of pediatrics* 2003;142(4):383-9.
2. Agargun MY, Cilli AS, Sener S, et al. The prevalence of parasomnias in preadolescent school-aged children: a Turkish sample. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research* 2004.
3. Mitchell RB, Kelly J. Behavior, neurocognition and quality-of-life in children with sleep-disordered breathing. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2006;70(3):395-406.
4. Chervin RD, Hedger K, Dillon JE, Pituch KJ. Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep medicine*. 2000;1(1):21-32.
5. Öner P, Barut Y, Öner Ö, et al. Reliability and validity of Turkish translation of the pediatric sleep questionnaire. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2009;19(4):382-95.
6. Bullinger M, von Mackensen S, Kirchberger I. KINDL-ein Fragebogen zur Erfassung der

gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. 1994;2(1):64-77.

7. Eser E, Yüeksel H, Baydur H, et al. The psychometric properties of the new Turkish generic health-related quality of life questionnaire for children (Kid-KINDL). 2008.
8. Heins E, Seitz C, Schüz J, et al. Bedtime, television and computer habits of primary school children in Germany. *Das Gesundheitswesen*. 2007;69(3):151-7.
9. Ng D, Kwok K, Poon G, Chau K. Habitual snoring and sleep bruxism in a paediatric outpatient population in Hong Kong. *Singapore Medical Journal*. 2002; 43(11):554-6.
10. Johnson EO, Roth T. An epidemiologic study of sleep-disordered breathing symptoms among adolescents. *SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER-*. 2006; 29(9):1135.
11. Spruyt K, O'Brien LM, Macmillan Coxon A, Cluydts R, Verleye G, Ferri R. Multidimensional scaling of pediatric sleep breathing problems and bio-behavioral correlates. *Sleep medicine*. 2006;7(3): 269-80.
12. Ersu R, Arman AR, Save D, et al. Prevalence of snoring and symptoms of sleep-disordered breathing in primary school children in Istanbul. *Chest Journal*. 2004;126(1):19-24.
13. Marcus CL. Sleep-disordered breathing in children. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2001;164(1):16-30.
14. Redline S, Tishler PV, Schluchter M, Aylor J, Clark K, Graham G. Risk factors for sleep-disordered breathing in children: associations with obesity, race, and respiratory problems. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 1999;159(5):1527-32.
15. Corbo GM, Forastiere F, Agabiti N, et al. Snoring in 9-to 15-year-old children: risk factors and clinical relevance. *Pediatrics*. 2001;108(5):1149-54.
16. Li AM, Au CT, So HK, Lau J, Ng PC, Wing YK. Prevalence and risk factors of habitual snoring in primary school children. *CHEST Journal*. 2010;138(3): 519-27.
17. Redline S, Tishler PV. The genetics of sleep apnea. *Sleep Medicine Reviews*. 2000;4(6):583-602.
18. Redline S, Tishler PV, Tosteson TD, et al. The familial aggregation of obstructive sleep apnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 1995;151(3_pt_1):682-7.
19. Roeser K, Eichholz R, Schwerdtle B, Schlarb AA, Kübler A. Relationship of sleep quality and health-related quality of life in adolescents according to self-and proxy ratings: a questionnaire survey. *Frontiers in Psychiatry*. 2012;3.



Hasta İle Hekimin Ötekileştirilmesi*

Patient and Physician Opposed to Eachother

*Dr. Cumhur İzgi**

Geliş tarihi : 30.10.2013

Kabul tarihi: 22.11.2013

Öz

Son yüzyılın en önemli değersel değişimlerinden birisi, insan hakları kavramının yaşama yansması ve yaygınlaşmasıdır. Yaşanan toplumsal değişimler, demokratik hukuk devletlerinin yasal düzenlemelerinin merkezine insan hakları kavramının alınarak yapılmasını sağlamıştır. Kavramın sağlık alanına yansması ise sağlık hakkı, hasta hakkı ve hekim hakkı gibi konuların gündeme alınmasını, konu ile ilgili düzenlemelerin yapılmasını getirmiştir.

Ancak sağlık politikalarında yaşanan değişimler, bütünün bileşenleri olan hasta ve hekim kavramlarını birbirlerine göre ötekileştirmektedir. Söz konusu bileşenlerin haklarının birbirleri üzerinden tanımlanması, sağlık hakkının sağlanmasındaki temellerden olan hasta ile hekim ilişkisini ve bu ilişkideki güven değerini zedelemektedir.

Bu sunumda ulusal basında çıkan ve hekim hakkı olarak gündeme yerleşen bir haber, hasta, hekim ve sağlık hakkı bağlamında irdelenmektedir.

Sonuç olarak, sağlık hakkının bir bütün olarak ele alınması ve sağlık hakkını sağlama sorumluluğunu taşıyan devlet kurumunun ödevlerini yerine getirmesi gerekliliğine vurgu yapılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sağlık hakkı, Hasta hakkı, Hekim hakkı

Abstract

One of the most important changes of value in the past century was the practice and dissemination in life of the idea of human rights. Social developments experienced has provided human rights to be placed and structured at the center of the legal regulations in democratic constitutional states. This concept has been reflected to the health area as health right, patient rights and physician rights, leading to legal regulations related to the issue.

However, the changes in health policies have resulted in the opposition of patient and physician concepts both of which are in fact a component of the integrity. The identification of the components' rights from the point of each other damages the relationship and the trust between the patient and the physician, which are the bases of health right provision.

In this presentation, the news published in the national media on the issue of physician rights is examined in the scope of patient, physician and health rights.

Consequently, it is emphasized that the right of health needs be approached integrally and national authorities responsible for providing health right are required to fulfill their duties.

Key words: Health right, Patient rights, Physician rights

*Bu makalenin benzer içeriği Kasım 2012'de 4. Uluslararası Hasta Hakları Kongre'sinde daha kısa özet şeklinde sunulmuştur.

**Öğr. Gör.; Akdeniz Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD. Antalya

Giriş

“Hak” kavramı, “hukuken korunan ve sahibine bu korumadan yararlanma yetkisi tanınan menfaat” ya da “hukuken korunmasını istemek yetkisine sahip bulunduğumuz çıkar” olarak tanımlanabilmektedir (1). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, hak kavramı etik ile birlikte hukuk kapsamı içinde de ele alınması gereken, hukukun yarattığı bir kavramdır. Değer yükü taşıyan, hukukun bireye tanıdığı yetkidir. İnsanın toplumsallaşması ile başlayan yeni yaşam sürecinin sürdürülebilirliğinin sağlanması gereksinimi, pozitif hukuku doğurmuş ve değişen toplum yapıları ile birlikte hukuk kavramı da hak kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Hukuk sistemi bu kavramla, özgür bireylerin sistem içinde bir arada var olabilmelerinin olanağını yaratmaya çalışmaktadır.

Sağlık Hakkı

Tüm insanların hak ve saygınlık açısından eşit, onurlu ve özgür doğduğu anlayışına dayanan insan hakları kavramından, 1215 Magna Charta Libertatum, 1776 Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi ve 1789 Fransız Devrimi'nin oluşturduğu İnsan ve Vatandaşlık Hakları Bildirisi ile söz edilir olmuştur. Dünyanın yaşadığı en acı süreçlerden olan İkinci Dünya Savaşı sonrası 1948'de Birleşmiş Milletlerin İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin yayınlanması ile insan hakları bir kez daha ilan edilmiştir (2).

İnsan hakları kavramındaki bu değişimler en temel hak olarak kabul edilen yaşam hakkının olanaklılığını sağlayan sağlık kavramının da önem kazanmasına neden olmuştur. Yaşama hakkı yalnızca bedenün fizyolojik süreçlerinin sürdürülmesi anlamına gelmeyip sağlıklı yaşama hakkıyla bütünleşerek varoluşunu gerçekleştirdiği için sağlık hakkı, birey devlet ilişkisinden doğan haklar olarak tanımlanan ikinci kuşak hak olarak kabul edilir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve birçok uluslararası kabul gören metinler sağlık hakkına vurgu yaparak temel haklar içinde kabul etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nce (DSÖ) yapılan ve genel kabul gören sağlık tanımı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halini kapsar. Tanım başka bir temellendirmeyi gerektirmeksizin sağlığın toplumsal bir olgu olduğunu belirtmektedir. Sağlığın hak olarak tanımlanması bu hizmetin alınan değil yararlanılan, verilen değil sunulan, tüketilen

değil üretilen bir hizmet olarak algılanmasını ve sağlık hizmetinden yararlanan bireyin de tüketen değil, hizmet sürecine katılan olarak değerlendirilmesini gerektirir. Özerk bireylerin ürettiği ve yararlandığı hizmet olarak sağlık hizmeti eşitler arası bir hizmettir. Aynı kavramın, hakkın -sağlığın- oluşturulması, korunması ve geliştirilmesi amacıyla eyleyen bireyler olarak tüm bileşenlerinin aynı düzlemde yer almaları gerekir. Alanın bilgisine, teknik olanaklarına sahip olarak hukuk sistemince yetkilendirilen olarak sağlık çalışanının, ürettiği bir hakkın yaşama yansımasının sağlandığı hizmetten yararlanan bireyden hiyerarşik olarak üst olduğu kabul edilemez. Ekip hizmeti olarak kabul edilen sağlık hizmetinin olmazsa olmazı unsur olan yararlananın da ekibe katılımı hakkın gerçekleşmesi için gereklidir. Hizmet süreci, üreten ile yararlanan arasındaki sınırlarının vekaleti verence belirlendiği vekalet sözleşmesi ile gerçekleşebilir.

Türkiye açısından baktığımızda, Anayasa'nın 17. maddesi “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.” diyerek yaşama hakkını temel bir hak olarak ele almıştır. Ayrıca yine Anayasa'nın 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak” ifadesiyle bireyin sağlık hakkını talep edeceği yerin devlet olduğu belirtilmiştir. Böylece normlar hiyerarşisi içinde en üst düzeydeki yasa ile yaşama ve sağlık hakkı sağlama devletin görevi olarak tanımlanmaktadır. Yine Anayasa'nın 56. maddesindeki “... insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” ifadesiyle devlet bu görevi yerine getirmedeki tek güç olarak belirtilmiş olmaktadır (3).

Hastalıklardan, sakatlıklardan arınmış olmayı içeren sağlık tanımı hasta kavramını da kaçınılmaz olarak kapsamaktadır. Sağlık kavramına da baktığımızda, hasta ve sağlık kavramının bu kavramın bileşenlerinden olduğunu görürüz. Bu noktadan hareketle ortaya konan hasta hakları üçüncü kuşak insan haklarından kabul edilir (4). Son yüzyılın en önemli değersel değişimi olan “insan hakları” ve bunun yaşama yansıması sonucu ‘birey’,

'özerklik' gibi kavramların genel kabulü, hak kullanma bilincindeki artışla sonuçlandı. Tıbbi girişimlerin niteliği ve niceliğindeki artış ve bunların etkisiyle hasta hekim ilişkisinin tek boyutluluktan çok boyutluluğa geçişi; tıbbın kendi amacına ters bir biçimde insanlara zarar verebilecek kullanımlarının olduğunun anlaşılması; sağlık giderlerinin artması ve bununla birlikte tıbbın ticarileşmesi; özellikle bilişim teknolojilerinin daha yoğun kullanımı "neden hasta hakları" sorusunun yanıtını oluşturmaktadır.

Sağlıklı hale ulaşabilmek, bunun sürdürülmesini ve korunmasını sağlamak topluma eşit ve nitelikli olarak sunulan sağlık hizmeti örgütlenmesi ile olanaklı olacaktır. Bu nedenle genel olarak sağlık hakkı, özel olarak da hasta hakkı, ötekenden istenen bir hak olarak pozitif haklardan kabul edilir. Hasta bu hakkını temelde sağlık hizmeti organizasyonunu yapmakla, sağlık hizmetinin nitelikli ve ulaşılabilir dağılımını sağlamakla yükümlü olan devletten istemek zorundadır. Tanımı gereği hukukla da ilintilendirdiğimiz hakkı toplumun her bir bireyinin elde edebilmesinin, o toplumu yönetme erkini elinde bulunduran devletin sorumluluğunda olması pozitif hukukun ve demokratik hukuk devleti anlayışının gereğidir.

Hasta Hakları

Yaşanan iki dünya savaşı, büyük ekonomik kriz ve Sovyet Devrimi sonrası yükselen sosyal devlet anlayışı, sosyoekonomik ve teknolojik değişimler sonucu değişen toplumsal dinamikler, sağlık hizmeti anlayışında ve sunumunda değişikliklere neden olmuş ve son elli yıldır ve özellikle 1970'ler sonrası hasta hakları kavramına ilgiyi artırmış, toplumların yasal mevzuatlarındaki yerini almasına yol açmıştır. Türkiye'de de 90'lı yıllarda konunun yasal düzenlemeleri oluşturulmaya başlanmış ve Hasta Hakları Yönetmeliği ve uygulamasına yönelik Hasta Hakları Uygulama Yönergesi yayımlanmıştır. Böylece sağlık kavramının maddi ve manevi kayıpları olan bileşenin -hastanın- haklarının yasal güvence altına alınması amaçlanmıştır.

İnsanlığın evrimi içinde tüm bu değişimler, aklıyla eyleyen varoluş ve ahlaki özne olarak insanı değer olarak kabul ettiğimiz için etik açıdan olumlu ve sevindirici gelişmelerdir. Yaşadığı maddi ve manevi kayıpları ile sağlık hakkı şemsiyesinin zayıf halkası olarak kabul

edilebilecek hastaların pozitif ayrımcılık gereği koruma altına alınmaları hukuk felsefesinin gereğidir. Bu bağlamda Hasta Hakları Yönetmeliği'nin (5) ve uygulama yönergesinin (6) yayımlanarak yürürlüğe girmesi farkındalıkların artırılması amacıyla ülkemiz için gelişme olarak kabul edilecek bir uygulamadır. Ayrıca tıp etiği açısından da konunun konuşulur olması özerklik bağlamında çok önemlidir.

Hasta ve Hekim: Öteki?

Türkiye'de konu ile ilgili yasal mevzuat genel anlamda ele alındığında ve uygulamaya göz atıldığında, sağlık hizmetini veren ile alanın birbirine karşı, birbirine taraf olarak görüldüğünü düşündürmektedir. Mevzuat incelendiğinde sağlık çalışanının nasıl şikâyet edilebileceğinin ve bu yakınmanın nasıl sonuçlandırılacağına ayrıntılandırıldığı görülmektedir. Toplam olarak 51 maddeden oluşan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin altı maddesi sağlık çalışanını şikâyeti ele almaktadır. Her geçen gün artan yakınma sayısı ile birlikte sağlık çalışanına yönelik tırmanan şiddet de bunun göstergesi olarak değerlendirilebilir. Oysa hizmeti alan ile veren birbirine taraf değil aynı hizmetin, aynı hakkın parçaları, birbirini tamamlayanı olarak görülmeleri gerektiği açıktır. Sağlık hizmeti sunumu ve bireylerin bu hizmete eşit ve nitelikli ulaşımı toplum için sağlık örgütlenmesi sorundur ve bu örgütlenmeyi sağlamak görevi Türkiye'de devlete anayasal ödev olarak verilmiştir. Bu ödev de sağlık hakkı kavramının tüm bileşenleri için ancak devletin taraf olabileceğini açıkça göstermektedir. Sağlık hakkının sağlanmasında taraf olan temel kurum ise sorumluluğunu yansıtmaktadır. Sağlık hakkı ile ilgili düzenlemelerde, konunun parçalarına ayrıştırılarak ele alınması bütünü görmemize engel olabilecektir.

Hasta - hekim ilişkisinin doğrudan bir ilişki olma özelliği taşıması ve yakın geçmişe kadar bu ilişkinin tek boyutluluğu nedeniyle, hasta sorununun çözümünü yalnızca doktordan beklemekteydi. Hasta ve hekim arasındaki bilgi ve beceri asimetrisi de bu beklentiyi artıran bir diğer faktördür. Böylece sağlık örgütlenmesi içinde aynı kavramın aynı düzlemdeki bileşenleri olma özelliğinin yitirilmesi birbirine göre taraf olmayı yaratmıştır. Bu değişim gerçek taraf olan devletin ödevlerini azaltmaya, sorumluluğunu

yansıtmaya yaradığı için devlet tarafından da körüklenmektedir. Böylece yükümlülüklerin azalmasının yanı sıra, sağlığın hak olarak ele alınmasından uzaklaşarak sağlık hizmetlerinin metaya dönüşümü kolaylaşmaktadır. Yasal mevzuat gereği kurulan hasta hakları kurullarının temel işlevinin hastalar tarafından yapılan yakınmaların değerlendirilmesi durumuna gelmesi ile hasta ve hekimin ötekileşmesi hızlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nca yayımlanan hasta hakları kurullarına yapılan başvurular ile ilgili veriler incelendiğinde, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 1, 2, 3, 4) (7). Çalışmada da görüldüğü gibi, şikâyetler her yıl artış göstermekte ve hekimler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Doğası gereği daha çok şikâyetin olacağı düşünülen acil hizmetlere göre, şikâyetlerin poliklinik hizmetlerinde yoğunlaşması hasta hekim ilişkisindeki olumsuz değişimin göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca yoğun poliklinik başvurularının yaşandığı, hastalara verilen randevu sürelerinin nitelikli sağlık hizmeti sunumuna uygun olmadığı koşullarda, birey olmanın olanağını sağlayan mahremiyet hakkına, bilgilendirilmemeye yönelik şikâyetlerin oransal azlığı da toplumun ötekileşme bağlamında nasıl yönlendirildiğini ortaya koymaktadır.

Ayrıca yöneticilerin, sağlık çalışanlarının şikâyet edilebilmeleri amacıyla elektronik ortamda kolaylıklar sağlamaları, özel şikâyet hatları kurmaları ötekileşmeyi derinleştirmektedir. Söz konusu olanaklarla yapılan şikâyetlerin yöneticiler tarafından hiçbir ön değerlendirme yapılmaksızın incelemeye alınması, konularıyla toplum ve kanaat önderi olma özelliklerine sahip yöneticilerin sağlık çalışanlarını değersizleştiren söylemleri ["Ben iğneyi doktora değil hemşireye yaptırırım" (8), "Hastanın cebinden elinizi çekin artık" (9) gibi], ulusal basın "Sağlık Bakanlığı doktor avında" (10) gibi kutuplaşmayı artırıcı manşetleri, hem hastaların, hem de sağlık çalışanlarının kendilerini taraf hissetmelerine neden olmaktadır. Nitelikli hasta - hekim ilişkisini olumsuz etkileyen bu değişimler, tedavi edici sağlık hizmeti önemsenerek hizmet sayılarının niceliksel artışının "iyi" sağlık hizmeti olarak gösterilmeye çalışılması ve bu artışın sağlık çalışanları sayısı ve dağılımı ile ters korelasyon göstermesi sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasına yol açmaktadır. Yasal metnin, sağlık hakkının temel

sağlayıcısının sorumlulukları göz ardı edilerek yalnızca bireysel eylemler üzerinden sağlık çalışanlarının şikâyet edilmelerine yol açacak biçimde yapılanmasının; özellikle 1980'li yıllarda küreselleşme politikalarının etkisiyle sağlık hizmetinin metalaştırılarak özelleştirilmesi için kamu hizmetlerinin niteliksizliğinin toplum tarafından kabul edilmesi çabaları ile birleşmesi, hasta ve sağlık çalışanının birbirine karşı taraflar olarak algılanmasına neden olarak ötekileştirmiştir. Bu süreç kaçınılmaz olarak sağlık çalışanlarının "bizim de haklarımız var" söylemini ortaya koymaları ile çatışmalı bir ortam yaratmıştır. Hasta hakkını, genel sağlık hakkından ayrı ele almak, karşısına hekim hakkının çıkmasına neden olmakta ve hasta ile hekimi karşı karşıya getirmektedir. Bu durum, her gün yeniden üretilmesi gereken güven ilişkisi temelinde kurulmuş olan hasta - hekim ilişkisini olumsuz etkilemekte, mesleğin evrensel değerlerini sarsmaktadır. Hasta ve hekim haklarının birbiri üzerinden temellendirilemeyeceği ve birbirlerine karşı geliştirilmiş haklar olmadığı gerçeği gözden kaçmaktadır.

Ulusal Basında bir Haber

Böylesi bir ortamda medyaya yansıyan bir haber, sağlık çalışanları tarafından memnuniyetle karşılanmıştır. Ulusal basında 25 Temmuz 2012 tarihinde yer alan "Mahkemeden doktora: Hastanı seçebilirsin" (11) başlıklı haber birçok sosyal paylaşım sitesinde sağlık çalışanlarınca yaygınlaştırılmıştır. Yaşanan çatışmalı ortamda bu sonuç bir kazanım, hekim haklarının varlığının kanıtı olarak ele alınabilmektedir. Habere konu olan olayda, hasta ile aile hekimi arasında bozulan güven ilişkisi nedeniyle, hekimin Sağlık Müdürlüğü'nden hastanın kendi listesinden çıkarılmasını istemesi, Müdürlüğün bu istemi yerine getirmemesi üzerine açılan dava sonucu hekimin davayı kazanması söz konusudur. Hekimlik mesleğinin evrensel değerleri göz önüne alındığında, hekimlerin tıbbi ölçütler dışında hangi koşullarda hastasına sağlık hizmeti vermekten kaçınabileceği açıkça belirtilmiştir. Bunun dışındaki bir uygulamada hekimin "ayrım yapmama" temel ilkesini çiğnediği kabul edilir. Böylesi anlayışın önünün açılması sağlık hakkına erişimin farklı bir boyutla engellenmesi olarak ele alınabilir. Diğer yandan güven değerinin zedelenmesinin hasta

- hekim ilişkisinin sürdürülebilirliği önündeki en temel engellerden olduğu genel kabul görür. Medyaya yansımış bu tikel olayda da zedelenen güven değerinin tekrar oluşturulamayacağı gerekçesi ile hekimin istemi doğal olarak ve etik açıdan da temellendirilebilecek biçimde kabul edilmiştir.

Bununla birlikte sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet karşısında şiddet uygulayan kişilerin altı ay süreyle sağlık giderlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu'nca (SGK) ödenmemesi önerileri (12), hatta isimlerinin açıklanarak sağlık çalışanlarınca bu kişilere hizmet verilmemesinin sağlanması söylemleri (13) de sık sık dile getirilmeye başlamıştır.

Bu noktada dikkat edilmesi gereken, olayların gerekçelerinden soyutlanarak "hekime hasta seçme hakkı" söylemi ile basında ve toplumda yaygınlaşmasıdır. Bu yaygınlaşmanın sonuçları, hekimin ayırım yapmama ilkesini zedeleyecek noktaya gelmesi ve hasta seçme sınırlarının genişlemesiyle hizmetin etkilenmesi olabilir. Türkiye açısından yaşadığımız süreç göz önüne alındığında – kürtaj, sezaryen tartışmaları; kürtaj yasa taslağında hekime müdahaleden kaçınma hakkı verilmesi düşüncesi; iktidar erkini elinde tutanlarca aile planlaması kavramı yok sayılarak her ailenin üç-beş çocuk yapması gerektiği açıklamaları; tıp fakültesi öğrencilerinin cinsiyet temelinde hasta seçme istemlerini dile getirmeye başlamaları ...- sağlık ortamında da genel yaşam koşulları gibi laikliğin göz ardı edilerek dini temellerle şekillendirilme isteminin arttığı görülmektedir. Böylesi bir süreçte hekime hasta seçme hakkının verildiğinin konuşulur olması, Hipokrat'tan günümüze güçlenerek gelen hekimin hastaları arasında ayırım yapmaması gerekliliği değerinin harcanmasının önünü açabilecektir. Böylesi bir değişim ise hekimlik mesleğini değerlerden soyutlayarak hekimin teknokrat konumuna gelmesini kolaylaştıracaktır. Neoliberal politikalar sağlığı hak olmaktan çıkarıp alınıp satılır meta haline getirerek bireylerin eşit ulaşımını engellerken, bu durum da farklı bir boyutla hizmete ulaşım engelini artırmaya zemin hazırlayabilecektir. Bu şekilde hasta ile hekimi karşı karşıya getirmek, her gün yeniden üretilmesi gereken güven ilişkisi temelinde kurulmuş olan hasta – hekim ilişkisini olumsuz etkilemekte, mesleğin evrensel değerlerini sarsmaktadır. Güven değerinin zedelenmesi hasta-hekim ilişkisinin sürdürülebilirliğinin önündeki en temel engeldir.

Sonuç

Geçmişte kamuda verilen sağlık hizmeti ve kamuda çalışanlar kötülenerik, günümüzde ise kamu kurumlarında hasta hakları kurullarıyla ve ayrımcılık yapmama evrensel mesleki değerinin altı oyularak sağlık çalışanları ile hastaların kutuplaşmalarının hızlandırılması konusunda tüm sağlık alanının dikkatli olması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Tüm kavramların yapıbozum ile içeriklerinden soyutlanarak tartışılır duruma getirildiği postmodern süreçte, yaşam hakkıyla doğrudan ilintili olan sağlık hakkı kavramının içinin de daha çok boşaltılmaması amacıyla tüm sağlık çalışanları ile birlikte tüm toplum

Tablo 1. Hasta hakları kurullarına yapılan şikâyet sayılarının yıllara göre dağılımı

Yıl	Şikâyet Sayısı
2007	12789
2008	14098
2009	18625
2010	21591
2011	29189

Tablo 2. Hasta hakları kurullarına yapılan şikâyetlerin birimlere göre dağılımı

Birim	%
Poliklinik	42
Acil	17
Klinik Hizmet	12
Lab/ Görüntüleme Hizmetleri	8

Tablo 3. Hasta hakları kurullarına yapılan şikâyetlerin personele göre dağılımı

Birim	%
Poliklinik	42
Acil	17
Klinik Hizmet	12
Lab/ Görüntüleme Hizmetleri	8

Tablo 3. Hasta hakları kurullarına yapılan şikâyetlerin personele göre dağılımı

Şikâyet Konusu	%
Hizmetten faydalanmama	46
Saygınlık ve rahatlık görmeme	22
Bilgilendirilmeme	6
Mahremiyete uyulmaması	1

sorumluluğunun bilincinde olmalıdır. Tüm bunlar göz önünde bulundurularak, sağlık hakkı bütünü içinde hasta ve hekim haklarını ele alan, etik duyarlılıktan ödün vermeyen ve duyarlılığın yaygınlaştırılmasını amaçlayan hukuki bir yapılanmanın da sağlanması, günümüzün insan anlayışı açısından önemini korumaktadır.

İletişim: Dr. Cumhur İzgi

E-posta: mcizgi@yahoo.com

Kaynaklar

1. Görkey Ş. Hasta hakları. İçinde: Medikal etik 4. Hatemi H, Doğan H. eds. 2003. s. 100-26
2. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. Accessed November 28, 2013, at http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=105:san-haklari-evrensel-bdges-&catid=6:uluslararasıylge&Itemid=36
3. TC Anayasası. Accessed November 28, 2013, at <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>
4. Kaboğlu İÖ. Özgürlükler hukuku. İstanbul: AFA; 1993. s. 272.
5. Hasta Hakları Yönetmeliği. Accessed November 28, 2013, at <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/eski2yeni.html>
6. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi. Accessed November 28, 2013, at <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yeniyonerge.htm>
7. Hasta Hakları Uygulamaları İstatistikleri. Accessed November 28, 2013, at <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/istatistik.htm>
8. Accessed November 28, 2013, at <http://webarsiv.hurriyet.com.tr/2005/02/25/604697.asp>
9. Accessed November 28, 2013, at <http://yenisafak.com.tr/arsiv/2003/haziran/22/g5.html>
10. Accessed November 28, 2013, at <http://www.sabah.com.tr/Ekonomi/2011/12/21/saglik-bakanligi-doktor-avinda>
11. Accessed November 28, 2013, at <http://www.samanyoluhaber.com/gundem/Mahkemedan-doktora-Hastani-secebilirsin-/803676/>
12. Accessed November 28, 2013, at <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-siddet-uygulayanlarin-saglik-giderlerini-6-ay-sgk-odemesin-1-11-52601.html>
13. Accessed November 28, 2013, at <http://www.haberler.com/doktora-siddet-uygulayanlaria-kara-liste-4612477-haberi/>



Yaşama Erken Başlayanlar: Preterm Doğum Küresel Eylem Raporu

Early Starters of Life: Global Action Report on Preterm Birth

(Çeviri Özeti)

Dr. Nergis Başer, Dr. Muzaffer Eskiocak***

Geliş tarihi : 06.07.2013

Kabul tarihi: 12.09.2013

Öz

Dünyada her yıl 15 milyon bebek erken doğar. Tüm dünyadaki aileleri etkileyen bu durum doğan her 10 bebekten birinden fazlasının prematüre doğduğunu gösterir. Her yıl bir milyondan fazla çocuk erken doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir. Kurtulanların çoğu da bir ömür boyu öğrenme güçlüğü, görsel ve işitme sorunları gibi engellerle karşı karşıyadırlar.

Erken doğum çeşitli nedenlerle oluşur. Bazı erken doğumlar doğumun erken indüksiyonu ya da sezaryen doğum sonucu tıbbi ya da tıbbi olmayan nedenlerle olmaktadır. Erken doğumların çoğu kendiliğinden gerçekleşir.

Yaygın nedenleri çoğul gebelikler, enfeksiyonlar ve diyabet, yüksek tansiyon gibi kronik hastalıklardır. Ancak genellikle hiçbir neden tespit edilemez. Muhtemelen genetik bir etki söz konusudur. Nedenlerinin ve mekanizmanın daha iyi anlaşılması çözüm önlemlerinin gelişmesini sağlayacaktır.

Hâlâ birçok ülke, aileler ve sağlıkçılar bu ölümlerin kaçınılmaz olduğunu düşünmektedir.

DSÖ ve Birleşmiş Milletler, "Binyıl Kalkınma Hedefleri" ile 16 milyon yaşam kurtarmayı hedeflemektedir.

Anahtar sözcükler: Erken doğum, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), Binyıl kalkınma hedefleri

Abstract

Fifteen million babies are born too soon yearly in the world. More than one in 10 babies are born preterm, affecting families all around the world. Over one million children die each year due to complications of preterm birth. Many survivors face a lifetime of disability, including learning disabilities, visual and hearing problems.

Preterm birth occurs for a variety of reasons. Some preterm births result from early induction of labor or cesarean birth whether for medical or non-medical reasons. However, most preterm births occur spontaneously.

Common causes of preterm birth include multiple pregnancies, infections and chronic conditions, such as diabetes and high blood pressure. However, no cause is identified occasionally. There is also a genetic influence. Better understanding of the causes and mechanisms of preterm birth will advance the development of preventive measures. WHO and United Nations plan to save 16 million lives by "Millennium Development Goals".

Key words: Preterm birth, WHO (World Health Organization), Millennium development goals

*Arş. Gör.; Trakya Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Edirne

**Prof.; Trakya Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Edirne

Erken doğum DSÖ tarafından tüm doğumlar için 37. gebelik haftasını tamamlamamış ya da kadının menstruel periyodunun ilk gününden itibaren 256 günden az olan doğumlar şeklinde tanımlanmıştır.

Prematürite beş yaşından küçük çocuklardaki ölümlerin pnömoniden sonraki ikinci en sık nedenidir. Yaşamın ilk aylarındaki ölümlerin ise en sık nedenidir. Sıklığı göz önüne alındığında birçok insan kendi ailelerinde ya da yakın çevresinde erken doğumun zorluğunu ya da trajedisini yaşayacaktır.

Erken doğumun etkileri aileler, sağlık sistemi ve topluma büyük bir yük oluşturmaktadır.

Neden Erken Doğum Üzerinde Durulur?

Erken doğum hem önemli bir ölüm nedeni, hem de tüm dünyada hayatta kalanlar arasında uzun süreli insan potansiyel kaybının önemli bir nedenidir. Erken doğum komplikasyonları yenidoğan ölümlerinin doğrudan tek ve en büyük nedenidir. Erken doğmuş olmak özellikle neonatal enfeksiyonlar gibi diğer hastalıklara bağlı ölümleri artırır. Dünya çapındaki erken doğan bebeklerin yaklaşık yarısı evde doğmaktadır. Gerekli tesislerde doğanların birçoğu da yeterli yenidoğan bakımı alamamaktadır.

Erken Doğumla İlgili Rakamlar

- Her yıl 15 milyon erken doğum olmaktadır ve artmaktadır.

- 1.1 milyon bebek erken doğum komplikasyonları nedeniyle ölmektedir.

- Afrikalı bir bebeğin Avrupalı bir bebeğe göre yenidoğan komplikasyonlarına bağlı olarak 12 kat daha fazla ölüm riski vardır.

- Dünyadaki 184 ülkede erken doğumların oranı %5 ile 18 arasındadır.

- Erken doğumların %80'i 32 ile 37. gebelik haftaları arasında olmaktadır ve bu bebeklerin çoğu ısı ayarlaması ve beslenme desteği gibi temel yeni doğan bakımıyla yaşatılabilmektedir.

- Erken doğan bebeklerin yaklaşık %10'u 28 - 32 hafta arasında doğar.

- Erken doğum nedenli ölümlerin %75'i yoğun bakım olmadan önenebilir.

- Yedi ülke son on yılda erken doğum nedenli ölümlerini yarıya indirmiştir.

Binyıl Kalkınma Hedefleri ve Sonrası

20. yüzyılın başlarında ve ortalarında gelişmiş ülkelerde anne, yenidoğan ve çocuk ölümlerindeki düşüş bir halk sağlığı zaferi olarak yorumlanmıştır. Bu düşüşün büyük bir kısmı sosyoekonomik, hijyen koşullarında, eğitim koşullarında, toplum sağlığında iyileştirmelere ve malnütrisyon ve enfeksiyon hastalıklarında azalmaya bağlıdır. "Binyıl Kalkınma Hedeflerinin erken doğum ile ilgili hedefleri aşağıdadır:

1. İleri Derecedeki Açlığı ve Yoksulluğu Eradike Etme

- Yoksulluk, genç kızken yetersiz beslenme ve bodurluk erken doğum için bir risk faktörüdür.

2. İlköğretime Evrensel Düzeyde Ulaşım

- Özellikle kızların eğitimi erken doğum için bir risk faktörü olan adolesan gebeliği azaltır.

- Yaşa uygun sağlık eğitimi gebelik öncesi risk faktörlerini azaltabilir.

3. Cinsiyet Eşitliğinin Artırılması ve Kadının Güçlendirilmesi

- Cinsiyet eşitliği, eğitim ve kadınların güçlendirilmesi, verileri ve bebeklerin sağ kalımını iyileştirir.

4. Çocuk Ölümlerinin Azaltılması

- Yenidoğan ölümleri 5 yaş altı ölümlerin %40'ıdır.

5. Anne Sağlığını İyileştirme

- Adolesan gebelikleri önlemek için aile planlaması ve aralıklı doğumu teşvik eden doğum riskini azaltır.

- Tüm gebeler için etkili antenatal, obstetrik ve doğum sonrası bakım anne ve bebeğin yaşamını kurtarır.

6. HIV/AIDS, Malaria ve Diğer Hastalıklarla Savaş

- Gebelik öncesi ve gebelik sırasında enfeksiyonları ve bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme ve tedavi etmenin erken doğum riskini azalttığı bilinmektedir.

7. Sürdürülebilir Çevre Sağlama

- Bulaşıcı hastalıkların iletimini azaltmak için daha iyi suya, ulaşım ve sanitasyon olanaklarının sağlanması gerekmektedir.

8. Gelişim İçin Global Ortaklık

- Birleşmiş Milletler Binyıl Kalkınma Hedefleri kapsamında 2010'dan 2015 yılına kadar her kadın her çocuk stratejisinde 16 milyon yaşam kurtarmayı hedeflemektedir.

Erken Doğumların Türleri ve Risk Faktörleri

Erken doğumların %60'ından fazlası Afrika ve Güney Asya'da meydana gelmektedir. Yüksek sayılara sahip olan 10 ülkeden bazıları Brezilya, Amerika Birleşik Devletleri, Hindistan ve Nijerya'dır. Bu da gösterir ki erken doğum gerçekten küresel bir sorundur.

Sahra-altı Afrika'da ki 11 ülkeden yalnızca ikisinde erken doğumlar %15'in altındadır. Karşılaştırma yapıldığında yoksul ülkelerde bebeklerin %12'si, yüksek gelirli ülkelerde ise %9'u erken doğar. Ülke içinde de yoksul aileler daha yüksek risk altındadır.

Verilere göre, 65 ülkeden 3'ü dışında son 20 yılda erken doğum oranlarında bir artış gözlenmiştir. Bunun olası nedenleri daha iyi ölçümler yapma ve iyileştirilmiş sağlık kapsamında yükselen anne yaşı, diyabet, yüksek kan basıncı gibi temel ana sağlığı sorunlarının iyileştirilmesi, kısırlık tedavisinin daha fazla kullanılması sonucu çoğul gebeliklerin artması ve zamanından önce sezaryenle doğum gibi obstetri uygulamalarındaki değişikliklerdir.

Prematüre bebekler için nerede doğduklarına bağlı olarak değişen dramatik bir yaşamsal uçurum vardır. Örneğin az gelişmiş ülkelerde dünyaya gelen ileri derecede erken doğan bebeklerin (<28 hafta) %90'ı yaşamın ilk birkaç günü içinde ölürlür; yüksek gelirli ülkelerde ise bu gestasyon haftasındaki bebeklerin yalnızca %10'u ölür. Böylece 10/90 sağ kalım açığı ortaya çıkar.

Erken Doğumun Önlenmesi için Tüm Kadınları Kapsayan Gebelik Öncesi Bakım Hizmetleri

Adolesan Gebeliklerin Önlenmesi

Her yıl 15-19 yaş arası adolesan gebelikler sonucu yaklaşık 16 milyon bebek doğduğu

tahmin edilmektedir. Bu da tüm doğumların yaklaşık %11'idir. Bu kızlar fiziksel olarak gebelik ve doğuma hazır olmadıkları ve gebelik için gerekli besin rezervleri yetersiz olduğu için erken ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurmada ciddi bir risk grubudurlar.

İstenmeyen Gebeliklerin Önlenmesi ve Uygun Doğum Aralıklarının Teşvik Edilmesi

Özellikle bir gebelik sonrasında 6 ay içinde yeniden gebe kalan kadınlar erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek için daha risklidirler. Yirmi dört ay boyunca emzirmeyi teşvik yakın aralıklı gebelikleri önleyebilir. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgilendirme etkili olacaktır.

Hamilelik Öncesi Kilonun İyileştirilmesi

Beden Kitle İndeksi (BKİ) 18,5'un altında ve 25'in üstünde olanlar erken doğum için normal kilolu kadınlara göre daha yüksek riske sahiptirler.

Mikro Besinlerle Takviye Edilmiş, Zenginleştirilmiş Temel Gıdalarla Sağlıklı Beslenmenin Teşvik Edilmesi

Nöral tüp ve diğer doğum defektlerini önlemek için prekonsepsiyonel dönemde 400 mikrogram folik asit içeren multivitamin kullanmak en etkili yoldur. Vitamin kullanımı ile konjenital malformasyon riski %42 ila 62 arasında, preeklampsi riski ise yaklaşık %27 azaltılabilir.

Çocuk ve Adolesanların Aşılmasının Teşvik Edilmesi

Döllenme sırasında ya da gebelikte bulaşan enfeksiyonlar erken doğuma neden olabilir. Bu enfeksiyonların çoğu rutin çocukluk dönemi aşılarıyla önlenabilir.

Erken Doğum Riskini Artıran Risk Faktörleri Olan Kadınlar İçin Bakım Hizmetleri

Depresyon gibi maternal stres, sosyoekonomik zorluklar ve partner şiddeti erken doğum için risk faktörleridir.

HIV / AIDS Dahil Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların, Önlenmesi ve Tedavisi

Özellikle frengi başta olmak üzere, bulaşıcı hastalıkların sıklığının azaltılması, erken ve ölü doğum oranlarının düşürülmesi için yüksek bir önceliğe sahiptir.

Tütün Kullanımının Bırakılmasının Özendirilmesi ve Sigara Dumanına Maruz Kalmanın Kısıtlanması

Sigara içimi, tütün kullanımı ve dumanına maruziyet, erken doğumun yanı sıra fetal büyüme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna da neden olur.

Kronik Hastalıkların Erken Tanısı ve Yönetimi Danışma yoluyla diyabette iyi kontrol sağlamak, kilo yönetimi, beslenme ve insülin uygulaması perinatal mortalite ve konjenital hastalıklar riskini yaklaşık %70 oranında azaltmaktadır. Ancak bu diabetik annelerde erken doğum oranını anlamlı ölçüde düşürmez.

Kanguru Anne Bakımı

“Kanguru Anne Bakımı” olarak adlandırılan, anne ile bebeğinin ten tene teması, bir çeşit bebeği kucaklama metodudur. İlk kez 1978 yılında, prematüre ve düşük doğum ağırlığı olan bebeklerin geleneksel bakımına alternatif olarak geliştirilmiştir. Bebek annenin tişörtü içinde, kanguru torbasını andıran bir şekilde durduğu için “kanguru bakımı” terimini ortaya çıkarmıştır. Kanguru bakımı, gerek yoğun bakım ünitesinden taburculuk için hazırlanan ve taburcu olan, gerekse hiç hastanede yatmamış olan prematüre bebeklerin evde bakımında kullanılan bir uygulamadır. Anne sütüyle sık sık emzirme önerilir. Yapılan araştırmalar sonucu hipotermide %80, neonatal enfeksiyonlarda %60 ve mortalitede %40 azalma saptanmıştır.

Tablo 1. Doktor tarafından başlatılan erken doğumlar

Risk Faktörleri	Örnekler	Girişimler
Gebelik yaşı ve gebelik aralıkları	Adolesan gebelik, ileri anne yaşı, kısa gebelik aralıkları	Adolesan dönemin başında ve gebelik dönemleri arasında süreklilik arz eden aileplanlamasını içeren gebelik öncesi bakım
Çoğul gebelik	Yardımcı üreme yöntemleriyle oluşan gebeliklerde artan çoğul gebelik oranı	Yardımcı üreme yöntemlerinde en iyi uygulamalar için politikaların tanımı ve takibi
Enfeksiyon	İdrar yolu enfeksiyonları, sıtma, HIV, frengi, bakteriyel vajinit	Hamilelik öncesi enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisini hedefleyen cinsel sağlık programları. Gebelik sırasında meydana gelen enfeksiyonların erken tanısı, tedavisi ve mekanizmalarının önlenmesi için müdahaleler.
Altta yatan maternal kronik tıbbi koşullar	Diyabet, hipertansiyon, anemi, astım, tiroid hastalığı	Gebelik öncesinde ve gebelik sırasında kontrolleri artırmak
Beslenme	Yetersiz beslenme, obezite, mikrobesein eksiklikleri	Gebelere demir ve folik asit takviyesi, gebelik öncesi kilo kontrolünün sağlanması
Yaşam tarzı ve işle ilgili	Sigara, aşırı alkol tüketimi, uyuşturucu kullanımı, aşırı fiziksel iş / faaliyet	Çocuk doğurma yaşındaki tüm kadınları hedefleyen davranış ve toplum müdahaleleri ile doğum öncesi komplikasyonların erken teşhis ve tedavisi
Annenin psikolojik sağlığı	Kadına yönelik şiddet	Partner şiddetinin önlenmesi, çocuk yaşta evliliklerin önlenmesi
Genetik ve diğer faktörler	Genetik riskler, aile öyküsü, servikal yetmezlik	

Doktor tarafından başlatılan erken doğumlar

Obstetrik ya da fetal enfeksiyon nedeniyle tıbbi indüksiyon ya da sezaryen doğum	Spontan olarak başlayan erken doğumla doktor tarafından başlatılanın risk faktörleri birbiriyle örtüşür	Tıbbi olmayan sezaryen uygulamalarını azaltmak için politikalar ve programlar
--	---	---

Kanguru anne bakımı ile emzirmede artış, anne bebek bağında güçlenme, kilo alımı, gelişimsel yararların yanı sıra hemşirelik hizmetlerinde ve maliyette yük azaltılmış olur.

2025 Yılı Hedefleri

Prematüre doğum çocuk ölümlerinde önemli ölçüde sorumlu olduğundan beri erken doğumun komplikasyonlarına bağlı ölümlerin azaltılması için yeni bir hedef sunuluyor.

- 1.000 canlı doğumda beşten fazla ya da eşit geçerli bir neonatal mortalite hız düzeyi olan ülkeler için hedef 2010 ve 2025 arasında erken doğum nedeniyle ölüm oranını %50 oranında azaltmaktır.

- 1.000 canlı doğumda beşten az geçerli bir neonatal ölüm hızı düzeyine sahip ülkeler için, hedef geriye kalan önlenemez erken ölümlerini elimine etmek ve uzun vadeli aksaklıkları en aza indirmek amacıyla hepsi için eşitlikçi ve kaliteli bakıma odaklanmaktadır.

Türkiye

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012'de yayımlanan ve 184 ülkenin yer aldığı "Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu"nda, dünyada prematüre doğum oranlarının %5-18 arasında değişmekte olduğu ifade edilirken, ülkemizin 2010 yılı canlı doğum sayısı 1.298.300, prematüre doğum oranı ise %11,97 olarak belirtilmiştir.

Türkiye, geçtiğimiz on yıl içinde sağlık konusunda önemli ilerleme yapmış bir üst orta gelirli ülkedir. Sağlık sisteminin dönüşümü geniş kapsamlıdır, ama anne ve bebek sağlığı politikasının özellikle oynadığı merkezi bir rol vardır.

Sonuç olarak, neonatal ölüm hızı 2000 yılında 1.000 canlı doğumda 21 iken 2010 yılında

1.000 canlı doğumda 10'a düşmüştür. Uzman tarafından yaptırılan doğumlar 2003 yılında %83 iken 2009 da %90'dan fazladır. Türkiye'nin başarısının bir kısmı talep ve tedarik stratejilerinin uygulanması yoluyla olmuştur.

Nakit yardım sağlanması ve doğumu beklerken ücretsiz konaklamayı içeren doğum öncesi bakım ve hastanede doğumun teşviki, evi kentten uzakta olan hamileler için önemlidir. Buna ek olarak, maternal ve neonatal tetanozun önlenmesi, emzirmenin teşviki, UNICEF'in "Bebek Dostu Hastane" kampanyaları daha geniş bir halk sağlığı yaklaşımının temelini oluşturmaktadır. Türkiye'de yenidoğan bakımı için taşıma ile sevk sistemleştirilmesi, yenidoğan yoğun bakım birimlerinin dönüştürülmesi, hemşirelik personel becerilerine odaklanması ve özellikle neonatal resüsitasyon bakımının standartlaştırılması gibi sağlık sistemini iyileştirmek için yatırımlar yapılmaktadır.

İletişim: Dr. Nesgis Başer

E-posta: nergiskayacan@hotmail.com

Kaynak

1. Born too soon: The Global Action Report On Preterm Birth. 2012. (Çeviri Özeti). whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503433_eng.pdf.



Birinci Basamakta Tıbbi Düşük Yönteminin Uygulanabilirliği

The Practice of Medical Abortus in Primary Health Care

Dr. Filiz Ak*

Geliş tarihi : 12.11.2013

Kabul tarihi: 07.12.2013

Öz

Her yıl güvenli olmayan düşükler 47 bin kadının ölümüne ve 5 milyon kadının hastalık ve sakatlığına neden olmaktadır. Veriler, düşükün yasalarla kısıtlandığı ülkelerde hastalık, sakatlık ve ölümün, düşükün yasal olduğu ülkelerekinden yüksek olduğunu göstermektedir. Erken dönem isteyerek düşükler için güvenli ve etkin bir yöntem olan tıbbi düşük; önce mifepriston, ardından misoprostol uygulanması protokolüne dayanır. DSÖ'nün önerdiği ve 57 ülkede kullanılan tıbbi düşük ilaçlarının Türkiye'de kullanılmıyor olması kadınlar açısından güvenli ve komplikasyonsuz işlemi sağlamak açısından dezavantajdır. Mifepriston, Türkiye'de halen ruhsatlandırılmamıştır. Misoprostol de Türkiye'de ruhsatlı olarak bulunmaktadır; ama kullanım endikasyonları arasında "düşük" yoktur. Fransa'da birinci basamakta jinekologların yanı sıra genel pratisyenlerin özel hekimlikte tıbbi düşükü güvenle uygulayabildiği sistem, ülkemizde bir sistem ağı oluşturmak açısından iyi bir örnektir. Ülkemizde güvenli düşük için yeni bir seçenek olan tıbbi düşükün birinci basamakta uygulanabilirliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalı, kullanılacak ilaçlar için gerekli ruhsatlandırma yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Güvenli düşük, Tıbbi düşük, Mifepriston, Misoprostol

Abstract

Each year unsafe abortions result in the death of an estimated 47 000 women and disabilities for 5 million women. The data show that morbidity and mortality tend to be high in countries with restrictive laws, and low in countries in which abortion is legal. Medical abortion is a safe and effective method using a combination of mifepristone followed by misoprostol in the early weeks of gestation. These drugs of medical abortion, which are suggested by WHO and used in 57 countries, cannot be used in Turkey. This is a disadvantage of women for safe and effective abortion. Mifepristone has not been authorized in Turkey yet. Misoprostol has been authorized but abortion is not a claimed indication. The system in France where the gynecologists and general practitioners provide medical abortion during their private practices is a good example for Turkey in order to provide a network. Medical abortion, a new choice for our country to provide safe abortion, can be used in primary health care. The practicability of medical abortion in primary care must be regulated and the drugs of regimen must be authorized.

Key words: Safe abortion, Medical abortion, Mifepristone, Misoprostol

*Uzm.; Ankara Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD,
TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu Yürütme Kurulu üyesi

Giriş

Ülkemizde uygulanmış olan nüfus politikaları ele alındığında, Cumhuriyetin ilk yıllarından 1965'e kadar pronatalist bir politika izlendiği, 1965 yılında 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu'nun çıkarılmasıyla da antenatalist politikaların uygulandığı görülür (1, 2, 3). Nüfus planlaması anlayışı; 1974'te Bükreş'te ilki yapılan Dünya Nüfus Konferansı'ndan sonra önem kazanmış ve gelişmekte olan ülkeler tarafından benimsenmiştir (4). Ülkemizde yeni bir nüfus politikasının temelleri; 1963-67 yıllarında uygulamaya konulan I. Beş Yıllık Kalkınma Planı ile atılmıştır. Nüfus planlaması alanındaki hizmetleri yürütmek için 1965 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur (2). 1965'te 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu ile gündeme gelmiş olan nüfus planlaması anlayışı; nüfus planlamasının ekonomik, tıbbi ve sosyal bir zorunluluk olarak kabul edilmesini sağlamıştır. Yasada bireylere, "İsteddiği zaman istediği sayıda çocuk sahibi olma özgürlüğü" tanınmıştır. Öte yandan, nüfus planlaması için yalnızca gebeliği önleme yöntemlerine izin verilmiştir (2, 5).

1983 yılında çıkan 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'da nüfus planlaması; "Fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları" biçiminde ifade edilmiştir. Bu yasayla, nüfus planlaması esasları, gebeliğin sona erdirilmesine, sterilizasyona, acil müdahale durumlarına ve gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin düzenlemeler yapılmış ve devletin gerekli tedbirleri alacağı belirtilmiştir. Gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon işlemleri, devletin gözetim ve denetimine bağlanmış; hekim dışı personele eğitimle rahim içi araç uygulaması ve pratisyen hekimlere gebeliği sonlandırma yetkisi ve 10. haftaya kadar olan gebeliklerde isteğe bağlı düşük izni verilmiştir (2, 5).

1984 yılında Meksika'da 2. Dünya Nüfus Konferansı gerçekleştirilmiş, nüfus planlaması programlarının sonuçları değerlendirilmiştir. Konferans sonrasında nüfus planlaması kavramı yerine, insan sağlığına ilişkin kaygılar da taşıyan aile planlaması kavramı tercih edilmiştir (4). Dünyada yaşanan sosyodemografik değişimler sonucu aile planlaması anlayışı, tüm sağlık sorunlarını

karşılayamamıştır. 1994'te Kahire'de gerçekleştirilen Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Konferansında (ICDP '94) aile planlaması yerine, "kadının statüsü ile sağlık ilişkisini" vurgulayan üreme sağlığı kavramı üzerinde durulmuştur. Bu anlayış, öncekilerden farklı olarak, kadın sağlığını "bütüncül" bir yaklaşımla ele almaktadır (4, 6). Eylem Programı belgesi, tüm ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetleri ile birlikte her yaştaki bireye, mümkün olan en kısa zamanda üreme sağlığı hizmetini vermeyi başarma gerekliliğini vurgular (4). Türkiye de bu konferansa katılmıştır. Bu yaklaşım doğrultusunda Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde çeşitli kuruluşların da katılımıyla "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Eylem Planı" hazırlanmıştır (5). Politikalar, 1995'te Pekin'de gerçekleştirilen 4. Dünya Kadın Konferansında da ayrıntılı olarak ele alınmıştır (4).

Üreme sağlığı; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "Yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde tamamlanması" olarak tanımlanmıştır. Üreme sağlığı; kişisel hakları temel alan bir kavramdır (4, 5). Bu kavramın içinde, doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşam; üreme yeteneği ve bu yeteneği kullanıp kullanmama, ne zaman, ne sıklıkta kullanma konusunda karar verme özgürlükleri yer alır (4, 7). Üreme hakkı ve cinsel haklar bireylerin ve özellikle de kadınların özgürce kullanmaları gereken bir insan hakkıdır. Üreme sağlığı; insan haklarından biri olarak kabul edilmesine karşın, bu hakkını kullanamayan, üreme sağlığı hizmetlerine erişemeyen ve aile planlaması yöntemlerini uygulayamayan pek çok kadın vardır. Gebeliği önleyici yöntem kullanmayan ya da geleneksel yöntemle korunan kadınlarda gebelik riskleri daha fazla olur. Aşırı doğurganlık; hem kadın, hem de çocuk sağlığını olumsuz etkiler. Olası risklerin önlenmesi, anne ve bebek ölümlerini azaltmaktadır (5).

İsteyerek Düşükler

Sağlıksız koşullarda sonlandırılan gebelikler önemli bir kadın sağlığı sorunudur. Binlerce kadının ölümü ve sakatlığı buna bağlıdır. DSÖ, bütün dünyada her yıl planlanmamış gebeliklere bağlı isteyerek düşük sayısının

Tablo 1. Dünyada bölgelere ve yıllara göre tahmini isteyerek düşük sayısı (milyon olarak)

Bölgeler	1995	2003	2008
Dünya	45,6	41,6	43,8
Gelişmiş Ülkeler (Doğu Avrupa çıkarılınca)	10,0	6,6	6,0
Gelişmekte Olan Ülkeler (Çin çıkarılınca)	3,8	3,5	3,2
Bölgelere Göre Tahminler			
Afrika	5	5,6	6,4
Asya	26,8	25,9	27,3
Avrupa	7,7	4,3	4,2
Latin Amerika	4,2	4,1	4,4
Kuzey Amerika	1,5	1,5	1,4
Okyanusya	0,1	0,1	0,1

Kaynak: Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379: 625-32.

yaklaşık 50 milyon, sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen isteyerek düşük sayısının 20 milyon dolayında olduğunu belirtmektedir (8, 9, 10). 1995-2008 yılları arasındaki küresel ve bölgesel isteyerek düşük sayıları ve bunların içinde güvenli olmayan düşüklerin oranları incelendiğinde, gelişmekte olan ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında ciddi farklar olduğu göze çarpmaktadır (10). Tablo 1 ve Tablo 2'de dünyada bölgelere ve yıllara göre farklar özetlenmiştir. Katı düşük yasası olan ülkelerde düşükler belgelenmediği için farklı kaynaklardan toplanan veriler üzerinden tahmini rakamlar hesaplanmıştır (10).

Güvenli Olmayan Düşükler

Dünyada her yıl 208 milyon kadın gebe kalmakta, bunların %41'inin de (85 milyon) istenmeyen gebelikler olduğu belirtilmektedir. Meydana gelen 46 milyon isteyerek düşüğün 22 milyonu güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmektedir (9). Her yıl güvenli olmayan düşükler 47 bin kadının ölümüne ve 5 milyon kadının hastalık ve sakatlığına neden olmaktadır (8, 9, 10, 11). DSÖ; güvenli olmayan düşükleri istenmeyen bir gebeliğin, gerekli becerisi olmayan kişiler tarafından ve / ya da minimum tıbbi standartlara sahip olmayan bir ortamda sonlandırılması işlemi olarak tanımlamaktadır (10). Liberal yasaları olan ülkelerde yasalar, kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak için düşüğe izin vermektedir (10). Yasal sınırlar dışında gerçekleştirilen düşükler, tıbbi eğitimi olan kişiler tarafından yapılıyor bile olsa, güvenli olmayan düşük olarak kabul edilir (9, 10). Bunun nedenleri de; bu işlemlerin genelde düşük gerçekleştirmeye yetkili merkezler dışında ve sağlıksız koşullarda yapılması, düşük sonrası uygun bakım hizmetinin alınamaması, acil durum olduğunda tıbbi desteğe hemen ulaşılamaması ve gizli yapıldığı için kadınların komplikasyon durumunda bakım aramada gecikmeleri olarak sıralanır (10). Veriler, düşüğün yasalarla kısıtlandığı ülkelerde hastalık, sakatlık ve ölümün, düşüğün yasal olduğu ülkelerekinden yüksek olduğunu göstermektedir (9, 10).

Tablo 2. Dünyada bölgelere ve yıllara göre tahmini güvenli ve güvenli olmayan isteyerek düşük durumu

Bölgeler	Toplam*	Güvenli	Güvensiz	Güvensiz %	Toplam*	Güvenli	Güvensiz	Güvensiz %	Toplam	Güvenli	Güvensiz	Güvensiz %
Dünya	28	14	14	%49	29	15	14	%47	35	20	15	%44
Gelişmiş Ülkeler (Doğu Avrupa çıkarılınca)	24	22	1	%6	25	24	2	%7	39	35	4	%9
Gelişmekte Olan Ülkeler (Çin çıkarılınca)	17	17	<0.5	<%0.5	19	18	1	%3	20	20	1	%3
Bölgelere Göre Tahminler												
Afrika	29	1	28	%97	29	< 0.5	29	%98	33	< 0.5	33	%99
Asya	28	17	11	%40	29	18	11	%38	33	21	12	%37
Avrupa	27	25	2	%9	28	25	3	%11	48	43	6	%12
Latin Amerika	32	2	31	%95	31	1	30	%96	37	2	35	%95
Kuzey Amerika	19	19	<0.5	<%0.5	21	21	< 0.5	<%0.5	22	22	< 0.5	<%0.5
Okyanusya	17	14	2	%15	18	15	3	%16	21	17	5	%22

*Toplam: 15-44 yaş arası her 1000 kadında düşük sayısı

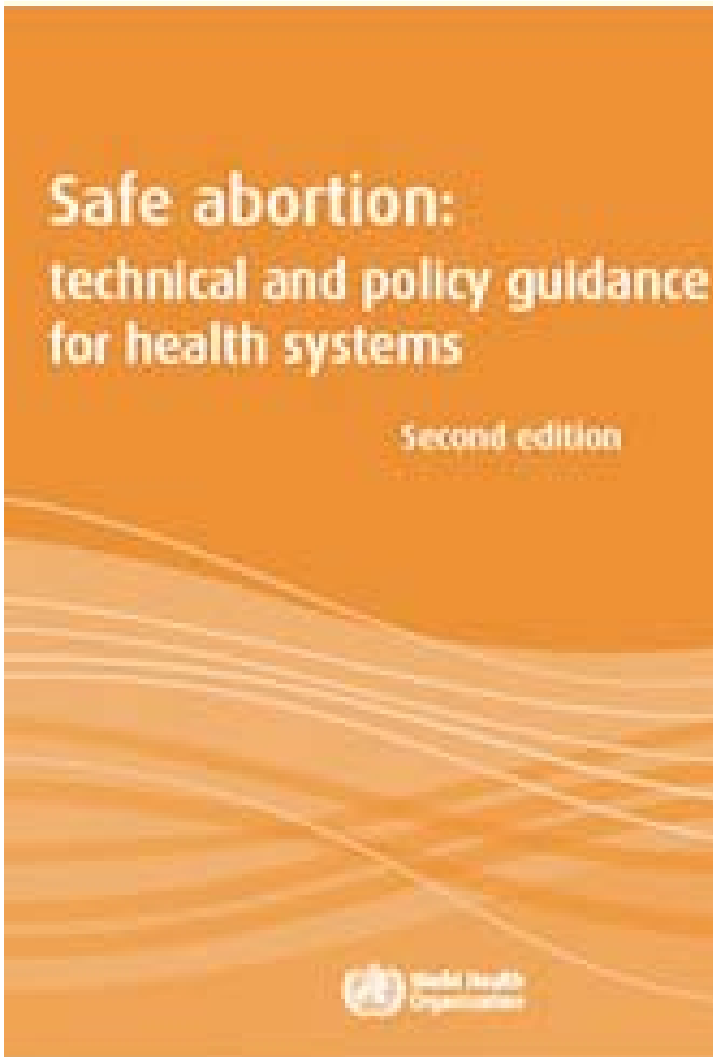
Kaynak: Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379: 625-32

Tablo 2. Dünyada bölgelere ve yıllara göre tahmini güvenli ve güvenli olmayan isteyerek düşük durumu

Bölgeler	Toplam*	Güvenli	Güvensiz	Güvensiz %	Toplam*	Güvenli	Güvensiz	Güvensiz %	Toplam	Güvenli	Güvensiz	Güvensiz %
Dünya	28	14	14	%49	29	15	14	%47	35	20	15	%44
Gelişmiş Ülkeler (Doğu Avrupa çıkarılınca)	24	22	1	%6	25	24	2	%7	39	35	4	%9
Gelişmekte Olan Ülkeler (Çin çıkarılınca)	17	17	<0.5	<%0.5	19	18	1	%3	20	20	1	%3
Bölgelere Göre Tahminler	29	13	16	%56	29	13	16	%55	34	16	18	%54
Afrika	29	1	28	%97	29	< 0.5	29	%98	33	< 0.5	33	%99
Asya	28	17	11	%40	29	18	11	%38	33	21	12	%37
Avrupa	27	25	2	%9	28	25	3	%11	48	43	6	%12
Latin Amerika	32	2	31	%95	31	1	30	%96	37	2	35	%95
Kuzey Amerika	19	19	<0.5	<%0.5	21	21	< 0.5	<%0.5	22	22	< 0.5	<%0.5
Okyanusya	17	14	2	%15	18	15	3	%16	21	17	5	%22

*Toplam: 15-44 yaş arası her 1000 kadında düşük sayısı

Kaynak: Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379: 625-32



DSÖ'nün, güvenli olmayan düşüklerin önlenmesini ve bu tür durumlarda doğacak komplikasyonların uygun şekilde tedavi edilmesini desteklemek amacıyla ilk kez 2003 yılında oluşturduğu "Güvenli Düşük: Sağlık Sistemleri İçin Uygulama Rehberi", geliştirilen teknolojilerin ve yeni bilimsel çalışma sonuçlarının ışığında güncellenmiş ve ikinci baskı olarak 2012 yılında yayımlanmıştır. Bu rehber; gebelik haftalarına göre önerilen düşük yöntemleri için temel kaynaklardan biridir. Rehber'de, düşük öncesi bakım, düşük yöntemleri ve düşük sonrası bakım ayrıntılı ele alınmakta, cerrahi ve tıbbi düşük yöntemleri adım adım ve protokolleri ile birlikte açıklanmaktadır (8, 9, 12).

Cerrahi Düşük

Rehberde cerrahi düşük, gebeliği sonlandırmak için transservikal girişimlerin uygulanması olarak tanımlanmaktadır. 1.Vakum aspirasyon 2. Dilatasyon ve küretaj (D&C) 3.Dilatasyon ve evakuasyon (D&E) yöntemlerini içerir (9, 12).

Vakum Aspirasyon (VA)

Gebelik 15 hafta altında ise düşük için önerilen cerrahi tekniktir. Etkinliği yüksektir. Tamamlanmış düşük oranı %95-100 olarak belirtilmektedir. Elektrikli ya da manual tekniklerin etkinliği eşittir. Gebelik 9 hafta altında ise manual teknik daha az ağrılıdır. Plastik ya da metal kanül vakum aracına takılır. İşlem 3-10 dakika sürer. Ayaktan, analjezik ve / ya da lokal anestezi ile uygulanabilir (9, 12).

Dünya Sağlık Örgütü. Güvenli Düşük: Sağlık Sistemleri için Teknik ve Politika Rehberi. İkinci Baskı. Malta, 2012

Tablo 3. Mifepristonun ülkelere göre ruhsatlandırılma tarihleri

1988	1999	2000	2003	2007	2011
Çin	Avusturya	Norveç	Estonya	Ermenistan	Gana
Fransa	Belçika	Tayvan		Kırgızistan	Meksika
	Danimarka	Tunus	2004	Portekiz	Mozambik
1991	Finlandiya	ABD	Guyana	Tacikistan	
Birleşik Krallık	Almanya		Moldova		2012
	Yunanistan	2001		2008	Avustralya
1992	İzlanda	Yeni Zelanda		Romanya	Bangladeş
İsveç	İsrail	Güney Afrika		Nepal	Etiyopya
	Lüksemburg	Ukrayna	2005		
	Hollanda		Arnavutluk	2009	2013
	İspanya	2002	Macaristan	İtalya	Bulgaristan
	İsviçre	Belarus	Moğolistan	Kamboçya	Irak
		Gürcistan	Özbekistan		Slovenya
		Hindistan		2010	Uruguay
		Letonya	2006	Zambiya	
		Rusya	Kazakistan		
		Sırbistan			
		Vietnam			

Tablo 4. ABD'de aile hekimliği asistanlık eğitiminde isteyerek düşük eğitimi alanlarla almayanların verdikleri üreme sağlığı hizmetleri

Verilen hizmet	Tam eğitim alanlarda	Eğitim dışı kalanlarda	P değeri
	%	%	
RIA uygulayan	72	39	<,01
Endometriyal biyopsi yapan	55	22	<,01
İstem dışı düşük yönetimi	52	17	<,01
İsteyerek düşük yaptıran	27	0	<,01
Tıbbi düşük yöntemi uygulayan	26	0	<,01
İlk trimesterde aspirasyonla cerrahi düşük yaptıran	24	0	<,05

Kaynak: Goodman S, Shih G, Hawkins M; Feierabend S, Lossy P, Waxman NJ, Gold M, Dehlendorf C. A Long-Term Evaluation of a Required Reproductive Health Training Rotation With Opt-Out Provisions for Family Medicine Residents. *Family Medicine* 2013; 45(3):180-6.

Dilatasyon ve küretaj (D&C)

Mekanik dilatörlerle ya da farmakolojik ajanlarla serviks dilate edilir. Keskin metal küretlerle uterus duvarı kazınır. Vakum aspirasyondan daha az güvenlidir ve daha ağrılıdır. Komplikasyonlar, vakum aspirasyondakinden 2-3 kat fazladır. VA'da kanama daha azdır. DSÖ, kadınların kaliteli ve güvenli bakımı için D&C yerine vakum aspirasyon kullanılmasını önermektedir (9, 12).

Dilatasyon ve evakuasyon (D&E)

Gebelik 12-14 hafta üstünyse uygulanır. İleri dönem düşüklerinde en güvenli ve etkili olan cerrahi yöntemdir. Osmotik dilatörlerle ya da farmakolojik ajanlarla serviks hazırlanır. Elektrikli VA ile 12-16 mm kanül ve uzun forseps kullanılarak uterus tahliye edilir.

Gebelik süresine bağlı olarak servikal dilatasyon süresi, 2 saat-2 gün arasındır. Ultrason eşliğinde de uygulanabilir (9).

Tıbbi Düşük

Güvenli ve etkin bir yöntemdir. Antiprogesteron olan mifepriston, progesteron reseptörlerine bağlanır ve progesteronun etkisini inhibe ederek gebeliğin sürmesini engeller. Önce mifepriston, ardından sentetik PG analogu olan misoprostol uygulanır (9). "Etkili, kabul edilebilir, kullanıcı memnuniyeti yüksek ve kadın için daha az travmatik yöntemleri" bulma çabası içinde olan çalışmalar; dokuz hafta ve daha küçük gebeliklerin tamamen tıbbi yöntemle sonlandırılmasına olanak sağlamaktadır (8, 9). Erken dönem tıbbi düşüklerinde mifepristonun

bir prostaglandinle kombine kullanılması; Fransa'da ve Çin'de 1988'den beri yasaldır (13). Güvenli ve kabul edilebilir olduğu gösterilmiş olan misoprostolün evde kendi başına uygulanması ile erken tıbbi düşük pek çok ülkede kolaylaşmıştır. ABD'de 2000'de mifepriston ruhsatlandırılmış ve evde misoprostol kullanımı standart uygulama olmuştur (13). 2013 yılında tıbbi düşük için mifepristonun ruhsatlandırıldığı ülke sayısı 57 olmuştur (13, 14). Mifepristonun ülkelere göre ruhsatlandırılma tarihleri Tablo 3'te verilmiştir (14).

Türkiye'de 1965 yılından itibaren kamu sağlık kuruluşlarında sunulmuş olan modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımı 1978'de %18 iken, 2008'de %46'ya ulaşmıştır. 1983'te 2827 sayılı yasanın kabulünden sonra isteyerek düşüklerde bir miktar yükseliş olmuşsa da modern doğum kontrol yöntemi kullanımının artmasına bağlı olarak isteyerek düşük sayısı da azalmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde düşüğün anne ölümleri içindeki payı %13 iken, Türkiye'de 2005 yılında yapılan araştırma sonuçlarına göre anne ölümleri içinde düşüğün payının yalnızca %2 olması Türkiye için büyük başarı kabul edilebilir (8, 11).

Son yıllarda gebeliğin sonlandırılması hizmetini vermesi gereken kamu kuruluşlarının bu hizmetleri vermedikleri de altı çizilmesi gerek ciddi bir sorundur. Hizmeti vermeme gerekçeleri olarak; fiziksel altyapı ve malzeme olmaması, yetersiz insan gücü ve Karman ile menstrüel regülasyon (MR) yapacak sertifikalı pratisyen hekim olmaması, işyükü fazlalığı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının komplike diğer müdahalelere zaman ayırma zorunlulukları sıralanmaktadır (8).

Türkiye'de isteyerek düşük hizmetlerine ulaşmada yaşanan sorunlar, anne ölümlerini artırmaya neden olabilecek bir sorundur (8,11). Altı çizilen en önemli konu, isteyerek düşüğün bir aile planlaması yöntemi olamayacağı gibi, yasaklanmasının da nüfusu artırıcı etkisinin beklenildiği gibi olmayacağı; isteyerek düşüğün yasaklandığı durumlarda, bu işlemin gizli, sağlıksız koşullarda yapılmasının düşüğe bağlı anne ölümlerinin sayısını artıracığıdır (3).

Türkiye'de isteyerek düşüklerde cerrahi

yöntemler (vakum aspirasyon ve dilatasyon küretaj) kullanılmaktadır (8). Bunlar güvenli yöntemlerdir ama merkezlerin fiziksel altyapısı ve uygulayıcı deneyimi sonuçları etkilemektedir. Enfeksiyon, kanama ve perforasyon olası komplikasyonlardır (8). Türkiye'de isteyerek düşük hizmeti verilmesinde ve talebin karşılanmasında önerilen yeni yaklaşım; maliyet etkin olan daha fazla kişiye ve daha az zaman harcayarak verilecek bir hizmet olan tıbbi düşük yöntemidir (8). İsteyerek düşükler için cerrahi yöntem alternatif ve daha az travmatik olan tıbbi düşük yöntemi; pek çok gelişmiş ülkede yaygın olarak kullanılmasına karşın Türkiye'de rutin verilen üreme sağlığı hizmetlerinin içinde henüz yer almamaktadır. 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Zorunlu İlaçlar Listesi'ne alınmış olan Mifepriston, Türkiye'de halen ruhsatlandırılmamıştır (8, 11).

Tıbbi düşük yönteminde mifepristondan belli bir süre sonra uygulanan misoprostol Türkiye'de ruhsatlı olarak vardır ama kullanım endikasyonları arasında "düşük" bulunmamaktadır. Bu preparatın endikasyon dışı kullanımının önüne geçmek için Sağlık Bakanlığı bir süre önce uygulamaya yönelik yeni düzenlemeler getirmiştir (8, 11).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Etik Kurulu'nun onayı ve 1999-2002 yıllarında "Population Council", 2003-2005 yıllarında "Gynuity Health Projects" ve 2009-2012 yıllarında yine "Gynuity Health Projects" işbirliği ile üç faz üç klinik çalışma yürütülmüştür. Dördüncü olarak da 2009-2012 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü Cenevre-RHR bölümünün işbirliği ile Başkent Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi tarafından sağlık hizmeti sunan "kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının, pratisyen hekim, ebe-hemşirelerin" güvenli düşük ve tıbbi düşük konularında görüş, algı ve uygulamalarını kapsayan bir saha araştırması gerçekleştirilmiştir (8).

Bu dört çalışmanın sonuçları ortak bir rapor olarak yayımlanmış, ayrıca 22 Şubat 2013 tarihinde İzmir'de gerçekleştirilmiş olan "İstenmeyen gebelikler, güvenli düşük: yeni bir seçenek, tıbbi düşük" başlıklı toplantıda sonuçlar kamuoyu ile paylaşılmıştır (8, 11). Bütün bu araştırmaların sonuçları; tıbbi düşüğün, uygulanması kolay, güvenli bir

yöntem olduğunu, kabul edilebilirliğinin, memnuniyet düzeyinin, başarı yüzdesinin yüksek olduğunu göstermektedir (8, 11). Tıbbi düşük yönteminin ulusal üreme sağlığı hizmetleri içinde verilmesinin uygun olduğu düşünülmektedir (8). Araştırmalarda kullanılan rejim, 200 mg Mifepriston + 400 mcg Misoprostol şeklindedir. İlk çalışmada 209, ikincide 207, üçüncüde 499 olgu çalışmaya katılmış, değerlendirilen sonuçlarla uygulama protokolü için öneriler geliştirilmiştir. Bu öneriler raporda ayrıntılı olarak yer almaktadır. Üçüncü çalışma Tunus ve Moldova'da da uygulanmıştır. Son adet tarihinden itibaren ilk 56 güne kadar olan uygulamalarda misoprostolün ağızdan ve dilaltı kullanımlarında etkinlik aynı, 56 günden büyük gebeliklerde 2 tablet dilaltı, 3 tablet ağızdan uygulamaya göre daha etkili bulunmuştur. Ülkemizde düşük hizmeti için yasal süre 10 haftadır. Son adet tarihinden itibaren ilk 63 günde 200 mg Mifepriston + 400 mcg Misoprostol protokolünün ulusal protokolde standart uygulama olması önerilmektedir (8).

Tıbbi düşük hizmetinin kimler tarafından ve hangi sağlık kuruluşlarında verileceğini düzenlemek önemlidir. Raporda önerilen; içinde kadın doğum uzmanının da bulunduğu bir ekip tarafından verilebileceği, sağlık biriminde gebelik testi ve jinekolojik muayene yapılabilmesi, ultrason ve cerrahi düşük uygulama olanaklarına sahip olunması ya da böyle bir merkezle bağlantılı çalışma yapılabilmesidir (8).

Rapora göre; uygulama basamaklarında şunlar yer almalıdır: Tıbbi düşük uygulaması için danışmanlık, aydınlatılmış onam formu, uygulama alanının düzenlenmesi, ilaçların saklanma koşulları, izleme, uygulama ekibinin özellikleri ve eğitimi ve ücretlendirme. Öneri Menstrüel Regülasyon Sertifika Eğitimi'ne "tıbbi Düşük Yönetimi" eğitiminin entegre edilmesidir. Ücretlendirmede de kadınların tercih hakkının kısıtlanmaması gerektiği önemli bir başka noktadır (8).

Tıbbi Düşük Yöntemi Birinci Basamakta Kullanılabilir mi?

ABD'nde aile hekimliği asistanlık eğitiminde düşük ve üreme sağlığı eğitimi almış olanların mezuniyet sonrası uygulamalarını, bu eğitimi almamışlarla karşılaştıran bir çalışma, Türkiye'de birinci basamakta çalışan hekimlerin

gerekli eğitimi aldıktan sonra tıbbi düşüğü uygulayabileceği konusunda umut vermektedir. Ayrıca Fransa'da birinci basamakta özel hekimlerin tıbbi düşüğü güvenle uygulayabildiği sistem de ülkemizde bir sistem ağı oluşturmak açısından iyi bir örnektir. Bu bölümde bu iki çalışmaya yer verilmiştir.

ABD'deki gebeliklerin yarısından fazlasının istenmeyen gebelik olduğu, tanı konmuş gebeliklerin %20 kadarının istemsiz düşükle, %22'sinin de isteyerek düşükle sonuçlandığı belirtilmektedir (15). Çoğunluğu bu sorunlarla karşılaşan hastalara bakım veren aile hekimleri, üreme sağlığı hizmetinin karşılanmasında kritik konumdadır. İstenmeyen gebeliklerin yüksek oranına bakıldığında, etkin kontraseptif yöntemlerin yeterince kullanılmaması dikkat çekicidir (15). Mezuniyet sonrası tıp eğitimi için aile hekimliği akreditasyon kurulunda, üreme sağlığıyla ilgili çeşitli uygulamalar yer alır; ama çoğu asistan bu alanlarda yetersiz eğitim alır. Yakın bir çalışma sonuçları; asistanların %15'inde gebelikle ilgili klinik deneyimin, %25-30'unda RIA yerleştirme, %80'inde kontraseptif implant takma ve %57'sinde istemsiz düşükte aspirasyon uygulama becerilerinin eksik olduğu göstermiştir. Oysa tüm bunlar aile hekimliği asistanlığı için çekirdek beceriler olarak görülmektedir. On haftaya kadar istemli düşük de ileri beceriler arasındadır (15).

Üreme sağlığı becerilerinin uygulamaya geçirilmesini ve algılanan engelleri ve uygulamaya geçirmeye yardım edecek desteği araştırmayı amaçlayan bir çalışma da 2009 yılında yürütülmüştür. Bu kesitsel araştırmada, gerekli düşük eğitimi rotasyonu olan 4 aile hekimliği asistanlık programının 2003-2008 mezunları çalışmaya alınmıştır. Eğitimin dışında kalmayı tercih eden asistanlar da vardır. Çalışmaya katılmış olan 116 aile hekiminin çoğunluğu asistanlığından beri geniş bir üreme sağlığı hizmeti sağlamaktadır. %84'ü istemli düşük eğitiminin tamamına katılmıştır, %16'sı tümüyle programın dışındadır. Eğitim dışında olan mezunlarla karşılaştırıldığında, düşük yaptırma eğitimlerinin tamamına katılan mezunların, üreme sağlığı hizmetlerinin çoğunu yüksek oranda karşıladıkları, bu hizmetlerin içinde tıbbi düşük hizmetinin de yer aldığı görülmektedir (15). Tablo 4'te görüldüğü gibi; isteyerek düşük yaptırın

mezunların tıbbi düşük uygulamalarına bakıldığında eğitim alanlarla almayanlar arasında anlamlı bir fark vardır. Çalışma, uygulamaya başlamanın önündeki engellerin üstesinden gelmek için destek sağlayan eğitim programlarının gerekliliğini, eğitimin kapsamlı üreme sağlığı hizmeti sağlamada önemini vurgulamaktadır (15). Eğitimin alınmış olması koşuluyla tıbbi düşüğün birinci basamakta aile hekimleri tarafından güvenle uygulanabildiği sonucunu çıkarmak olanaklıdır.

Fransa örneği de incelenmesi gereken bir sistemdir. Fransa'da erken tıbbi düşüğün 2001'de evde uygulanmasına izin verildi; ama başta yalnızca düşük hizmeti veren hastane veya kliniklerde çalışan hekimlerin tıbbi gözetiminde olanaklıydı. 2004'te mevzuatta yapılan düzenleme ile düşük hizmeti veren hastanede çalışmayan jinekologlara ve genel pratisyenlere kendi özel uygulamalarında evde tıbbi düşük uygulaması sağlama olanağı tanındı. Bu özel uygulama için şu koşulların olması isteniyordu: 1. Düşükler, son adet tarihine göre 49 gün içinde uygulanmalı. 2. Hekimler gerekli eğitimi almış ve mesleki deneyime sahip olmalı 3. Komplikasyon durumunda tedavi sağlanabilmesi için hekimler bir hastane düşük merkezi ile işbirliği içinde olmalı (13).

2004'te Paris'te ve çevresindeki dört hastanede düşük uygulaması yapan hekimler, özel hekimler arasında REVHO (ortojeni için şehir ve hastane arası ağ) adlı bir ağ oluşturmak üzere bir araya geldiler. Amaçları, hastane dışında, evde uygulanan erken tıbbi düşük sunumunu geliştirmektir. REVHO, 2005'ten beri etkin bir ağıdır ve ulusal sağlık sigortası fonundan finanse edilmektedir. REVHO; hekimlere teorik ve pratik eğitim verir ve onların sözleşme yapmak için başvuru hastaneleriyle temas içinde olmalarını sağlar. 2008'de, yani 4 yıl sonra, bu ağdaki özel hekimlerin gerçekleştirdiği evde tıbbi düşük sayısı 15,447 olarak verilmektedir. Tıbbi düşük hem jinekologlar, hem de genel pratisyenler (GP) tarafından uygulanmaktadır. Fransa'da erken tıbbi düşük uygulaması için GP'lerin cesaretlendirilmesi amaçlanmıştır (13).

REVHO'da yer alan jinekologlar ve GP'ler; tıbbi düşük uygulama iznini alabilmek için, düşük hizmeti veren bir hastane ile sözleşme imzalarlar. Ağ, GP'lere eğitim verir. 2008 sonunda REVHO üyesi 148 hekim ve 22

hastane merkezi (10'u Paris'te, 12'si varoşlarda) bulunuyordu.

Tıbbi düşük işlemi nasıl uygulanıyor?

Düşük talep eden kadın seçtiği özel hekimin ofisine ilk gittiği zaman, evde tıbbi düşük için uygunluk değerlendirilir. Hekim işlem hakkında bilgi verir, laboratuvarında serum human korionik gonadotropin (hCG), kan grubu, Rhesus faktörü bakılır. Gebelik haftası pelvik ultrason ile doğrulanır. Hukuksal olarak şart koşulan bir yedi günlük süreden sonra kadın ikinci kez ofise başvurur, aydınlatılmış onam formunu imzalar. Fransa'da hekimler yerel eczanelerden mifepriston'u kolayca sağlayabilirler. Hekim kadına ofiste yutması için mifepriston, evde 48 saat sonra kendi başına uygulaması için de misoprostol verir, analjezik de reçete eder. İzlem için 14-20 gün sonra tekrar gelmesi istenir. Ardından cerrahi aspirasyon gerekirse, kadın başvuru hastanesine sevk edilir. Bu işlem için yasal süre son adet tarihinden itibaren 49 gündür, 7 gün bekleme süresi de bunun içindedir (13).

Uygulanan Tıbbi Düşük Rejimi:

- En sık benimsenen %49: 600 mg mifepriston per oral, 48 saat sonra 800mcg misoprostol per os/sublingual/bukkal
 - %28: 200 mg mifepriston, 400 mcg misoprostol per os/sublingual/bukkal
 - %23: 200 mg mifepristone, 800 mcg misoprostol per os/sublingual/bukkal
- Düşüğün tamamlanıp tamamlanmadığını değerlendirmek için ya pelvik ultrason ya da beta hCG ölçümü (mifepristone öncesi ve 12-14 gün sonra) yapılır.

REVHO, özel hekimler tarafından evde erken tıbbi düşük uygulamasının geliştirilmesi için oluşturulmuştur. REVHO'nun 15,447 olguyu kapsayan verileri incelendiğinde, bu yöntemin etkin ve güvenli olduğu gösterilmiştir. Sekonder vakum aspirasyonu olmadan etkinlik hızı %94,4 bulunmuştur. İlk 49 günde uygulanan tıbbi düşükler için uluslararası en iyi sonuçtur. Fransa'da 2009'da, 222.137 cerrahi ve tıbbi düşüğün %10,22'si, 108.247 tıbbi düşüğün %20,97'si, düşük hizmeti veren merkezler dışında, özel hekimlerin gözetiminde gerçekleştirilmiştir. Çok sayıda özel hekim benimserse bu yöntemin daha da yaygınlaşacağı düşünülmektedir (13). Düşük hizmeti sağlayanların çoğu GP'dir ve bu da

REVHO'nun verdiği eğitim sayesinde. Sonuçlar; erken tıbbi düşüğün Fransa'da kadınların tercih ettiği, GP'ler de dahil, hekimlerin gözetiminde uygulandığında güvenli, etkinlik hızı yüksek ve komplikasyonu nadir bir yöntem olduğunu göstermektedir. Çalışmanın sonucunda en önemli nokta, "GP'ler günlük uygulamalarında evde erken tıbbi düşük uygulaması için cesaretlendirilmeli" ifadesidir. Uygulayan hekim sayısı artarsa, bu durumun kadınların tıbbi düşük yöntemi için başvurusunu da artıracak düşünülmemektedir (13). Çalışma; Türkiye'de özel hekimlerle ve birinci basamak hekimlerle düşük klinikleri arasında REVHO gibi ağ oluşturulması, birinci basamak hekimlerinin tıbbi düşük eğitimini üreme sağlığı eğitiminin içinde almaları ve mevzuatın buna uygun olarak düzenlenmesi için örnek kabul edilebilir.

Sonuç

DSÖ'nün önerdiği ve tüm dünyada kullanılan medikal gebelik sonlandırma ilaçlarının Türkiye'de kullanılmıyor olması kadınlar açısından güvenli ve komplikasyonsuz işlemi sağlamak açısından dezavantajdır. Tıbbi düşük; kolay, yan etki açısından daha az travma edici, uygulanan kadınlar açısından kabul edilebilir, memnuniyet düzeyi yüksek, uygulayanların da benimsediği bir yöntemdir. Tüm dünyada bu işlemin sorunsuz uygulandığı bilinmemektedir (8). Uygulanacak protokol Sağlık Bakanlığı ve ilgili uzmanlar tarafından şekillendirilirken (8) Fransa'daki birinci basamak örneği de dikkate alınarak ülkemizdeki birinci basamakta tıbbi düşüğün uygulanabilirliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalı, kullanılacak ilaçlar için gerekli ruhsat alınmalıdır.

İletişim: Dr. Filiz Ak

E-posta: drfilizak@yahoo.com

Kaynakça

- Doğan M. Türkiye'de uygulanan nüfus politikalarına genel bakış. Marmara Coğrafya Dergisi 2011; 23: 293-307.
- Akın A. Türkiye'de değişen nüfus ve sağlık politikaları doğrultusunda, isteyerek düşükler ve üreme sağlığı hizmet sunumunda geleceğe bakış/ Future perspectives on induced abortion and reproductive health services in light of the changing population and health policies in Turkey. Turkish Journal of Public Health 2012;10, Special Issue 1: Abortions: 43-60.
- Tezcan S, Akadlı Ergöçmen B. Türkiye'de isteyerek düşükler / Induced abortions in Turkey. Turkish Journal of Public Health 2012;10, Special Issue 1: Abortions: 36-42.
- Aydın S. Erkek üreme sağlığı. Van Tıp Dergisi 2000; 7 (3): 117-9.
- T.C. Sağlık Bakanlığı.(2000). Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Üçüncü Basım. Ankara: T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını.
- UNKK (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı), Kahire:1994
- Bilkent Üniversitesi Sağlık Merkezi Gençlik Danışma Birimi. Üreme hakları. Erişim 04.09.2007, <http://www.bilkent.edu.tr/~bilheal/uremesagligi/ureme haklari.html>
- Akın A, Güçüz Doğan B, Bahar Özvarış Ş, Çelik K, Mıhçıokur S, Bilgili Aykut N. Türkiye için yeni bir seçenek "Tıbbi düşük". Akın A ed. Ankara: Hacettepe Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi; 2013.
- World Health Organisation. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. Malta: 2012.
- Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; 379: 625-32.
- Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu. İsteyerek ve güvenli düşükler için "Tıbbi düşük" Türkiye'de bir seçenek olarak kullanılmalıdır. Basın açıklaması, 1 Mart 2013, Ankara. <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/dusuk-3645.html>
- Say L. Güvenli düşük: Sağlık sistemleri için uygulama rehberi / Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems. Turkish Journal of Public Health 2012;10, Special Issue 1: Abortions: 24-9.
- Gaudu S, Crost M, Esterle L. Results of a 4-year study on 15,447 medical abortions provided by privately practicing general practitioners and gynecologists in France. Contraception 2013; 87: 45-50.
- Gynuity Health Projects. Mifepristone approval. Erişim 20 Kasım 2013, <http://gynuity.org/resources/info/list-of-mifepristone-approval/>
- Goodman S, Shih G, Hawkins M; Feierabend S, Lossy P, Waxman NJ, Gold M, Dehlendorf C. A long-term evaluation of a required reproductive health training rotation with opt-out provisions for family medicine residents. Family Medicine 2013; 45(3):180-6.



Sayın STED Yayın Yönetmeni Doç.Dr. Orhan Odabaşı ve Doç. Dr. Özet Aşut,

Dergimizin Türk Tıp Dizini içinde yer almasından dolayı sizi ve yayın kurulunuzu kutlarım.

Derginiz elime ulaştıkça ilgiyle okumaktayım. 2013 Şubat sayısında yayınlanan makaleleri okudum. "Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeline Uygulanan Sözel ve Fiziksel Şiddet Sıklığı" makalesi hakkında "editöre mektup" yazmak istedim.

Sayın Editör,

Akademi dışında sahada çalışan meslektaşlarımızın bilimsel bir çalışma yapması her türlü övgünün üzerinde takdiri hak etmektedir. Bu anlamda Sayın Elmas, Baştürk ve Çatak'a "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet" gibi önemli bir konuda bilimsel bir çalışma yaptıkları için teşekkür ederim. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet her geçen gün artmakta ve bu şiddet karşısında sağlık çalışanları fiziksel ve ruhsal sorun yaşamakta ve hatta yaşamını kaybetmektedir. Yaşanan bu şiddeti görsel hale getiren bilimsel çalışmaların artması kamuoyunda farkındalığı artırırken, sorunun çözümü konusunda yetkililere de görevlerini hatırlatıcı baskı oluşturmaktadır. "Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Personeline Uygulanan Sözel ve Fiziksel Şiddet Sıklığı" başlıklı makalede Bursa Yıldırım ilçesinde çalışan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının son üç ay içinde hasta ve hasta yakınları tarafından fiziksel ve sözel şiddete maruz kalma durumu değerlendirilmiş. Çalışmaya 76'sı (%24,4) erkek, 236'sı (%75,6) kadın olmak üzere toplam 312 kişi katılmış. Çalışmanın temel sonucu olarak çalışmaya katılanların %49,0'ının sözel ve %8,3'ünün de fiziksel şiddete maruz kaldığı rapor edilmektedir. Yapılan önemlilik testleri sonrasında hem sözel, hem de fiziksel şiddete maruz kalma ile sosyodemografik ve mesleki özellikler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadığı bildirilmektedir. Elde edilen

bulgular yönünden her iki kişiden birinin sözel şiddete, yaklaşık her on kişiden birinin de fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Çalışmanın tartışma bölümünde kaynaklardan atıf yapılarak elde edilen bulgular tartışılmış. Tartışmada özellikle kadın sağlık çalışanlarının şiddete daha fazla maruz kaldığı vurgulanmaktadır. Aynı şekilde aile sağlığı elemanlarının da hekimlere kıyasla daha fazla şiddete maruz kaldığı rapor edilmektedir.

Sayın Editör,

Çalışma bulguları değerlendirildiğinde, bulgular bölümünde de belirtilmesine karşın, şiddete maruz kalma ile cinsiyet ve mesleki özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada böyle bir ilişki bulunmamışken, tartışma ve sonuç bölümünde kadınların erkeklere kıyasla, aile sağlığı elemanlarının da hekimlere kıyasla daha fazla şiddete maruz kalmasının vurgulanması ve bunun çalışmanın temel bir sonucu olarak öne çıkarılmasının gerçeği yansıtmadığını düşünüyorum. Atıf yapılan kaynaklarda sağlık çalışanları içinde kadınların daha fazla şiddete maruz kalması yer alabilir; ancak, bu araştırmadan elde edilen bulgulardan böyle bir sonuca varılamaz. Bu araştırmada her iki kişiden birinin sözel şiddete maruz kaldığı ve her on kişiden birinin de fiziksel şiddete maruz kaldığı sonucu çalışmanın temel sonucu olup, şiddet ile sosyodemografik ve mesleki özellikler arasında önemli bir ilişki tespit edilmemiştir. Buradan çalışma bölgesinde şiddetin yaygın bir sorun olduğu ve bütün sağlık çalışanlarının aynı boyutta etkilendiği sonucuna varılabilir. Bu nedenlerle makalenin tartışma ve sonuç bölümü ile bulgular bölümü birbiriyle yuşmamaktadır.

Her halükârda araştırmacıları, böyle önemli bir konu üzerinde bilimsel bir çalışma yaparak bu sorunu ortaya koymalarından dolayı kutlarım. Saygılarımla...

Prof. Dr. C. Tayyar Şaşmaz

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınamayacaktır.
- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı soyadı belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.
- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı,

şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altında "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız. MeSH terimleri yoksa, var olan terimler kullanılabilir.)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Diğer araştırmacıların aynı sonuçları elde etmeleri için yöntemleri, aygıtları ve işlemleri açıklayınız. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

7. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve geçişel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk

geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla **yirmi beş (25)** kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increasead risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996; 124: 980 -3. ya da 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Kitap: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1966.

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlang; 1988. p.521-32.

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at

<http://www.clinicalevidence.com>

9. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §, |, **,

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

10. Şekiller ve Fotoğraflar: Şekiller profesyonelce çizilmiş ve fotoğraflanmış olmalıdır. Özgün çizimler yerine, temiz, parlak, siyah-beyaz fotoğraflar yeğlenmelidir. Fotoğraf arkalarında yazar adı, numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli; şekil ve resim altlarına çift aralıklı açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara

verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları tümü büyük harf, ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11.6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ya da "yüzde" sözcüğü ile belirtilebilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar bilgisayarda yazılmalı sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu**'na erişebilirsiniz.) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez.

Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.