



Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinde Çalışmış Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri	122
Trabzon'da Hekimlerin Tüberküloz Kontrolü ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları	131
Elektronik Fetal Monitörizasyon Kursunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi	138
Türkiye'de Sosyalleştirme'den "Sağlıkta Dönüşüm" Sağlık Harcamaları	143
Laktasyon Döneminde Görülen Hastalıklarda İlaç Kullanımında Emzirme Güvenliği	149
Doğal Doğuma Müdahale: Sentetik Oksitosin Kullanımı	157



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 Baskan
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

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 Gürceğiz
Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Araştırma/Research

Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinde Çalışmış Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri 122*Dr. Celalettin Çevik, Bülent Kılıç***Trabzon'da Hekimlerin Tüberküloz Kontrolü ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları** 131*Havva Karadeniz Mumcu***Elektronik Fetal Monitörizasyon Kursunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi** 138*Gülseren Dağlar, Handan Güler, Gülbahtiyar Demirel, Z. Burcu Yurtsal***Türkiye'de Sosyalleştirme'den "Sağlıkta Dönüşüm"e Sağlık Harcamaları** 143*Dr. Emine Baran, Dr. Ahmet Saltık*

Derleme/Review Article

Laktasyon Döneminde Görülen Hastalıklarda İlaç Kullanımında Emzirme Güvenliği 149*Özge Eren, Dr. Nursan Çınar, Dr. Sevin Altınkaynak***Doğal Doğuma Müdahale: Sentetik Oksitosin Kullanımı** 157*Dr. Gülbahtiyar Demirel, Dilek Bilgiç Çelik*

Kapak Fotoğraf:

"Kışa Hazırlık"

Dr. Burcu Tokuş

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2012

Jüri Özel 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. Celalettin Çevik ve Dr. Bülent Kılıç "Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinde Çalışmış Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri" isimli araştırmalarında 2008 yılında aile hekimliği uygulamasının başladığı Manisa İlinde 2003-2012 yılları arasında çalışan sağlık yöneticilerinin bu dönemlerle ilgili görüşlerinin saptanmasını amaçlamışlar. Bu araştırmanın sonuçlarına göre sağlık ocağı dönemi topluma yönelik hizmet sunumu açısından daha iyiyken, aile hekimliği dönemi birinci basamakta aynı hekime muayene olabilmek açısından daha iyi olduğu saptanmış.

Havva Karadeniz Mumcu "Trabzon'da Hekimlerin Tüberküloz Kontrolü ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları" isimli araştırmasında Trabzon İl merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimlerin, tüberküloz kontrolü ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin tüberküloz kontrolü ile bilgi eksikleri olduğu, dört hekimden birinin Doğrudan Gözetimli Tedavi uygulamadığı, Doğrudan Gözetimli Tedavi uygulayan hekimlerin ise çeşitli sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Çalışmada etkin bir tüberküloz kontrolünün sağlanabilmesi için hekimlerin bilgi eksikliklerinin giderilmesinin, DOT uygulamayan hekimlerin DOT'un önemi ve gereği konusunda ikna edilmesinin, DOT uygulayanların yaşadıkları sorunlara yönelik çözüm bulunmasının gerekliliği vurgulanmaktadır.

Gülseren Dağlar ve arkadaşlarının "Elektronik Fetal Monitörizasyon Kursunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi" isimli araştırmalarında ebellek öğrencilerine kurs kapsamında EFM ile ilgili bilgi vererek öğrencilerin kurs öncesi ve sonrası EFM bilgilerini ve yeterliliklerini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmacılar kadın doğum servisi, polikliniği ve doğumhanelerde çalışacak ebe öğrencilerin bu konuda yetersiz olmaları yetersiz izlem ve yanlış değerlendirme, müdahale olasılığını artırdığını, izlem ve yorumlama hataları fetal sağlığının

tehlikeye girmesine neden olduğunu, bu nedenlerle EFM eğitimlerinin ebellek okul eğitim programı içerisinde periyodik bir kurs olarak düzenlenmesi gerekliliğini ortaya koymaktalar.

Dr. Emine Baran ve Dr. Ahmet Saltık "Türkiye'de Sosyalleştirme'den "Sağlıkta Dönüşüm" e Sağlık Harcamaları" isimli çalışmalarında sosyalleştirmeden "sağlıkta dönüşüm" Türkiye'deki sağlık harcamalarını öbür ülke örnekleriyle karşılaştırarak incelemekteler. Araştırmacılar sonuç olarak Türkiye'nin, kamusal ağırlıklı ulusal bir sağlık sistemini benimsemesinin gerekliliğini vurgulayarak sağlık harcamalarını azaltmak için koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesini, ilaç giderilerindeki gereksiz artışı önlemek için eşdeğer ilaçların yazımı ve temel ilaçların akılcı kullanımının sağlanmasını önermekteler.

Özge Eren ve arkadaşlarının "Laktasyon Döneminde Görülen Hastalıklarda İlaç Kullanımında Emzirme Güvenliği" isimli derlemelerinde, anne sütünün bebek için önemini vurgulayarak emzirme sırasında ilaç kullanmak zorunda kalan anneler olabileceği anımsatmışlar. Çalışmada, anneyle ilgili çeşitli hastalıklarda emzirme açısından güvenli ilaç tedavisi tartışılmış.

Dr. Gülbahtiyar Demirel ve Dr. Dilek Bilgiç Çelik "Doğal Doğuma Müdahale: Sentetik Oksitosin Kullanımı" isimli derlemelerinde doğum eylemi indüksiyonunda en yaygın yöntemin sentetik oksitosin kullanımı olduğu, spontan doğum eylemi ile karşılaştırıldığında, sentetik oksitosin indüksiyonu uygulanan gebelerde komplikasyon oranlarının daha yüksek olduğu, oksitosin indüksiyonunun hiperstimülasyon, sezaryen, hipotansiyon, antidiüretik etki, neonatal hiperbilirübinemi, uterus rüptürü, fetal distres vb. gibi komplikasyonlara yol açabileceği vurgulamaktalar.

Bilimsel ve dostça ...



Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinde Çalışmış Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri

“Health Managers Views Having Worked Health Center and Family Medicine Periods in the Province of Manisa”

Dr. Celalettin Çevik*, Bülent Kılıç**

Geliş tarihi : 16.09.2013

Kabul tarihi: 01.10.2013

Öz

Amaç: Bu çalışmada 2008 yılında aile hekimliği (AH) uygulamasının başladığı Manisa ilinde 2003-2012 yılları arasında çalışan sağlık yöneticilerinin bu dönemlerle ilgili görüşlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma derinlemesine görüşme yöntemini içeren kalitatif bir araştırmadır. Araştırma verisi Manisa ilinde 2003-2012 yılları arasında hem sağlık ocağı (SO) hem de AH döneminde (sağlık müdürlüğü, sağlık grup başkanlığı ve toplum sağlığı merkezleri) çalışmış ve her iki dönemi de karşılaştırabilecek konumdaki yöneticilerle görüşülerek elde edilmiştir. Araştırmanın değişkenleri; hizmetin sürekliliği, kapsayıcılık, ilk başvuru yeri, ulaşılabilirlik, aile merkezli hizmet, toplum katılımı, hizmetin çok yönlülüğü, öncelikli hizmet ve sağlık ekibidir.

Bulgular: Her iki dönemde de çalışmış yöneticilere göre, SO dönemi topluma yönelik çalışmalar, ekip çalışması, ev gezileri, çevre sağlığı, aile planlaması ve bulaşıcı hastalık filyasyon çalışmaları açısından AH döneminden daha iyidir. Aile hekimliği dönemi ise, hastalara ilgi gösterme, aynı hekim tarafından izlenme, kayıt, bilgisayar, internet olanakları açısından SO dönemine göre daha iyidir.

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçlarına göre, SO dönemi topluma yönelik hizmet sunumu açısından daha başarılı, AH dönemi ise birinci basamakta aynı hekime muayene olabilmek açısından daha iyi olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Sağlık ocağı, Aile hekimliği, Sağlık politikaları, Kalitatif araştırma, Derinlemesine görüşme, Sağlıkta dönüşüm programı.

Abstract

Objective: This study aims to define the opinions of health managers who have worked between 2003-2012 in Manisa province, where family physician (FP) practice has started in 2008.

Materials and Method: This study is a qualitative study including “in-depth interviews” with the health managers (provincial health directorate, head of health groups and head of community health centers) who have worked during both the period of health center (HC) and the FP systems between 2003-2012 in Manisa, being in a position to compare the two periods. The variables of the study are continuity of the services, coverage of the services, primary health care, accessibility, family centered service, community participation, priority of services and health team.

Results: According to the health managers, HCs period was more successful regarding community oriented health services, team work, home visits, environmental health, family planning and filiation of communicable diseases than the FPs period. However, FPs period seems to be better in terms of caring for the the patients, probability of being examined by the same physician, registrations and computer&internet access (for the staff).

Conclusion: The study concludes that the HCs period was more successful in terms of community health services while the FPs period was better for the ease of being examined by the same physician at the primary care level.

Key words: Health center, Family physicians, Health policy, Qualitative research, In-depth interview, Health transformation program.

*Ph.D; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

**Doç.; Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

Giriş

Türkiye’de son on yıl içinde birinci basamak sağlık hizmetleri alanında önemli değişiklikler olmuştur. Bu değişikliklerden en önemlisi olan aile hekimliği (AH) uygulaması, 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılmış ve kısa zaman içinde pilot uygulama illeri çoğaltılmıştır. Manisa’da da 2008 yılında uygulanmaya başlanan AH, 2010 yılı sonunda tüm Türkiye’ye yayılmıştır (1).

Daha önceki dönemde uygulanmakta olan sosyalleştirme sistemi, 1961 yılında Nusret Fişek tarafından hazırlanan bir yasayla (2) 1963 yılında Muş ilinden başlatılmıştır. Sosyalleştirme sistemi İngiltere’deki genel pratisyenlik uygulamaları ile İsveç’teki bölge kavramı ve Türkiye’nin kırsal bölge özellikleri dikkate alınarak hazırlanmıştır (3). Sistemin birinci basamaktaki temel birimi olan sağlık ocağı (SO), herkesin yararlanabileceği (eşitlik), finansmanın devlet bütçesinden sağlandığı, kamuda çalışan hekimin özelde çalışmadığı, SO-hastane arası işbirliğinin olduğu, kamu sağlık kuruluşlarının tek elden yönetildiği, halkın katılacağı kurulların bulunduğu, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine öncelik verilen bir sistemdir.

Aile hekimliği ise 2004 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, bireyin gereksinimleri doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması iddiasıyla çıkarılmıştır. Aile hekimi, Sağlık Bakanlığı kaynaklarına göre kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, kapsamlı ve sürekli olarak belli bir mekânda 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 tanımlanmıştır (4, 5).

Aile hekimliği, Türkiye’de 1961 yılından beri uygulanmakta olan SO sistemini değiştirmek üzere yapılan en önemli girişimdir. Bu girişimin sonuçlarının bilimsel olarak izlenmesi, sağlık yöneticilerinin SO yerine AH sistemi getirilmesi konusunda görüşlerinin saptanması

gerekmektedir. Bu tip politik ve sosyal uygulama değerlendirmelerinde “niceliksel” analizlerden çok “niteliksel” analizlerin yapılması daha çok bilgi vermektedir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı, AH ve SO konusunda Manisa’da 2003-2012 yılları arasında her iki dönemde de çalışmış sağlık yöneticilerinin görüşlerinin niteliksel yöntemler kullanılarak saptanması olarak belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma kalitatif (niteliksel) bir çalışmadır. Araştırma verisi Manisa ilinde 2003-2012 yılları arasında hem SO döneminde, hem de AH döneminde yöneticilik görevi üstlenmiş sağlık yöneticileri ile Şubat-Nisan 2012 tarihlerinde “Derinlemesine Görüşme” yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Derinlemesine görüşmeler, araştırmacının doğrudan gözlemleyemeyeceği şeyler hakkında katılımcıların düşüncelerini, duygularını, niyetlerini anlamak amacıyla yapılan ses kaydına dayalı görüşmelerdir. Görüşülen kişi için o konuda neyin önemli olduğunu anlamak, araştırılan konuyu nasıl gördüğü ve yaşadığını derinlemesine öğrenmek amacını taşır.

Bu çalışmada görüşmeler yapılandırılmış bir anket formu yardımıyla ve önceden belirlenmiş konulara odaklanarak elde edilmiştir. Veri toplama formu, bazı birinci basamak değerlendirme ölçekleri ve temel sağlık hizmetlerinin (TSH) en önemli ilkeleri (6), dikkate alınarak oluşturulmuştur. Araştırmanın değişkenleri; ilk başvuru, ulaşılabilirlik, hekim seçebilme, sevk zinciri, hizmet kapsayıcılığı-hizmet çeşitliliği, çalışma koşulları, ekip çalışması, eğitimler, kayıtlar, finansman, fizik-teknik alt yapı ve mevzuattan oluşmaktadır.

Bu çalışmada AH ve SO döneminde görev yapan toplam yedi yöneticiden altısı ile görüşülebilmştir (üç kadın, üç erkek). Bir yönetici görüşmeyi kabul etmemiştir. Görüşülen sağlık yöneticilerinden dördü Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü’nde, ikisi Manisa ilçeleri toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) çalışmaktadır. Görüşmeler araştırmacı tarafından izin alınarak bir ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Kayıtlar önceden randevu alınarak, görüşmeye uygun bir ortamda yapılmış, ortalama 1-2 saat arasında sürmüştür. Araştırmacı görüşmeler öncesinde,

9-13 Ocak 2012 tarihleri arasında Manisa'da TC Zafer Kalkınma Ajansı tarafından desteklenen ve Kalite-Diyalog Firması tarafından gerçekleştirilen "Niteliksel araştırmalar" kursuna katılmış ve "Derinlemesine Görüşme Tekniği" hakkında eğitim almıştır.

Ses kayıtları araştırmacı ve ücret karşılığında çalışan iki kişi tarafından metne çevrilmiştir. Metin analizleri önceden belirlenmiş olan "kodlar" ve "alt kodlar" ile değerlendirilmiş, kodlar arası ilişkilerden yola çıkılarak "temalar" oluşturulmuştur. Araştırma öncesinde belirlenen 11 kod şunlardır: Kapsayıcılık, süreklilik, ekip çalışması, iletişim, katılım, kayıtlar, sevk zinciri, yönetim, mevzuat, eğitim, finansman.

Araştırma için Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden 2011 yılında izin alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun da 2012/11-14 nolu kararıyla araştırmanın uygulanmasında etik açıdan bir sakınca bulunmamıştır. Bir yöneticinin araştırmaya katılmayı reddetmesi, her iki dönemde çalışmış yönetici sayısının azlığı, yöneticilerin zaman azlığı nedeniyle araştırmaya yeterince zaman ayırmak istememeleri ve SO dönemi için beş yıl öncesinin sorulmuş olması nedeniyle olabilecek bellek sorunları araştırmanın kısıtlılıklarıdır.

Bulgular

Araştırma bulguları analizlerde ön plana çıkan ilk başvuru yeri, hekim seçebilme, ulaşılabilirlik, hizmet çeşitliliği, yönetim, çalışma koşulları, ekip çalışması, finansman, kayıtlar ve mevzuat başlıkları altında verilecektir.

İlk Başvuru Yeri ve Hekim seçebilme

Sağlık yöneticilerine göre, günümüzde aile sağlığı merkezleri (ASM) hekimin özgürce seçilebilmesi, aynı hekime muayene olabilmek, hastayla daha fazla ilgilenilmesi ve hekime duyulan güven nedeni ile SO'lardan daha çok tercih edilmektedir. Sağlık yöneticilerine göre AH'ye ve SO'ya başvuru nedenleri ise çok fazla değişmemiştir. İnsanlar bu kurumları daha çok küçük sağlık sorunları ve reçete yazdırmak için kullanmaktadır. Ancak AH döneminde internet / bilgisayar olanaklarının daha iyi olması hastayı tanımayı ve başvuruları kolaylaştırmaktadır.

Sağlık yöneticilerine göre, AH döneminde hastalar her zaman aynı hekime muayene olabiliirken, SO döneminde her başvuruda farklı hekimlere muayene olabilmekteydi. Buna gerekçe olarak yöneticiler hekimlerin SO'larda dönüşümlü olarak hasta bakmasını göstermişlerdir. Ancak SO döneminde kırsal alanda hastaların aynı hekime muayene olduğu ve kırsal alanda SO hekimlerinin hastalarını daha iyi tanıdığı da belirtilmiştir. Öte yandan, AH döneminde önemli bir avantaj olarak gösterilen hekim seçebilmenin sistem uygulanmaya başladıktan bir süre sonra bazı hekimlerin kendi aralarında anlaşarak hastaları bölüşmeleri nedeniyle bazı yerlerde hekim seçme hakkının ortadan kaldırıldığına da dikkat çekilmiştir.

"Mesela ben A köyünde oturuyorum ve A köyünün hekiminden hizmet almak istemiyorum... Bu hekim bana umduğum hizmeti vermemiş. Ben ilçeye çok yakın bir köydeyim. Geliyorum, diyorum ki ilçedeki bir doktordan hizmet alayım... Ama ilçedeki hekim benim bu tür problemlerim olduğunu eski hekimden öğrenince beni kaydetmek istemiyor".

Yönetici, Kadın

Ulaşılabilirlik

Sağlık yöneticilerine göre SO döneminde hizmetlere ulaşılabilirlik, AH döneminden daha kötüydü. Bunun nedeni geçmişte SO'larda poliklinik sayısının az olması, SO'ya düşen nüfusun çok olması ve SO'lar döneminde hekim sayısının özellikle kırsal bölgelerde az olması olarak gösterilmiştir. Sağlık yöneticilerine göre günümüzde de ASM'lerde ulaşılabilirlik halen sorunlar içermektedir. Bunun nedenleri, aile hekimlerinin iş yükünün çok fazla olması ve hekimin izinde olduğu dönemlerde yerine bakan hekimin hastayla fazla ilgilenmemesidir. Muayene süresi her iki dönem için de benzer iken, bekleme süresi AH döneminde daha az olarak nitelendirilmiştir. "İşte bir hekim orada SO döneminde poliklinik yaparken tabii ki zor oluyordu. Herkes sıraya giriyordu. Saatlerce bekliyordu, ondan sonra hizmet alıyordu. Şimdi herkese belirli bir nüfus bağlandı Böyle olunca vatandaşın hizmet alabilmesi hizmete ulaşabilmesi aşamalı olarak iyileşti."

Yönetici, Erkek

Finansman

Hekimlere verilen ücretler açısından AH döneminde ücretlerin SO döneminden çok daha iyi olduğu vurgulanmıştır. Sosyal güvence sistemi açısından AH döneminde sosyal güvence sisteminin daha iyi olduğu, genel anlamda ise her iki dönemde de ücretsiz sağlık hizmeti sunulması ilkesinin korunduğu belirtilmiştir.

Aile hekimliği döneminde performans uygulaması ve hasta kaybetme korkusu olduğundan hekimler hastalar ile daha fazla ilgilenirken, SO döneminde ücretler düşük olduğu için daha az ilgilenme olduğu dile getirilmiştir. Sağlık yöneticileri, AH döneminde performansla dayalı çalışma olmasını olumlu karşılamışlar, ancak yalnızca negatif performans değil, pozitif performans da olması gerektiğini savunmuşlardır. Negatif performans nedeniyle bebek aşılarının tarihi gelmeden erken olarak yapılmasının ise ciddi bir dezavantaj olduğunu belirtmişlerdir.

"Performans sistemi olmalı bence. Mesela bu performansa dahil olan işlemlerde her ay istenildiği gibi yapıldığı halde performans sisteminde yer almayan mesela çocuk izlemi, aile planlaması, 15-49 yaş izlemleri gibi hizmetler olması gerekenin yarısı gibi yapılıyor... Ama öte yandan negatif performansın verdiği olumsuz imaj var... Sırf negatif performans olmamalı, pozitif performans da olmalı."

Yönetici, Erkek

Hizmet Çeşitliliği

Sağlık ocağı döneminde ev ziyaretleri AH dönemine göre daha sık yapılmakta olup, AH sisteminde personel sayısının az olması ve yerine bakacak kimse olmadığı için ev ziyaretlerinin az olduğu belirtilmiştir. Koruyucu hizmetler ve tedavi edici hizmetler her iki dönem için de benzerdir. İzlemler her iki dönemde de iyi olmakla birlikte, AH döneminde özellikle kadın izlemleri, aile planlaması çalışmaları ve kronik hastalıkların izlemi gibi konularda eksikliklerin olduğu vurgulanmıştır. Bu konularda iyileşme olabilmesi için performans uygulamasının buna yönelik olarak düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Sağlık yöneticileri SO döneminde

bulaşıcı hastalık hizmetleri, filyasyon ve çevre sağlığı hizmetlerinin daha iyi yürütüldüğünü, AH döneminde ise bu hizmetlerin toplum sağlığı merkezleri (TSM) tarafından yerine getirilmesinin planlandığını ve bu konuda eksiklik olduğunu söylemişlerdir. TSM'lerin işlevlerini tam olarak yerine getiremedikleri dile getirilmiş, ASM'ler ile TSM'ler ve Halk Sağlığı Müdürlüğü ile TSM'ler arasında bir koordinasyon eksikliği olduğu vurgulanmıştır.

"TSM'nin görev tanımı burada daha netleşmeli bence. Aile hekimleriyle de net bir bağlantı kurulmalı. Biz onları denetliyor pozisyonundayız. Ama hiçbir yaptırımımız olmadığı kanaatindedir.... Farklı yerlerde çok daha katı denetimler çok daha etkin ilişkiler söz konusu. TSM yaptırım anlamında biraz daha güçlendirilmeli."

Yönetici, Kadın

"ASM pek yapmıyor o işleri, TSM yapıyor. Öbür tarafta sağlık ocağı bu işleri yürütebiliyordu. TSM şu anda her yere bakıyor. Sağlık ocağı kendi bölgesine bakıyordu. Sağlık ocağı döneminde topluma yönelik hizmetler daha iyi yönetiliyor olabilir bu yüzden."

Yönetici, Erkek

Yönetim

Sağlık yöneticileri, SO döneminde sosyalleştirmeye yeterince sahip çıkılmadığını, gerekli yatırımların yapılmadığını, ayrıca yönetim istikrarı olmadığı için de politikaların kararlı bir şekilde yürütülemediğini söylemişlerdir. Yöneticilere göre SO'ların geçmişte fiziksel koşulları yeterince desteklenmediği için teknik donanımı, laboratuvar olanakları ve bilgisayar / internet olanaklarının kısıtlı olduğu belirtilmiştir. "....Sağlık ocakları şu gün olsaydı, bilgisayar ve takip sistemi olsaydı, aynı AH gibi bu iş başarılı bir şekilde yürüyebilirdi. Koşullarla ilgili olduğunu düşünüyorum."

Yönetici, Kadın

Sağlık yöneticilerine göre AH'leri birey yönelimli, SO hekimleri ise toplum yönelimli hizmet sunmaktadır. Yöneticiler AH döneminde, personel sayılarının az olması ve iş yükü nedeni ile aile hekimlerinin toplum yönelimli hizmet sunmadığını belirtmiştir.

Yöneticiler, SO döneminde uygulanan bölge uygulamasından, AH dönemindeki kayıtlı hasta listesi uygulamasına göre daha çok memnundurlar ve bölge kavramının korunması gerektiğini düşünmektedirler.

“Yani oradaki bölge çok geniş tutulmuştu ama bölge de çok önemli unsur. Eğer topluma yönelik hizmet veriyorsanız mutlaka geniş anlamda işte su nerden çıkıyor, ne kadar hijyeniktir, sosyoekonomik durumu nedir, bunlar bölge bazında çok değişebilen şeyler. Bölge mutlaka olmalı”.

Yönetici, Kadın

Denetimlerin AH döneminde daha sık ve nitelikli olduğu, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) denetiminin daha iyi olduğu, SO döneminde ise yalnızca kartlar üzerinden denetleme yapıldığı belirtilmiştir.

“Sağlık ocağı döneminde şimdiki gibi denetim yoktu. Formlarımız vardı, formlar gidiyordu. Geribildirim yoktu. Hani eğer bu geri bildirimler bu kontroller olsaydı, bana göre SO sistemi iyi olabilirdi. Şimdi AH döneminde performans kesintileri var. Hekimi diri tutuyor bunlar.”

Yönetici, Kadın

Aile hekimliği dönemi için yöneticiler sevk zincirinin olması gerektiğini savunurken, aslında sevk zinciri olmadığı için maliyetin arttığını, ikinci basamakta yığılmalar olduğunu ve hastanın izlenemediğini belirtmişlerdir. Sağlık yöneticileri ayrıca hem SO döneminde, hem de AH döneminde hizmet içi eğitimlerin yeterince yapılamadığını söylemişlerdir.

Çalışma Koşulları

Sağlık yöneticileri, AH sisteminin rekabet gerektiren bir sistem olduğuna dikkat çekmişlerdir. Nitekim sisteme ilk geçilmesi ile birlikte hasta kapmaların yaşandığını, her hekimin kendisine yetecek bir nüfusun olduğunu fark etmesi ile birlikte hasta kapmaların azaldığını, hekimlerin aralarında anlaşmalarını belirtmişlerdir.

“Aile hekimliği sistemi, çalışanlar arasında bir rekabeti öngörmekte... Ama nedense hekimler bunu ortadan kaldırmaya çalışıyorlar. Centilmenlik anlaşması yapıyoruz, diyorlar. Bunlar sistemin özüne de aykırı.... Hem birlikte

çalışmayı gerektiren, hem de rekabet etmeyi gerektiren bir durum; işte bunun ortasını dengesini bulmak lazım. Öncelikle uzak yerlerde kavga ve tartışma meselesi bile olabiliyor.”

Yönetici, Erkek

Ekip çalışması

Yöneticilere göre AH döneminde gerçek bir ekip çalışması yoktur. Aile hekimliği döneminde iki kişiden oluşan bir ekip yapısı olmakla birlikte, SO döneminde çok daha iyi bir ekip çalışmasının olduğu vurgulanmıştır.

“Sağlık ocağı döneminde ekip daha kolay bir araya gelebiliyordu. Rekabet yoktu. Son dönemdeki hasta performansı dışında. O zaman, bir işin parçalarını farklı kişilerce yüklenmiş oluyordunuz. Dolayısıyla bir paylaşım söz konusuydu.”

Yönetici, Kadın

Kayıtlar

Kayıtların niteliği AH döneminde daha yeterli iken, bu durum internet ve bilgisayar olanaklarının bulunması, AHBS'nin olması ve sık denetimler ile açıklanırken, SO döneminde bürokrasi, evrak işlerinin çokluğu nedeniyle AH döneminde olduğu gibi bilgilere hemen ulaşamadığı belirtilmiştir. Ancak AHBS'deki hasta bilgilerinin ev ziyareti düzenli olmadığından güncel olmadığı belirtilmiştir.

“Bu sistem (AH) uygulanırsa çok güzel ama uygulamada zorluklar var. Kişi gebe tespiti yapılmamış. Biz hekime soruyoruz; “bu gebenin neden tespitini yapmadınız?”. Gidip bakılmamış, normalde ev tespitlerinin yapılması lazım. Ev tespitinde telefonu vb bir sürü bilgilerin alınması lazım ve onların güncellenmesi de gerekiyor.”

Yönetici, Kadın

Mevzuat

Sağlık yöneticileri AH mevzuatının ise gecikmeli ve eksik olduğunu belirtmişlerdir. “Son çıkan düzenlemeler hep iyileştirme yolunda. Yani birkaç handikap var içerisinde. Zamanla onların düzeleceğine inanıyorum, biz iletiyoruz çünkü. Ama önceden yoğun çalıştaylar yapılıyordu. TSM'nin fikri alınıyordu. Fakat şimdi bu çalıştaylara bir süredir ara verildi. Saha koordinatörleri hep periferin

nabzını tutuyordu. Biraz periferin nabzını tutma noktasında iş durdu gibi görüyorum.”

Yönetici, Kadın

Tartışma

Sağlık yöneticilerinin AH ve SO dönemine ait düşüncelerinin incelendiği bu araştırmaya göre, birinci basamağa başvuru amacı sistem değişikliğinden çok fazla etkilenmemiştir. Her iki dönemde de hastalar birinci basamak sağlık kurumlarına daha çok reçete yazdırma ve küçük sağlık sorunlarında ilk muayene için başvurmaktadır. Tanır'ın yürüttüğü çalışmada da, AH'nin daha çok reçete yazdırma ve muayene için tercih edildiği saptanmıştır (8). Ancak bu başvurular AH döneminde SO dönemine göre niceliksel bir artış göstermiştir. Yöneticilere göre bunun temel nedeni hastaların kendi AH'sini seçebilmeleri ve AH ile daha yakın iletişim kurabilmeleridir. Aile hekimlerinin, hastalarına daha fazla ilgi göstermesi, aynı hekim tarafından izlenme olması ve hekime daha fazla güven duyulması gibi nedenlerle SO hekimlerinden daha üstün olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle, sağlık yöneticilerince AH döneminde birinci basamak sağlık hizmetlerinde süreklilik ve ulaşılabilirliğin arttığı savı dile getirilmiştir.

ASM'lerde ulaşılabilirliği engelleyen nedenler ise, iş yükünün fazla olması, hekimin izinde olduğu dönemlerde yerine bakan kişi olmaması ya da hastayla yeterince ilgilenmemesi, AH'ler arasında rekabet olması ve bir AH'ye düşen nüfusun fazla olmasıdır. Aile hekimliği döneminde hekim seçmenin avantajlı bir durum olmakla birlikte, sistem uygulanmaya başladıktan bir süre sonra bazı hekimlerin kendi aralarında anlaşarak hastaları bölüşmelerinin bazı yerlerde hekim seçme hakkını ortadan kaldırdığının söylenmesi de sistemin zaafı açısından oldukça ilginçtir. Ayrıca hekim seçme hakkının altı aydan üç aya indirilmesi nedeniyle süreklilik zamansal olarak bir darbe almıştır.

Yöneticiler AH döneminde ASM'lerin birey yönelimli hizmet sunduğunu, bölge kavramı olmadığını, ancak aslında kısmi olarak da olsa bölge uygulamasının korunmasını gerektiğini söylemişlerdir. Çiçeklioğlu'nun yürüttüğü çalışmada da, SO dönemindeki bölge uygulamasının daha yararlı olduğu

vurgulanmıştır (9). Aile hekimliği döneminde bölge uygulamasının olmaması ev ziyaretlerini de azaltmıştır. Özdemir(10), Atasoylu (11) ve Saltuk'un (12) yürüttüğü çalışmalarda, ev ziyaretlerinin AH döneminde bu çalışma ile benzer şekilde daha az olduğu saptanmıştır. Kılıç ve arkadaşlarının yürüttüğü bir başka çalışmada ise, SO döneminde büyük ölçüde ev ziyaretleri yapıldığı belirtilmiştir (13). Eskiocak'ın çalışmasında da, ebeler tarafından evde gebe izleminin SO döneminde özel bir çabayla yürütüldüğü açıklanmaktadır (14).

Bu çalışmadan çıkan bir başka sonuç, AH döneminde aşı ve izlemlerin performans sistemi nedeniyle, SO döneminde ise çalışanların kendi çabalarıyla yürütüldüğüdür. Çiçeklioğlu'nun yürüttüğü çalışmada AH döneminde gebe, bebek izlemlerinde ve bağışıklamada sağlık düzeyi göstergelerinin negatif performans nedeniyle yüksek olduğu görülürken, prematür doğumlardaki aşı gecikmeleri nedeniyle bile performans cezası alınabildiği, bunun da hekimleri bazı hilelere başvurmak zorunda bıraktığı belirtilmiştir (9). Benzer kaygılar bu araştırmada da yöneticiler tarafından dile getirilmiştir. Eskiocak'ın çalışmasında ise bağışıklamada ve izlemlerde yüksekliğin toplum içinde avantajlı gruplarda yüksek olduğu, dezavantajlı gruplarda düşük olduğu bildirilmiştir (14). Ancak yöneticiler gene de negatif performans uygulamasının hizmeti olumlu yönde etkilediği konusunda görüş bildirmişlerdir. Ancak performans uygulaması yapılmayan kadın izlemi ve aile planlaması çalışmalarının AH döneminde SO dönemine göre azalabileceği kaygısı da dile getirilmiştir.

Sağlık yöneticilerine göre her iki dönemin bir başka benzer yanı, sevk zincirinin uygulanamayışı ve hizmet içi eğitimlerin yetersizliğidir. Benzer olarak, Çetinkaya'nın yürüttüğü bir çalışmada da aslında her iki dönem açısından hizmetlerde büyük bir fark olmadığı vurgulanmıştır (15). Araştırma sonuçlarına göre, performansa dahil olmayan izlemlerin düşük olması da Erkman, Özcan, Atasoylu ve Çiçeklioğlu'nun çalışmalarındaki eksiklikler ile benzerdir (9,11,16,17). Hizmet içi eğitim yetersizliği SO döneminde ele alınan başlıca konulardan biri olmuştur (13).

Yöneticilere göre SO döneminde ekip çalışması varken, AH döneminde iki kişiden oluşan bir ekip vardır. Ekip çalışmasının ortadan kalkması Çetinkaya, Uğur ve Özdemir'in çalışmaları ile uyumludur (10, 15). AH döneminde ekip çalışmasının etkilenmesi, çevre sağlığı ve bulaşıcı hastalık filyasyonları gibi çalışmaları da etkilemiştir. Bu çalışmaların SO döneminde daha iyi yapıldığı belirtilmiştir. Ayrıca yöneticilere göre, hem AH, hem de SO döneminde bir hekime düşen nüfus çok fazladır. Benzer olarak, nüfusun ve iş yükünün fazla olduğu, Eskiocak'ın yürüttüğü çalışmada, Manisa'da Özyurt ve Nesanır'ın yürüttüğü iki ayrı çalışmada, belirtilmiştir (14,18,19).

Sağlık yöneticileri, Çiçeklioğlu ve Eser tarafından yürütülmüş çalışmalarda, olduğu gibi, yönetim açısından bakıldığında kurumlar arası koordinasyonun eksik olduğuna işaret etmişlerdir (9, 20). Ayrıca Eskiocak'ın çalışmasında da TSM ve ASM arasında hiyerarşik ilişkinin bozulduğu, basamaklar arası dayanışmanın ortadan kalktığı görülmektedir (14). Ancak AH döneminde fiziksel ve teknik koşullar SO dönemine göre daha iyidir. Aile hekimleri elektronik kayıt tutma, bilgisayar, internet, telefon olanakları açısından SO'lardan üstündür. Ancak AHBS'deki hasta bilgilerinin ev ziyaretleri düzenli olmadığından güncel olmadığı belirtilmiştir.

Nitekim Özdemir ve Kılıç'ın yürüttüğü çalışmalarda da, geçmişte SO döneminde sisteme ayrılan kaynağın ve teknolojik altyapının yetersiz olduğu açıklanmıştır (10,13). Aile hekimliğinin bu dönemde hekimler tarafından çalışma alanı olarak tercih edilmesinin nedeni ise, Çetinkaya, Özdemir, Erkman, Nesanır ve Kalafat'ın çalışmalarında olduğu gibi zorunlu kalmak ve yüksek ücret verilmesidir (9,10,16, 21).

Sonuç ve Öneriler

Manisa'da yapılan bu araştırma sonucunda SO ve AH dönemleri kıyaslandığında, bazı alanlarda birbirlerine üstün oldukları, bazı konularda ise benzer oldukları saptanmıştır. Her iki dönemin benzer yanları küçük sağlık sorunları ve reçete yazdırmak için ilk başvuru yeri olması, sevk zincirinin çalışmaması ve hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimlerin yetersiz

olmasıdır. Genel olarak bakıldığında sağlık yöneticilerine göre aile hekimliği sisteminin üstün yanları şöyle özetlenebilir:

- Aile hekimleri hastalara daha fazla ilgi göstermesi, aynı hekim tarafından izlenme olması ve hekime daha fazla güven duyulması gibi nedenlerle SO hekimlerinden daha üstündür.

- Aile hekimleri dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerinde süreklilik ve ulaşılabilirlik daha iyidir.

- Aile hekimliği kayıt tutma, bilgisayar, internet, telefon olanakları açısından SO'lardan daha iyidir.

- Negatif performans uygulaması bazı hizmetleri artırmıştır.

Genel olarak bakıldığında SO döneminin AH'ye üstün yanları ise şöyle belirtilebilir:

- Ev gezileri, çevre sağlığı çalışmaları ve aile planlaması çalışmaları SO döneminde AH dönemine göre daha iyidir.

- Sağlık ocakları ekip çalışması açısından, topluma yönelik hizmet sunumu açısından ve bulaşıcı hastalık filyasyon çalışmalarında AH'den daha iyidir.

Sonuç olarak, AH döneminde bazı koruyucu hizmetler ve izlemler negatif performans uygulaması nedeniyle daha iyi gibi görünmektedir. Sağlık ocağı dönemi ise topluma yönelik hizmet sunumu açısından daha üstünken, AH dönemi hekime rahat ulaşabilmek açısından daha olumludur. Ancak sağlık yöneticilerine göre SO döneminde sosyalleştirmeye yeterince sahip çıkılmamıştır.

Bu çalışmadan çıkartılabilecek öneriler şöyledir:

- Bölge tabanlı hizmet sunumu toplumu tanıma açısından temel alınmalıdır.

- Aile hekimliği sisteminde gerçek bir ekip çalışması sağlanmalıdır. Bu nedenle iki kişilik ekip genişletilmelidir.



STED arşivinden

- Aile hekimliği sisteminde topluma yönelik hizmet sunumu ve çevre sağlığı çalışmaları yeniden ele alınmalıdır. TSM çalışmaları iyileştirilmeli, ASM ile TSM arasındaki koordinasyon sorunları çözülmelidir.
- Aile hekimi başına düşen nüfus dolayısıyla bir AH'ye düşen iş yükü azaltılmalıdır. Böylece koruyucu hizmetlerin ve izlemlerin iyileştirilmesi sağlanabilir.
- Yalnızca negatif performans değil, pozitif performans da yaygınlaştırılmalıdır.

Aile hekimliğinin bu çalışmamızda sağlık yöneticileri tarafından hastaların istediği hekimi seçebilmesi (özgürlük), birinci basamakta teknoloji kullanımının artması ve performans gibi kavramlarla birlikte tanımlandığı saptanmıştır. Uluslararası gelişmeler de göz önüne alındığında bu yaklaşım DSÖ Avrupa bölgesindeki politikaların Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerine bir yansımasıdır ve makro düzeyde küreselleşme temasına işaret

etmektedir. Ayrıca hizmetin sürekliliği, çeşitliliği, ulaşılabilirlik, ekip çalışması gibi temel TSH kavramları da bu araştırmada sürekli gündeme gelmiştir. Dolayısıyla bu araştırmanın sonucuna göre Türkiye'de AH sisteminin gelişmesi küreselleşmenin ülkemize getirdiği dayatmalar ve TSH yaklaşımının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır.

Teşekkür:

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesine yaptıkları katkılar nedeniyle başta İl Halk Sağlığı Müdürü Dr. Ziya Tay olmak üzere tüm Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü çalışanlarına teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması:

Bu çalışmada herhangi bir kaynaktan maddi destek alınmamıştır. Yazarlar herhangi bir kişi ya da kurumla çıkar çatışması bulunmadığını beyan ederler.

İletişim: Dr. Celalettin Çevik

E-posta: celalettincevik@outlook.com

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı (2004) 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. 9.12.2004 tarih 25665 sayılı Resmi Gazete.
2. Sağlık Bakanlığı (1961) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 12.01.1961 tarih 10705 sayılı Resmi Gazete.
3. Türk Tabipleri Birliği. Prof.Dr. Nusret FİŞEK'in Kitaplaşmamış Yazıları I. Erişim 10.10.2012, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/23.html
4. Sağlık Bakanlığı (2013) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Erişim20.03.2013, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeliği.html>
5. İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu (2013) Aile hekimliği uygulama yönetmeliği hakkında. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h-1TEgjxjFsJ:www.istabip.org.tr/dosyalar/hukuk/ahyonetmelik25.01.2013.pdf+&cd=4&hl=tr&ct=clnk&gl=tr>
6. Alma-Ata Bildirgesi. Erişim 11.10.2012, http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html
7. The World Health Report 2008. Primary Health Care (Now More Than Ever) Erişim 20.09.2012, <http://www.who.int/whr/2008/en/>
8. Tanır F. Adana'da aile hekimliği uygulamalarına bakış. 6. Temel Sağlık Buluşması, 2010, İzmir, bildiri özet kitabı. s. 26.
9. Çiçeklioğlu M, Öcek ZA, Özdemir R, Yücel U. ve ark. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İşleyiş Özellikleri Açısından Aile Hekimliği. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, 2012, Bursa. s. 140,
10. Özdemir R, Yücel Ü, Çiçeklioğlu M, Öcek ZA. Aile Sağlığı Elemanları Çalışma Ortamları Ve Özlük Hakları Hakkında Ne Düşünüyor? Geleceğe Nasıl Bakıyor? 15.ulusal halk sağlığı kongresi, bildiri özet kitabı, 2012, Bursa. s. 120.
11. Atasoylu G. Manisa İlinde Aile Hekimleri Tarafından Sunulmakta Olan Bazı Koruyucu Hizmetlerin Değerlendirilmesi. 6. Temel sağlık buluşması, 2010, İzmir. s. 45.
12. Saltuk Demir L. Aile hekimliği uygulamasına, bebek, gebe, köy ve ev ziyaretlerine genel bir bakış. 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, 2010, İzmir. s.72.
13. Kılıç B, Günay T, Demiral, Y. Narlıdere Eğitim Araştırma Bölgesi sağlık ocaklarında yöneylem araştırması (1999-2002). Taf preventive medicine bulletin, 2007; 6.
14. Eskiocak M. Türkiye'de aile hekimliği uygulaması:2005-2011. Fusun Sayek Raporları, Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı. TTB Yayınları, İnternet Erişim 30.09.2013, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsrpr2011.pdf>
15. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M, Öksüzkaya A. Kayseri ilindeki aile hekimlerinin aile hekimliği sistemi ile ilgili düşünceleri ve uygulamaları.15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı: 2012, Bursa.
16. Erkman N. Düzce ili aile hekimliği birimlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği sistemi hakkındaki görüşleri. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2008, Ankara. s. 69.
17. Özcan C. Aile Hekimliği Sisteminde Performans Değerlendirme Ölçütleri. 6. Temel Sağlık Buluşması, 2010, İzmir. s.68.
18. Özyurt B, Dünder P. Manisa kent merkezinde aile sağlığı birimlerinde çalışan hekim ve aile sağlığı elemanlarının aile hekimliği uygulamaları ile ilgili değerlendirmeleri. 13.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, 2010, İzmir. s. 68.
19. Nesanır N. Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010;9: 493-504.
20. Eser E. Teknik Rapor Manisa ilinde bir yıllık aile hekimliği pilot uygulamasının değerlendirilmesi. Manisa Tabip Odası Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu, 2009, Manisa.
21. Kalafat C, Torlak F, Bircan I. İstanbul'da aile hekimliği sistemi öncesi sağlık çalışanlarının değerlendirilmesi. 13.ulusal Halk Sağlığı Kongresi, bildiri özet kitabı, 2010, İzmir. s.10.

Trabzon'da Hekimlerin Tüberküloz Kontrolü ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi İle İlgili Bilgi ve Uygulamaları

The Knowledge and Practices of Physicians in Trabzon on Tuberculosis Control and Directly Observed Treatment Strategy

Araştırma



Research

Havva Karadeniz Mumcu*

Geliş tarihi : 25.08.2013

Kabul tarihi: 10.09.2013

Öz

Amaç: Bu araştırma, Trabzon il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan hekimlerin, Tüberküloz (TB) kontrolü ve Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi (DOTS) ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Temmuz 2011'de Trabzon il merkezindeki 12 ASM'de çalışan 53 hekimden 38'ine (%71,7) ulaşılarak yapılan tanımlayıcı bir araştırmadır. Veriler anket formu yardımıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Bulgular tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzdelerle sunulmuştur.

Bulgular: Hekimlerin %73,7'sinin hizmet yılı 18-23 yıl arasında, %86,8'i pratisyendir. Hekimlerin %97,4'ü TB'nin ülke için önemli bir hastalık olduğunu düşünmektedir. Hekimlere göre, TB sıklığını azaltmanın en az maliyetli ve etkili yolu korunma (%21,1); en ucuz, en kolay ve kesin tanı yöntemi balgam kültürüdür (%68,4). Hekimlerin %89,5'i DOTS'yi duymuş, %75,7'si Doğrudan Gözetimli Tedavi (DOT) uygulamaktadır.

Hekimlerin DOT ile ilgili yaşadıkları sorunlar; hastanın ilacını alıp almadığını denetleyememe (%17,5), iş yoğunluğunun artması (%17,5), hastanın tedaviye uyum sürecinde sorun yaşama (%16,5) ve hasta izleminde sorun yaşama (%15,5) olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmaya katılan hekimlerin TB kontrolü ile ilgili eksikleri vardır. Dört hekimden biri DOT uygulamamaktadır. DOT uygulayan hekimler ise çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Etkin bir TB kontrolünün sağlanabilmesi için hekimlerin bilgi eksiklikleri giderilmeli, DOT uygulayan hekimler DOT'nin önemi ve gereği konusunda ikna edilmeli, DOT uygulayanların yaşadıkları sorunlara yönelik çözüm bulunmalıdır.

Anahtar sözcükler: Tüberküloz, DOTS, Hekim, Bilgi, Uygulama

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the knowledge and practices of the physicians working in family health centers (FHC) in the central city of Trabzon province about tuberculosis (TB) control and Directly Observed Treatment Strategy (DOTS).

Method: The study was carried out on 38 physicians reached out of 53 physicians (71.7%) working at the 12 FHC's of the city center of Trabzon in July 2011. Data were collected by face to face interview using a questionnaire. The data were evaluated by the SPSS 15.0 program. The findings were presented using descriptive statistics with numeric and percentage values.

Results: The duration of the service years of 73.7% of the physicians was 18-23 years and 86.8% were practitioners. Of the physicians, 97.4% were sharing the view that TB is an important disease for the country. According to the physicians, the lowest costing and the most effective way of reducing the incidence of TB is prevention (21.1%) and the cheapest, easiest and most accurate method of diagnosis of TB is sputum culture (68.4%). The physicians had heard of DOTS by 89.5% and 75.7% had been practicing this method.

The problems physicians experience in implementing DOT were determined as inability to check whether the patient receives the drug (17.5%), increases in workload (17.5%), experiencing problems in patient compliance regarding treatment (16.5%) and problems encountered in follow-up of patients (15.5%).

Conclusion: The physicians participating in the study revealed inadequate knowledge about TB control. One out of four physicians was not implementing DOT. On the other hand, the physicians applying DOT experienced a number of problems. In order to ensure effective TB control, the inadequacies of the knowledge of physicians on TB control should be met; the physicians not applying DOT should be educated about the importance and need to implement DOT and solutions should be found for the problems experienced by the physicians applying DOT.

Key words: Tuberculosis, DOTS, Physician, Knowledge, Practice

*Öğr. Gör.; Karadeniz Teknik Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Trabzon

Giriş

Tüberküloz (TB) insanlık tarihi kadar eski bir hastalık olmasına karşın, tüm dünyada bir toplum sağlığı sorunu olarak önemini korumaktadır (1). Günümüzde dünya nüfusunun üçte birinin TB basili ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir (2-5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2007 yılı itibariyle dünyada 13,7 milyon TB olgusu olup, bunların 0,5 milyonu çok ilaca dirençli (ÇİD) TB olgularıdır (6). Türkiye Verem Savaşı 2011 Raporu'na göre, ülkemizde 2009 yılında verem savaşı dispanserleri kayıtlarına 17 402 TB hastası girmiştir. Toplam olgu hızı, yüz binde 24,0'dır (7).

Bu kontrol programlarının başarıya ulaşması için yayma pozitif TB olgularının en az %70'ine kalite kontrollü bakteriyolojik inceleme ile tanı konulması ve tanı konulan hastaların %85'inin Doğrudan Gözetimli Tedavi (DOT) ile tedavi edilmesi gerekmektedir (2, 8). Bu stratejide; tanıda bakteriyolojinin temel alınması, hastaların belirlenmiş standart rejimlerle tedavi edilmesi, tedavinin en az ilk iki - üç ayının bir sağlık çalışanı tarafından gözetim altında verilmesi, ilaçların ücretsiz sağlanması, hastaların standart kayıt ve izlemlerinin yapılması ve tüm bunların sürekliliğinin sağlanması için devletin politik kararlılığının ortaya konması gerekmektedir (9-11).

DOT dünyanın gelişmekte olan ülkelerinde standart yaklaşım olarak kullanılmaktadır (12). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1994'ten bu yana resmi tedavi yaklaşımı DOT olduğu halde, bütün hastalara değil, hastaların bazılarında gözetimli tedavi uygulanmaktadır (13). Avrupa için önerilen yaklaşımda "tedavi başarı oranının açıkça yeterli olduğu gösterilirse (%85,0'dan fazla) ulusal sağlık yetkilileri, hangi koşullar altında DOT'nin gerekli olduğuna karar vermelidirler" denmektedir (14).

DSÖ'nün önerdiği DOT, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Temmuz 2006 tarihinde yayımlanan bir genelge ile ülke genelinde uygulanmaya başlamıştır (15). Bu uygulamada TB tanısı alan hastaların önce dispansere kayıt yapılmakta, sonra dispanser doktoru hastayı ilgili aile hekimine yönlendirmektedir (16). Bu çalışmada, Trabzon il merkezindeki ASM'lerde çalışan hekimlerin TB kontrolü ve DOTS ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Trabzon il merkezinde bulunan 12 ASM'de, 11-15 Temmuz 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ASM'lerinde çalışan 53 hekim oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş, hekimlerin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma yapıldığı sırada yıllık izinlerini kullanmakta olan 15 hekime ulaşılamamış, araştırma 38 hekim ile yürütülmüştür (%71,7). Araştırmaya katılan hekimler daha önce verem savaş dispanserinde (VSD) çalışmamıştır. Trabzon Halk Sağlığı Müdürlüğü Tüberküloz Birimi, mezuniyet sonrası eğitim etkinlikleri kapsamında TB kontrolü ve DOTS ile ilgili etkinlik düzenlediklerini ve hekimlerin katılımlarının sağlandığını belirtmiştir (17).

Veriler soru formu yardımıyla toplanmıştır. Soru formu literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Soru formunun ön denemesi il merkezi dışındaki bir ASM'de uygulanmıştır. Soru formları araştırmacı tarafından ASM ziyaret edilerek gözlem altında hekimlere uygulanmıştır. Soru formları uygulanmadan önce araştırma hakkında hekimlere bilgi verilerek sözel olurları alınmıştır. Soru formunda, hekimlerin sosyodemografik özellikleri, TB kontrolü, DOT uygulamaları ve bununla ilgili yaşadıkları sorunlara ilişkin sorular yer almıştır. Soru formunda 22'si kapalı uçlu (çoktan seçmeli-checklist) olmak üzere toplam 33 soru bulunmaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar (SPSS 15,0) paket programı kullanılmıştır. Bulgular tanımlayıcı istatistik olarak sayı ve yüzdelerle sunulmuştur. Araştırma için İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

Trabzon ilinde bir VSD hizmet vermektedir. Bu VSD il merkezinde bulunmakta; mikrofilm, aşılama, bakteriyoloji ve tedavi hizmetlerini yürütmektedir. İl ve ilçelerdeki hastanelerde TB tanısı alan tüm hastalar bu merkeze bildirilmektedir.

Trabzon'da aile hekimliği uygulamasına 2009 yılında başlanmıştır. Aynı yıl ildeki TB olgu hızı yüz binde 26,0'dır (7). 2010 yılında ildeki TB'li hasta sayısı 209, TB olgu hızı yüz binde 27,4 ve DOT oranı %99,5 iken, 2011 yılında hasta sayısı 226'dır. Bu hastaların 103'ü (%45,6) il merkezinde, 123'ü (%54,4) ilçelerde izlenmektedir. TB olgu hızı yüz binde 28,7 ve DOT oranı %100,0'dür (17).

Bulgular

Araştırmaya katılan hekimlerin %76,3'ü erkek, %65,8'i 45 yaş ve üzerinde, %73,7'sinin hizmet yılı 18-23 yıl arasındadır. Hekimlerin %86,8'inin görev unvanı pratisyenken, %13,2'si uzman hekimdir (Tablo 1).

Mezuniyetten sonra TB ile ilgili herhangi bir bilimsel etkinliğe katılanların sıklığı %65,8'dir. TB ile ilgili bilgi kaynakları kitap (%19,4), hizmet içi eğitim-makale-dergi-kitap (%16,7) ve hizmet içi eğitim programları (%11,1) olarak belirlenmiştir.

Hekimler, TB sıklığını azaltmanın en az maliyetli ve en etkili yolunu korunma (%21,1), aşılama (%18,4), sağlık eğitimi (%18,4) ve erken tanı (%15,8) olarak belirtmiştir. Hekimlere göre, TB'nin en ucuz, en kolay ve kesin tanı yöntemi balgam kültürüdür (%68,4).

Göğüs hastalıkları uzmanları, VSD'de çalışan uzman ve pratisyenlerden oluşan hekimlerin %37,8'i ASM'de çalışan pratisyenlerin; %16,2'si VSD'de çalışan uzman ve pratisyenlerin; %13,5'i göğüs hastalıkları uzmanlarının TB tanısı koyabileceğini belirtmiştir.

Türkiye'deki TB kontrol programına göre, erişkin tip akciğer TB'sinin tedavisi en az altı ay sürmelidir (18). Araştırmaya katılan hekimlerin %44,7'si bu süreyi doğru olarak belirtmiştir.

Hekimler, TB tedavisinin başarıya ulaşmasındaki en önemli kişinin VSD'de çalışan hekimler (%34,2) ve en önemli kuruluşun VSD (%60,5) olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin %89,5'i DOTS'yi duymuş, %81,6'sı bu konuda bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Hekimler DOTS'nin amacının "TB ilaçlarının kesintisiz alınmasını sağlamak" olduğunu belirtmiştir (%80,6).

Hekimlerin %75,7'si DOT uyguladığını, %24,3'ü ise uygulamadığını bildirmiştir. DOT uygulayan hekimlerin %81,3'ü hastanın ilaçlarını bir yakınının gözetiminde almasını sağladığını belirtmiştir (Tablo 2).

DOT uygulamayan hekimler gerekçelerini; "iş yoğunluğum çok fazla" (%25,0), "hastaya ilaç içirmenin benim görevim olduğunu düşünmüyorum" (%16,7), "iş yoğunluğum çok fazla" ve "ilaç içirmenin benim görevim olduğunu düşünmüyorum" (%16,7), "iş yoğunluğum çok fazla" - "hastam kabul etmiyor" - "hastalığın bana bulaşmasından korkuyorum" (%8,3), "iş yoğunluğum çok fazla" - "DOT ile TB'nin kontrol altına alınabileceğine inanmıyorum" - "hastam kabul etmiyor" - "ilaç içirmenin benim görevim olduğunu düşünmüyorum" (%8,3), "iş yoğunluğum çok fazla" - "DOT ile TB'nin kontrol altına alınabileceğine inanmıyorum" (%8,3) ve "hastam afişe oluyor" (%8,3) olarak belirtmişlerdir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı (Trabzon, 2011)

Özellikler(n=38)	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	29	76.3
Kadın	9	23.7
Toplam	38	100.0
Yaş		
25-34	1	2.6
35-44	12	31.6
≥45	25	65.8
Toplam	38	100.0
Hizmet süresi		
6-11 yıl	1	2.6
12-17 yıl	3	7.9
18-23 yıl	28	73.7
24-29 yıl	5	13.2
≥30 yıl	1	2.6
Toplam	38	100.0
Görev unvanı		
Uzman	5	13.2
Pratisyen	33	86.8
Toplam	38	100.0
Aile hekimi olarak hizmet süresi		
≤1	2	5.3
2	11	28.9
3	24	63.2
9	1	2.6
Toplam	38	100.0

Tablo 2. Araştırmaya katılan hekimlerin DOT uygulamaları (Trabzon, 2011)

DOT uygulamaları(n=28)	Sayı	%
"Hastanın ilaçlarını yakınının gözetiminde almasını sağlıyorum"	24	81.3
"Hastanın kendisine veriyorum, evde içiyor"	2	9.4
"Hastaya ilaçlarını bazen kendim içiriyorum, bazen hasta yakınına veriyorum"	1	6.3
"Hastaya ilaçlarını kendim içiriyorum"	1	3.1
Toplam	28	100.0

Tablo 3. Araştırmaya katılan hekimlerin DOT ile ilgili yaşadıkları sorunlar (Trabzon 2011)

Sorunlar (n=28)	Sayı	%*
"Hastanın ilacını alıp almadığını denetleyemiyorum"	18	17.5
"İş yoğunluğumu artırıyor"	18	17.5
"Hastanın tedaviye uyum sürecinde sorun yaşıyorum"	17	16.5
"Hasta izleminde sorun yaşıyorum"	16	15.5
"ASM'nin fiziki koşulları DOT için uygun değil"	12	11.6
"Kayıt tutma ve raporlamada sorun yaşıyorum"	7	6.8
"İlaç temininde sorun yaşıyorum"	4	3.9
"TB ile ilgili yeterli bilgi sahibi değilim"	4	3.9
"DOT ile ilgili yeterli bilgi sahibi değilim"	3	2.9
"Sorunum yok"	4	3.9
Toplam	103	100.0

*Bir kişi birden çok cevap vermiştir.

DOT uygulayan hekimler yaşadıkları sorunları; "iş yoğunluğumu artırıyor" (% 17,5), "hastamın ilacını alıp almadığını denetleyemiyorum" (% 17,5), "hastamın tedaviye uyum sürecinde sorun yaşıyorum" (% 16,5) ve "hastamın izleminde sorun yaşıyorum" (% 15,5) diye açıklamışlardır (Tablo 3).

Hekimler, TB tanısı ile izledikleri hastalara tedavinin uzun olduğunu ve ilaçların düzenli içilmesi gerektiğini (% 30,2), iyi beslenme (% 18,9) ve düzenli kontrollerin (% 9,4) önemli olduğunu vurguladıklarını bildirmişlerdir.

Tartışma

Araştırmaya katılan hekimlerin % 34,2'si mezuniyet sonrasında TB ile ilgili herhangi bir bilimsel etkinliğe katılmadığını belirtmiştir. Aktan ve ark. çalışmasında ise, hekimlerin % 70,9'unun mezuniyet sonrasında TB ile ilgili hiçbir bilimsel etkinliğe katılmadığı bulunmuştur (18).

Araştırmaya katılan hekimler, TB ile ilgili bilgi düzeylerini artırmak için en sık olarak kitap okumaktadır (% 19,4). Hindistan'da yapılmış bir araştırmada doktorların %93'ü TB hakkındaki bilgilerini yenilemek için bir ya da daha fazla yol kullandığını, %58,3'ü makale-dergi okuduklarını, %24,6'sı gazetelerin sağlık köşelerini izlediğini, %45,0'ı klasik kitap okuduğunu, %39,5'i de bilimsel kongre vb. etkinliklere katıldığını belirtmiştir (18).

Araştırmaya katılan hekimlerden hiçbiri, TB sıklığını azaltmanın en az maliyetli etkin yolunun "tanısı konmuş hastaların iyi tedavi edilmesi" ifadesini kullanmamıştır. Hekimlerin %21,1'i 'korunma', %18,4'ü 'aşılama' ile TB sıklığının azaltılabileceğini belirtmiştir. Aktan ve arkadaşlarının çalışmasında da, hekimlerin ancak %9,6'sı bunu doğru olarak açıklamıştır (18).



Tüberküloz nedir?

Kaynak: www.bsm.gov.tr/sunu/docs/VeremOkulslyatlari.

Araştırmaya katılan hekimlerin %68,4'ü TB'nin en ucuz, en kolay ve kesin tanı yöntemi olan balgamda doğrudan incelemeyi doğru bilmıştır. Aktan ve arkadaşlarının çalışmasında bu sıklık %31,9 olarak bulunmuştur. Kore'de 923 özel çalışan pratisyen üzerinde yapılmış araştırmada, hekimlerin %50,0'inin tanıda balgam yaymasının gerekli olmadığını düşündüğü bulunmuştur (18).

Türkiye'deki TB kontrol programına göre, erişkin tip akciğer TB'nin tedavisi en az altı ay sürmelidir. Araştırmaya katılan hekimlerin %44,7'si bu süreyi doğru olarak belirtmiştir. Aktan ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin %39,8'i bu süreyi doğru olarak açıklamıştır (18).

Araştırmaya katılan hekimlerin %75,7'si DOT uyguladığını bildirmiştir. DOT uygulayan hekimlerin %81,3'ü, izledikleri hastaların ilaçlarını yakınının gözetiminde alınmasını sağladığını belirtmiştir. Türkiye Verem Savaşı 2011 Raporu'na göre, 2010 yılında DOT uygulanan hastaların %74,7'sine sağlık personeli, %25,3'üne ev halkı ve diğer gözetmenler tarafından DOT uygulaması yapıldığı belirtilmektedir. Sağlık personeli DOT uygulamasının %87,9'unu sağlık kuruluşunda, %12,1'ini hastanın ev ya da işyerine giderek uygulamaktadır. Sağlık personeli dışında uygulanan DOT'nin %91,7'sini ev halkı, %8,3'ünü diğer DOT gözetmenleri (öğretmen, muhtar, iş arkadaşı vb) uygulamıştır.

2010 yılında dispanserlerde kayıt altına alınan hastaların %97,9'unun tedavilerine doğrudan

gözetim altında başlanmıştır (7). Pungrassami ve arkadaşlarının çalışmasında, aile bireylerinin gerektiği biçimde DOT uygulamama oranının sağlık çalışanlarından yüksek olduğu (%7-15'e karşılık %32-38) saptanmıştır (19). Aile hekimliği ve TB kontrolü konusunda görüş belirten Türk Toraks Derneği TB Çalışma Grubu da, ASM, toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimlerinin TB konusunda deneyimleri olmadığını; bu nedenle sorunları çözmede, tedaviye uyumsuzlukla uğraşmada, temaslı muayenesi ve koruyucu tedavileri yapmada kayıt ve raporlamada yetersiz kaldığını belirtmektedir (20).

Araştırmaya katılan hekimlerin %24,3'ü DOT uygulamadığını belirtmiştir. Gerekçe olarak; hekimlerin %25,0'ı iş yoğunluğunu, %16,7'si hastaya ilaç içirtmenin görevi olmadığını düşündüğünü açıklamıştır. Trabzon Halk Sağlığı Müdürlüğü Trabzon ilinin TB kontrolünde DSO hedeflerine ulaştığını belirtmektedir (17). Teorik olarak, il merkezi ve ilçelerdeki TB hastalarının tümünün aile hekimleri tarafından izlenmesi gerekmektedir. Ancak aile hekimlerinden bir bölümünün DOT uygulamadığı durumda, DOT oranının %100 olmasında Halk Sağlığı Müdürlüğü Tüberküloz Birimi'nin hastalar ile iletişim kurması, hastaların ilaçlarını alıp almadığını denetlemesi, tedavi sürecinde ortaya çıkan sorunlara zamanında ve uygun çözüm bulunmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

DOT uygulayan hekimler yaşadıkları sorunları; "hastanın ilacını alıp almadığını denetleyemiyorum" (%17,5), "iş yoğunluğumu artırıyor" (%17,5), "hastanın tedaviye uyum sürecinde sorun yaşıyorum" (%16,5) ve "hasta izleminde sorun yaşıyorum" şeklinde belirtmiştir.

TB tedavisine uyumsuzluk hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde oldukça yaygın bir sorundur. Çalışmalarda kullanılan ölçütlere göre değişmekle birlikte, tedaviye uyumsuzluğun genel olarak %20 ile %80 aralığında yer aldığı bildirilmektedir (8). Hastaların ilaç içmelerindeki düzensizlikler TB tedavisiyle uğraşanların en büyük sıkıntılarından biridir. Hastaların ilaçlarını düzgün içmediklerini saptamak ya da içtiklerinden emin olamamak, çoğu zaman tedavilerin altı aydan daha uzun süre verilmesine yol açmaktadır (19).



Doğrudan gözetimli tedavi

Kaynak: <http://www.toraks.org.tr/eventDetail.aspx?detail=71>

DSÖ tarafından tedaviyi terk etme, "TB tedavisine ardışık olarak iki ay ya da daha fazla ara verilmesi" olarak tanımlanmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %55,3'ü bu süreyi bilmediğini belirtmiştir. Çalışmalarda, tedaviyi terk etmenin %5,5 ile %23,0 aralığında olduğu ve tedavinin idame döneminde arttığı saptanmıştır (8). Ülkemizde birçok dispanserde yeni hastaların yaklaşık %10'u, önceden tedavi almış hastaların da yaklaşık %20'si tedaviyi terk etmiştir. Bazı hastalar ilaçlarını dispanserden düzensiz almış, bazıları da düzenli almış, fakat bunları içmemiştir (21, 22).

Koçakoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, olguların %82,2'si tedaviyi düzenli olarak sürdürmüştür (1). Çil'in yaptığı çalışmada, hastaların düzensiz ilaç kullandığı saptanmıştır (23). Özkara ve arkadaşlarının ülkemizde derlediği 108 VSD'ye ilişkin çalışmada, tedaviyi terk oranı yeni akciğer TB olgularında %9,2, eski akciğer TB olgularında %19,3'tür. Rusya Federasyonu'ndan Leningrad Bölgesi'ne ilişkin bir yıllık deneyimin verildiği bir çalışmada, bakteriyolojik olarak kesin tanı almış olgularda tedavi terki %11,7 olarak bulunmuştur (19).

Az sayıda hekime ulaşılarak yapılmış olsa da, bu araştırmanın sonuçları, hekimlerin TB kontrolüne ilişkin bilgi eksikleri olduğunu, dört hekimden birinin DOT uygulamadığını, DOT uygulayan hekimlerin ise çeşitli sorunlar yaşadığını göstermektedir.

Etkili bir TB kontrolünün sağlanabilmesi için hekimler TB kontrolü, DOTS ve DOT ile ilgili bilgi eksiklerini gidermelidir. Halk sağlığı

müdürlükleri de bu konuda sorumluluk almalıdır. Mezuniyet sonrası eğitim etkinlikleri kapsamında, TB ile ilgili eğitim programları sürekli ve düzenli uygulanmalıdır. Hekimlerin tümünün eğitime katılımı hedeflenmelidir. DOT uygulamayan hekimlerin bu yöntemi uygulaması sağlanmalıdır. DOT ile ilgili sorun yaşayan hekimlerin sorunlarının çözümüne yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimlerinin kullandığı aile hekimliği bilgi sistemi programına TB'li hasta izlemlerini de katmalıdır.

İletişim: Havva Karadeniz Mumcu

E-posta: hkmumcu@yahoo.com

Kaynaklar

1. Çağaltay Kayaoğlu S, Esin MN. Tüberküloz hastalığında doğrudan gözetimli tedavi uygulamaları. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2013; 27(1): 23-30.
2. Koçakoğlu Ş, Şimşek Z, Ceylan E. 2001-2006 yılları arasında Şanlıurfa Merkez Verem Savaş Dispanseri'nde takip edilen tüberküloz olgularının epidemiyolojik özellikleri. Türk Toraks Dergisi 2009;10: 9-14.
3. Coşkun A. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde tüberküloz kontrolü. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2003;24 (1): 6-7.
4. Yeşil Günal S. Verem savaş dispanserine farklı nedenle başvuran kişilerin tüberkülozun bulaşma yollarını bilme durumu. Toplum Hekimliği Bülteni 2007; 26(1): 7-10.
5. Koçoğlu F. Tüberküloz. 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, 21-25 Ekim 2008. Ankara. s.192-3.
6. Perinçek G, Tabakoğlu E, Otkun M ve ark. Mycobacterium tuberculosis üremesi saptanan akciğer tüberkülozlu hastaların antitüberküloz ilaçlara direnç oranları. Türk Toraks Dergisi 2011;12:111-3.
7. Türkiye'de Verem Savaşı Raporu 2011. Erişim 10.06.2013, http://aile.tokathsm.gov.tr/Veriler/Mevzuat/Bilgi/Kitap/Verem_Savasi_2011_Raporu.pdf
8. Hacıevliyagil SS, Duran M, Mutlu LC ve ark. Malatya verem savaş dispanserlerinde izlenen akciğer tüberkülozlu hastaların değerlendirilmesi. Solunum Hastalıkları 2006;17:177-85.
9. Kara B. Tüberküloz kontrolünde başlıca sorunlardan biri tedaviye uyum. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8 (1): 75-82.

10. Üner S, Melek A, Koşan A. Günümüzde verem savaşı ve DOTS. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2003; 24 (1): 4-6.
11. Türk Tabipler Birliği Tüberküloz Raporu. Birinci Baskı. Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi; Ocak 2012.
12. WHO. Global tuberculosis control. Surveillance, planning, financing. Communicable Diseases, World Health Organization. WHO/CDS/TB/2002.295.
13. Center for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention, Division of Tuberculosis Elimination. Reported tuberculosis in the United States 1998. Published August 1999.
14. Migliori GB, Raviglione MC, Schaberg T et al. Task force of ERS, WHO and the Europe Region of IUATLD. Tuberculosis management in Europe. Eur Respir J 1999;14: 979-92.
15. Özkara Ş, Arpaz S, Özkan S, Aktaş Z, Örsel O, Ecevit H. Tüberküloz tedavisinde doğrudan gözetimli tedavi (DGT). Ankara: Çağhan Matbaacılık Ltd. Şti; Kasım 2002.
16. Doğrudan gözetimli tedavi. Erişim 05.05.2013, <http://tuberkuloz.thsk.gov.tr/>
17. Trabzon ili tüberküloz verileri. Trabzon Halk Sağlığı Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü Tüberküloz Birimi; 2013.
18. Karahan A, Çalı Ş. Ümraniye'de hekimlerin tüberküloz kontrolü ve DOTS hakkındaki bilgi ve tutumları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005;14 (9):195-201.
19. Arpaz S, Keskin S, Sezgin N ve ark. Doğrudan gözetimli tedavi uygulamalarında üç yıllık sonuçlar. Türk Toraks Dergisi 2005; 6(3): 228-34.
20. Aile hekimliği uygulaması ve tüberküloz kontrolü ile ilgili Türk Toraks Derneği görüş belgesi. Erişim tarihi: 1.7.2013, <http://www.toraks.org.tr/sub News.aspx?sub=188¬ice=764>
21. Yılmaz D, Cantepe EC, Ertem Cengiz A ve ark. Bursa'da çalışan pratisyen hekimlerin DGTS hakkındaki bilgi ve tutumları. Türkiye Klinikleri Arch Lung 2010;11(1):1-4.
22. Özkara Ş, Arpaz S, Özkan S ve ark. Tüberküloz tedavisinde doğrudan gözetimli tedavi (DGT). Solunum Hastalıkları 2003;14:150-7.
23. Taşkın F, Olgun N. Akciğer tüberkülozlu hastalarda yaşam kalitesi. Türk Toraks Dergisi 2010;11:19-25.



Gülseren Dağlar, Handan Güler*, Gülbahtiyar Demirel*,
Z. Burcu Yurtsal**

Geliş tarihi : 27.05.2013

Kabul tarihi: 18.07.2013

Öz

İntrauterin fetal sağlık durumu ve distressin değerlendirilmesinde; elektronik fetal monitörizasyon (EFM) en sık kullanılan obstetrik uygulamalardandır. EFM riskleri erken dönemde belirlemeyi sağlayarak hipoksiye bağlı fetal ölümlerin azalmasında önemli rol oynamaktadır. EFM'de ebelik rolü nedeniyle bu çalışmanın amacı, ebelik öğrencilerine kurs kapsamında EFM ile ilgili bilgi vererek öğrencilerin kurs öncesi ve sonrası EFM bilgilerini ve yeterliliklerini belirlemektir.

Çalışma 2010 - 2012 yılları arasında program değerlendirme çalışması olarak yapılmıştır. İki eğitim öğretim yılındaki 4. sınıf öğrencilerinin tamamı (91 öğrenci) alınmıştır. Kurs 4. sınıf dersliğinde uygulanmıştır. Kurs 4. sınıf öğrencilerine II. yarıyılın ilk haftasında 3 günlük (toplam 24 saat) sürede yapılmıştır. Kurs başlangıcında, kurs öncesi ön test sınavı yapılmıştır. Ön testi; teorik bilgileri içeren sorular ve yorumlanması istenen traseler oluşturmuştur. Aynı test kurstan 2 ay sonra son test olarak tekrar uygulanmıştır. Kurs öncesi ve sonrası alınan puanlar karşılaştırılmıştır.

Öğrencilerin EFM kursu öncesindeki bilgi puanlarının ortalaması $59,1 \pm 14,0$ iken EFM kursu sonrasındaki bilgi puanlarının ortalaması $81,9 \pm 8,1$ olarak bulunmuştur ($p < 0,05$). EFM kursu öncesinde teorik bilgi açısından kendilerini yeterli hisseden öğrencilerin oranı %9,9 iken, EFM kursu sonrasında bu oran %83,5 olarak saptanmıştır ($p < 0,05$). EFM kursu öncesinde uygulama açısından kendilerini yeterli hisseden öğrencilerin oranı %31,9 iken, EFM kursu sonrasında bu oran %83,5 olarak saptanmıştır ($p < 0,05$).

Doğru bir EFM, fetal hipoksinin erken tanımlanmasında, fetal ölümlerin önlenmesinde ve sağlıklı toplum oluşmasında çok önemli katkı sağlamaktadır. EFM'nin uygulanması ve yorumlanması sağlık personeli ve özellikle hemşire /

Abstract

Electronic fetal monitoring (EFM) is one of the most commonly used obstetric procedures for assessment of intrauterine health status of the fetus and distress. EFM plays an important role in reduction of hypoxia - related early fetal deaths through determining risks in the early period. The aim of this study is to determine knowledge and qualification of midwifery students on EFM before and after the course because of the role of midwives.

The present study was performed as a program assessment study between 2010 - 2012. A total of 91 students (all grade 4 students) in two school years were included in the study. The course was carried out at classroom of grade 4 students and took 3 days (24 hours in total) in the first week of the first semester. Pre-test was applied at the beginning of the course. Pre-test was composed of questions about theoretical knowledge and traces to interpret. The same test was re-applied as post-test 2 months after the course. Scores of pre and post-tests were compared.

While mean score of knowledge was $59,1 \pm 14,0$ before EFM course, it was found as $81,9 \pm 8,1$ after the course ($p < 0,05$). While ratio of the students who felt competent in terms of theoretical knowledge was 9,9% before the EFM course, this ratio was found as 83,5% after the course ($p < 0,05$). While ratio of the students who felt competent in terms of practice was 31,9% before the EFM course, this ratio was found as 83,5% after the course ($p < 0,05$).

A correct EFM provides significant contribution to early diagnosis of fetal hypoxia, prevention of fetal deaths and for a healthy community. EFM is performed and interpreted by health staff, particularly by nurses / midwives. However licence

ebeler tarafından yapılmaktadır. Ancak ebelik ve hemşirelik lisans programlarının EFM konusunda bir yeterlilik kazandırma hedefi bulunmamaktadır. Kadın doğum servisi, polikliniği ve doğumhanelerde çalışacak ebe öğrencilerin bu konuda yetersiz olmaları yetersiz izlem ve yanlış değerlendirme, müdahale olasılığını artırmaktadır. İzlem ve yorumlama hataları fetal sağlığının tehlikeye girmesine neden olmaktadır. Bilim ve topluma katkıları nedeniyle EFM eğitimlerinin ebelik okul müfredatı içerisinde periyodik bir kurs olarak düzenlenmelidir.

Anahtar sözcükler: Ebelik öğrencileri, EFM kursu, Ebelik eğitimi.

Giriş ve Amaç

Fetüsün intrapartum sağlığı için yeterli miktarda kanlanma ve oksijenlenme önem taşımaktadır. Fetal sağlığı etkileyen en önemli etmen oksijenasyondur (1). Fetüse giden oksijen miktarı azaldığında fetüsün sağlığı bundan olumsuz etkilenecektir. Lawn ve arkadaşlarının (2005) çalışmasına göre yılda tahmini 1,02 milyon intrapartum ölüm gerçekleşmektedir (2). Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının (TNSA) 2008 verilerine göre ise, ölü doğum oranı % 1,3 olarak saptanmıştır (3). Gabbe'nin (2002) çalışmasına göre perinatal ölümlerin % 10'unu intrapartum hipoksi oluşturmaktadır (4). Perinatal asfiksini büyük bir bölümü intrauterin gerçekleştiğinden, doğum eylemi esnasında fetal durumun belirlenmesi önemlidir. Fetal asfiksiye bağlı fetal ölüm ve nörolojik sekellerin (serebral palsy, mental retardasyon) en aza indirilmesi için, doğum eyleminde fetal hipoksi saptanmalıdır (1). Bu nedenle doğum öncesi dönemde fetüsün sağlığının değerlendirilmesi önemlidir (1, 5, 6).

Intrauterin fetal sağlık durum ve distressin değerlendirilmesinde; elektronik fetal monitörizasyon (EFM) en sık kullanılan obstetrik uygulamadır (7, 8). EFM riskleri erken dönemde belirlemeyi sağlayarak hipoksiye bağlı fetal ölümlerin azalmasında önemli rol oynamaktadır (9,10). EFM, doğum eyleminde meydana gelen uterus kontraksiyonları ile fetusun kalp atımı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektedir (5, 6,, 10, 11). EFM'nin kullanılması yönünde destek veren en önemli bulgular, intrapartum

programs of nursing and midwifery do not have a goal for gaining proficiency. Midwifery students' to work in gynecology and obstetrics wards, outpatient clinics and delivery rooms being incompetent in that field increases the likelihood of inadequate follow up, incorrect assessment and interventions. Errors of follow up and interpretation jeopardize fetal health. EFM educations should be arranged as periodical courses in curriculum of midwifery schools due to its contribution to science and community.

Key words: Midwifery student, EFM course, Midwifery education.

ölümlerin 2–3 kat azaldığını gösteren 4 retrospektif çalışmadan gelmektedir (12, 13, 14, 15).

EFM'nin intrapartum ölümleri azaltması için doğru beden bölgesine uygulama, trasenin doğru yorumu önem taşır. EFM'nin uygulanması ve yorumlanması sağlık personeli ve özellikle ebe/hemşire tarafından yapılmaktadır (6, 7). Ancak ebelik ve hemşirelik lisans programlarının EFM konusunda bir yeterlilik kazandırma hedefi bulunmamaktadır. Kadın hastalıkları-doğum servisi, polikliniği ve doğumhanelerde çalışacak ebe öğrencilerin bu konuda yetersiz olmaları, yetersiz izlem ve yanlış değerlendirme ile müdahale olasılığını artırmaktadır. İzlem ve yorumlama hataları fetal sağlığın tehlikeye girmesine neden olmaktadır.

Mezuniyet sonrasında, kadın doğum servisi, polikliniği ve doğumhanede çalışan ebeden, fetal sağlığı değerlendirmek amacıyla EFM/NST çekimi yapması, trase yorumlaması, fetal distressi tanıyarak ekip işbirliği içinde gerekli müdahaleyi zamanında yapması beklenmektedir. Bebek sağlığı açısından, ebe'nin izlediği ve bakım verdiği gebelerde erken tanılama bebeğin yaşamını kurtaracaktır. Her ebe'nin mezuniyet öncesi EFM kursundan geçerek bu yeterlilikte mezun olması, bebek ölümlerini azaltmada önemli katkı sağlayacaktır. Bu nedenle bu programın mezuniyet öncesi verilmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı, ebelik öğrencilerinin kurs öncesi ve sonrası EFM bilgilerini ve sonucu yorumlama becerilerini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışma 2010–2012 yılları arasında program değerlendirmesi olarak yapılmıştır. Çalışmaya, iki eğitim öğretim yılındaki 4. sınıf öğrencilerinin tamamı (91 öğrenci) alınmış, kontrol grubu alınmamıştır. Kursun uygulaması 4. sınıf dersliğinde yapılmıştır. Kurs 4. sınıf öğrencilerine güz döneminin ilk haftasında 3 günlük (toplam 24 saat) sürede yapılmıştır. Kursta fetal dolaşım ve asfiksi, Non Stres Test (NST), intrapartum monitorizasyon, değerlendirme kriterleri, nonreaktivitede ebenin sorumlulukları konu başlıklarından oluşan 12 saatlik teorik ders ile bireysel ve grup çalışmalarıyla trase yorumlarının yapıldığı 8 saatlik uygulama eğitimi yer almıştır. Kurs başlangıcında öğrencilerin sözel onamları alınmış, 4 saatlik sürede kurs hakkında bilgilendirme ve kurs öncesi ön sınav yapılmıştır. Ön testi; teorik bilgileri içeren 10 soru ve yorumlanması istenen 5 EFM/NST trasesi oluşturmuştur. Aynı sorulardan oluşan test kurstan 2 ay sonra son test olarak tekrar uygulanmıştır. Sorular; çoktan seçmeli (1 puan) 4, açık uçlu (her bir madde 1 puan) 3 ve olgu örneği (2 puan) 3 sorudan oluşmuştur. Yorumlanması istenen 5 EFM/NST trasesi kurs eğiticileri tarafından hazırlanan "trase yorumlama yeterlilik kriterleri" doğrultusunda

değerlendirilmiştir. Trase yorumlama yeterlilik kriterleri toplam 15 maddeden oluşmuş ve her bir madde 1 puan olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler kurs eğiticilerinden yalnızca bir kişi/aynı kişi tarafından yapılmıştır. Ön test ve son testin değerlendirilmesinde doğru yanıtlara tam puan verilmiş, yanlış yanıt ve boş bırakılan sorulara ise puan verilmemiştir. Değerlendirme toplam 100 puan üzerinden yapılmış, 25 puanı teorik sorular, 75 puanı ise yorumlanması istenen trase soruları oluşturmuştur. Kurs öncesi ve sonrası alınan puanlar karşılaştırılmıştır. Ayrıca ön ve son testte öğrencilere kurs öncesi ve sonrasında teorik bilgi olarak ve uygulama açısından kendilerini yeterli hissetme durumları ve kursla ilgili görüş ve düşünceleri sorulmuştur.

Elde edilen veriler bilgisayarda SPSS (14.0) paket programı kullanarak değerlendirilmiştir. Elde edilen verilerin dağılımlarının karşılaştırılmasında "eşleştirilmiş t testi" ve "ki kare testi" kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Tablo 1'de öğrencilerin elektronik fetal monitorizasyon (EFM) kursu öncesinde ve sonrasında aldıkları bilgi (teorik ve pratik) puanlarının ortalaması verilmiştir. Öğrencilerin EFM kursu öncesi ile kurs sonrası aldıkları bilgi puanlarının ortalaması açısından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Öğrencilerin EFM kursu öncesindeki bilgi puanlarının ortalaması $59.1 \pm 14,0$ iken, EFM kursu sonrasındaki bilgi puanlarının ortalaması $81.9 \pm 8,1$ olarak bulunmuştur.

Tablo 1. EFM kursu öncesi ve sonrası öğrencilerin bilgi puanlarının ortalaması

EFM Kursu	Öğrencilerin Bilgi Puanlarının Ortalaması (maksimum puan: 100)	
	X ± SD	t / p
EFM Kursu Öncesi	59,1±14,0	
EFM Kursu Sonrası	81,9±8,1	16,9 / p<0,05

Tablo 2. EFM kursu öncesi ve sonrası öğrencilerin teorik ve uygulama olarak kendilerini yeterli hissetme durumlarının dağılımı

EFM Kursu	Teorik Yeterlilik							
	Yeterli		Kısmen Yeterli		Yetersiz		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kurs Öncesi	9	9.9	62	68.1	20	22.0	91	100.0
Kurs Sonrası	73	83.5	18	16.5	-	-	91	100.0
$\chi^2 = 70,000$ p<0.05								
EFM Kursu	Uygulama Yeterlilik						Toplam	
	Yeterli		Kısmen Yeterli		Yetersiz		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kurs Öncesi	29	31.9	51	56.0	11.0	12.1	91	100.0
Kurs Sonrası	76	83.5	15	16.5	-	-	91	100.0
$\chi^2 = 42.818$ p<0.05								

Tablo 2’de öğrencilerin elektronik fetal monitorizasyon (EFM) kursu öncesinde ve sonrasında teorik ve uygulama açısından yeterli hissetme durumlarının dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin EFM kursu öncesi ile kurs sonrası teorik olarak kendilerini yeterli hissetme durumları açısından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). EFM kursu öncesinde teorik olarak kendilerini yeterli hisseden öğrencilerin oranı %9 iken, EFM kursu sonrasında bu oran %83,5 olarak saptanmıştır.

Öğrencilerin EFM kursu öncesi ile kurs sonrası uygulama açısından yeterli hissetme durumları açısından farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). EFM kursu öncesinde uygulama açısından kendilerini yeterli hisseden öğrencilerin oranı %31,9 iken, EFM kursu sonrasında bu oran %83,5 olarak saptanmıştır.

Tablo 3’te öğrencilerin elektronik fetal monitorizasyon (EFM) ile ilgili görüş ve önerilerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin %98,9’u EFM kursunun çok yararlı bir kurs olduğunu, %81,3’ü tüm sınıfların EFM kursundan geçmesi gerektiğini, %16,5’i daha fazla trase yorumlamak gerektiğini, %12,1’i EFM kursunun 3. sınıfta olması gerektiğini söylemektedir. Ayrıca öğrencilerin; %100’ü EFM’yi ebenin yapması gerektiğini belirtmektedir.

Tartışma

EFM’ye yönelik yapılan eğitimler ve kurslar ebelerin ve ebelik öğrencilerinin teorik bilgilerini ve doğru trase yorumlama becerilerini artırmaktadır (7,11). Yapılan çalışmalar EFM ile ilgili sağlık çalışanlarına ve öğrencilerine (ebelik, hemşirelik, tıp) verilen eğitimlerin bilgi düzeylerinin artmasında etkin

olduğunu ortaya koymaktadır (16,17,11,6). Literatürdeki çalışmalara benzer olarak çalışmamız sonuçları da verilen EFM eğitiminin bilgiyi (teorik ve pratik) artırmada etkin olduğunu göstermektedir ($p<0,05$). Öğrencilerin EFM kursu öncesindeki bilgi puanlarının dağılımları $59,1\pm 14,0$ iken, EFM kursu sonrasındaki bilgi puanlarının dağılımları $81,9\pm 8,1$ olarak bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar EFM ile ilgili verilen eğitimlerin bilgi düzeyi ile birlikte trase yorumlama becerilerini ve sağlık personelinin trase yorumlamadaki kendilerine olan güvenini artırdığını ortaya koymuştur (6, 7, 11). Bu çalışmada da, EFM kursu öncesinde teorik olarak kendilerini yeterli hisseden öğrencilerin oranı %9,9 iken, EFM kursu sonrasında bu oran %83,5 olarak saptanmıştır. EFM kursu öncesinde uygulama açısından kendilerini yeterli hisseden öğrencilerin oranı %31,9 iken, EFM kursu sonrasında bu oran %83,5 olmuştur. Literatüre benzer olarak, çalışmamızdaki öğrencilerin trase yorumlama becerilerinin ve trase yorumlamadaki kendilerine olan güvenlerinin arttığı görülmektedir.

Kadın doğum servislerinde ve doğumhanelerde çalışacak olan ebelik öğrencileri için temel becerilerden biri elektronik fetal monitorizasyonun doğru izlemi, yorumlanması ve uygun girişimlerde bulunulmasıdır. Özellikle traseleri yorumlamadaki eksikler nedeniyle gerekli olan girişimler gecikebilmekte ve fetüsün sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Tokat ve arkadaşlarının (2011) ebe ve hemşireler ile yapmış oldukları çalışmalarında; hemşire ve ebeler en çok traseleri yorumlama konusunda (%68,1) zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (6).

Doğru bir EFM, fetal hipoksinin erken tanılanmasında, fetal ölümlerin önlenmesinde ve sağlıklı toplum oluşmasında çok önemli katkı sağlamaktadır. Bilim ve topluma katkıları nedeniyle EFM eğitimlerinin ebelik okul müfredatı içinde periyodik bir kurs olarak düzenlenmesi gerektiğini savunan çalışmaların sayısı gittikçe artmaktadır (6, 18). Çalışmamızdaki öğrencilerin %98,9’u EFM kursunun çok yararlı bir kurs olduğunu, %81,3’ü tüm sınıfların EFM kursundan geçmesi gerektiğini ve ayrıca öğrencilerin; %100’ü EFM’yi ebenin yapması gerektiğini belirtmektedir.

Tablo 3. Öğrencilerin EFM Kursu öncesi yaşadıkları sıkıntılarla ilgili düşüncelerinin dağılımı

EFM ile ilgili görüş ve öneriler	n	%
Çok yararlı bir kurs	90	98.9
Tüm sınıflar bu kurstan geçmeli	74	81.3
Daha fazla trase yorumlamak gerek	15	16.5
Kurs 3. sınıfta olmalı	11	12.1
Öğrenciler daha aktif olmalı	5	5.5
Teorik bilgiyi uygulamada kullanmak gerek	2	2.2
Kursun trase yorumları klinikte yapılmalı	1	1.1

n*: her öğrenci birden fazla sıkı işaretlemiştir

Çalışmamızda değerlendirmeyi kurstan 2 ay sonra yaptığımızda anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda ebelik müfredat programında son sınıf öğrencileri için EFM kurslarının düzenlenmesi, mezuniyet sonrası dönemde bilgi ve becerilerin tekrar değerlendirmesine yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

İletişim: Gülseren Dağlar

E-posta: gulserendaglar@gmail.com

Kaynaklar

1. Van Geijn HP. Intrapartum fetal heart rate monitoring. International Congress Series 2005; 1279: 332-7.
2. Lawn J, Shibuya K, Stein C. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. Bull World Organ 2005; 83: 409.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara: 2009.
4. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al. Obstetrics: normal and problem pregnancies. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2002.
5. Freeman R, Garite T, Nageotte M. Fetal kalp hızı monitorizasyonu. Çeviri Ed. Has R. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2006. s. 8-21.
6. Tokat MA, Okumuş H, Demir N. Elektronik fetal izlem eğitiminin ebe ve hemşirelerin bilgi ve yorumlama becerilerine etkisi. DEUHYO ED 2011; 4 (2), 63-6.
7. Dover SL, Gauge SM. Fetal monitoring: Midwifery attitudes. Midwifery 1995; 11 (1), 18-27.
8. John WC, Johnson MD. Umbilical blood acid-base analysis. Dm Obstet Gynecol 1993; 36: 1.
9. ACOG. Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for obstetrician-gynecologists 2005; 70.
10. Rathfisch G. Elektronik fetal monitörizasyon, doğal doğum felsefesi, milyonlarca yıldır gerçekleşen serüven. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. s. 169-70.
11. Devane D, Lalor JG. A randomised-controlled trial evaluating a fetal monitoring education programme. Midwifery 2006; 22 (4), 296-307.
12. Haverkamp AD, Thompson ME, McFee JR. The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring. Am J Obstet Gynecol 1976; 125: 310.
13. Haesslein HC, Niswander KR. Fetal distress in term pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1980; 137: 245.
14. Langendoerfer S, Haverkamp AD, Murphy J. Pediatric follow-up of a randomised controlled trial of intrapartum fetal monitoring techniques. J Pediatr 1980; 97: 103.
15. Nelson KB, Ellenberg JH. Apgar scores as predictors of chronic neurologic disability. Pediatrics 1981; 68: 36.
16. Trepanier MJ, Niday P, Davies B, et al. Evaluation of a fetal monitoring education program. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing: JOGNN/NAACOG 1996; 25: 137-44.
17. Furber C, Hickie J, Lee K, McLoughlin A, Boggis C, Sutton A, et al. Interprofessional education in a midwifery curriculum: the learning through the exploration of the professional task project (LEAPT). Midwifery 2004; 20 (4): 358-66.
18. Ekizler H, Tekin N, Sayiner D, Şahin B. Nonstres testinin hemşireler tarafından yorumlanması. Perinatoloji Dergisi 1996; 4 (3): 185-7.



Dr. Emine Baran**, Dr. Ahmet Saltık***

Geliş tarihi : 14.06.2013

Kabul tarihi: 19.07.2013

Öz

Giriş: Sağlık hakkı, en temel insan haklarının başında gelir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi madde 25). Kaynaklar sağlık sektöründe, öbür sektörlerde olduğu gibi sınırlıdır. Bu çalışmada amaç, sosyalleştirmeden “sağlıkta dönüşüme” Türkiye’deki sağlık harcamalarını öbür ülke örnekleriyle karşılaştırarak incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, Türkiye’de sağlık harcamalarını 1961’den başlayarak günümüze dek inceleyen retrospektif boyutlu tanımlayıcı bir çalışmadır.

Bulgular: Sosyalleştirme’den günümüze toplam sağlık harcamaları sürekli olarak, 2002 yılı ve sonrası ise “Gayri Safi Yurt İçi Hasıla” artış hızını aşarak büyümüştür. Ayakta sağaltım hizmetlerinde özel sektör cari sağlık harcamaları, kamunun 2,3 katına ulaşmıştır. 1997’de tedavi hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı bütçesine oranı %39,2 ile temel sağlık hizmetleri’nin oranına (%38,8) yakinken, 2006 yılında bu oran sırasıyla %66,7’ye karşılık %24,3’tür. 2011’de Sosyal Güvenlik Kurumu’nun sağlık harcamalarının %38,8’ini ilaç gideri oluşturmuştur. Türkiye’de 2001’den 2007’ye dek eşdeğer ilaç pazarı %30 düzeylerinde kalmış olup; belirgin artış görülmemiştir. 2010-2012 döneminde eşdeğer ilaç pazarı Türkiye’de %40'lara yaklaşmıştır.

Sonuç: Türkiye, kamusal ağırlıklı ulusal bir sağlık sistemini benimsemelidir. Sağlık harcamalarını azaltmak için koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmelidir. İlaç giderilerindeki gereksiz artışı önlemek için eşdeğer (jenerik) ilaçların yazımı ve temel ilaçların akılcı kullanımı sağlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: Sağlık harcamaları, Sosyalleştirme, Gayri safi yurt içi hasıla, Sağlıkta dönüşüm, Koruyucu sağlık hizmeti

Abstract

Introduction: Right to health is one of the leading basic human rights (The Universal Declaration of Human Rights, article 25). Resources are limited in the health sector as well as other sectors. The aim of this study is to analyze the health expenditures in Turkey from socialization of health services to “health reforms”, in comparison to other country examples

Material and Method: This study is a descriptive study with retrospective dimensions, analyzing the health expenditures in Turkey from 1961 up to the present time.

Results: Health expenditures have increased continuously and rapidly in time and tend to increase faster than the growing rates of the gross domestic product since 2002. Currently private health expenditures are 2.3 times more than the public services at out-patient health care. The percentage of the expenditures of the curative services to the health ministry budget was 39.2% in 1997, close to the level of primary health care services, which was 38.8%. The same percentages were 66.7% and 24.3% respectively in 2006. Drug expenditures were 38.8% of the total Social Security Institution health expenditures in 2011. In Turkey, the generic drug market has remained at the 30% levels with no conspicuous increases from 2001 to 2007. However, the generic market has approached 40% during the 2010-2012 period.

Conclusion: Turkey should adopt a national health system which is based on public services. For decreasing health expenditures, preventive health services should be prioritized. Generic drug prescribing and rational use of essential drugs must be provided for avoiding irrational increases in drug expenditures.

Key words: Health expenditures, Socialization of health services, Gross domestic product, Health care reform, Preventive health services

* Bu çalışma “Türkiye’de Sosyalleştirme’den “Sağlıkta Dönüşüm” e Sağlık Harcamaları ve Mevzuatı” Halk Sağlığı Uzmanlık tezi temelinde yapılmıştır. Çalışma 18-22 Ekim 2010 tarihlerinde İzmir’de düzenlenen 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi’nde “Türkiye’de Sağlık Harcamaları” adıyla poster olarak sunulmuştur.

**Uzm., Halk Sağlığı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki Daire Başkanlığı

***Prof., Ankara Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

Giriş

Sağlık hakkı, vazgeçilemez ve devredilemez temel insan haklarının başında gelir (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi madde 25) (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu'nda sağlık sistemlerinin ulaşılabilir, sürdürülebilir, hakça (hakkaniyetli) ve iyi nitelikte olmasının gereği belirtilmiştir (2). Bununla birlikte, öbür sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de ulusal amaçları gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar genellikle sınırlıdır (3).

1961 Anayasası'nda toplumun temel insan haklarından biri olan "Sağlık Hakkı" nı koruyup gözetmek devletin görevi iken (md. 49), 1982 Anayasası'nda (md. 56) devlet bu görevinden büyük ölçüde çekilerek, yalnızca düzenleme ve denetleme işlevine indirgenmiş, ancak "Sosyal Devlet" olma ilkesini Anayasa'nın 2. maddesinde sürdürmüştür. Bu maddede, 4. madde uyarınca devletin değiştirilemez ve değiştirilmesi teklif bile edilemez 6 temel niteliği bağlamında "Sosyal Devlet" ilkesi de yer almaktadır (4, 5).

Sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü ilaç giderleri oluşturmaktadır. İlaçlar referans (orijinal) ve eşdeğer (jenerik) ilaç olarak piyasaya sürülmektedir. Eşdeğer ilaçlar, referans ilaçlarla aynı ya da benzer farmasötik formlarda, aynı etkin madde ya da maddeleri, eş miktarda içermesi dolayısıyla aynı farmakolojik etkilere sahip olan, hasta üzerinde aynı tedaviyi sağladığı bilimsel çalışmalarla kanıtlanan ve referans ilaçların patent koruma süreleri bittikten sonra satışa sunulan ürünlerdir. Eşdeğer ilacın referans ilaçla aynı tedavi etkinliğini sağladığı ise, biyoeşdeğerlik çalışmaları ile bilimsel olarak kanıtlanmaktadır (6). Sağlık Bakanlığı 2002'den bu yana, biyoeşdeğerliliği kanıtlanmayan hiçbir ürüne ruhsat vermemiş, bu tarihten önce ruhsat almış olanlardan biyoeşdeğerliliğini yaptırmayanların satışı da önlenmiştir (7). Bu süreçte, biyoeşdeğer olmadığı belirlenerek piyasadan çekilen ürün olmamıştır (6).

Gereç ve Yöntem

Bu araştırma, Türkiye'de sağlık harcamalarını Sosyalleştirme'den (1960'lardan) başlayarak

günümüze dek inceleyen retrospektif boyutlu olan tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu kapsamda, istatistiksel yöntem olarak EvIEWS 5.1 paket istatistik programında Holt-Winter üstel düzeltme yöntemi kullanılarak yapılan zaman serisi analiziyle, toplam sağlık harcamasının (TSH) gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYİH) oranına yönelik 10 yıl ileriye dönük matematiksel irdelemeler yapılmıştır.

Bulgular

Türkiye tipik olarak, son otuz yılda ulusal gelirinden sağlık için ayırdığı payın %2,2'lerden 2008 yılında %6,1'lere erişen ülkelerdendir. Yıllar içinde genel olarak gittikçe artan bu pay yine de OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development - Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ülkeleri ortalamasının her zaman altında olmuştur (Şekil 1) (3,8-13). Ülkemizde özellikle 2002 yılı ve sonrasında TSH artış hızı GSYİH artış hızını geçmiştir (3,8-13).

Tablo 1'de Türkiye'de 1975-2005 arasındaki TSH/GSYİH oranına dayanarak 2006-2015 dönemi kestirimi görülmektedir. 2006-2015 arasında zaman serisi analizine göre; TSH/GSYİH oranının artması ve 2015 yılında oranın %6,9 olması beklenmektedir (3, 8).

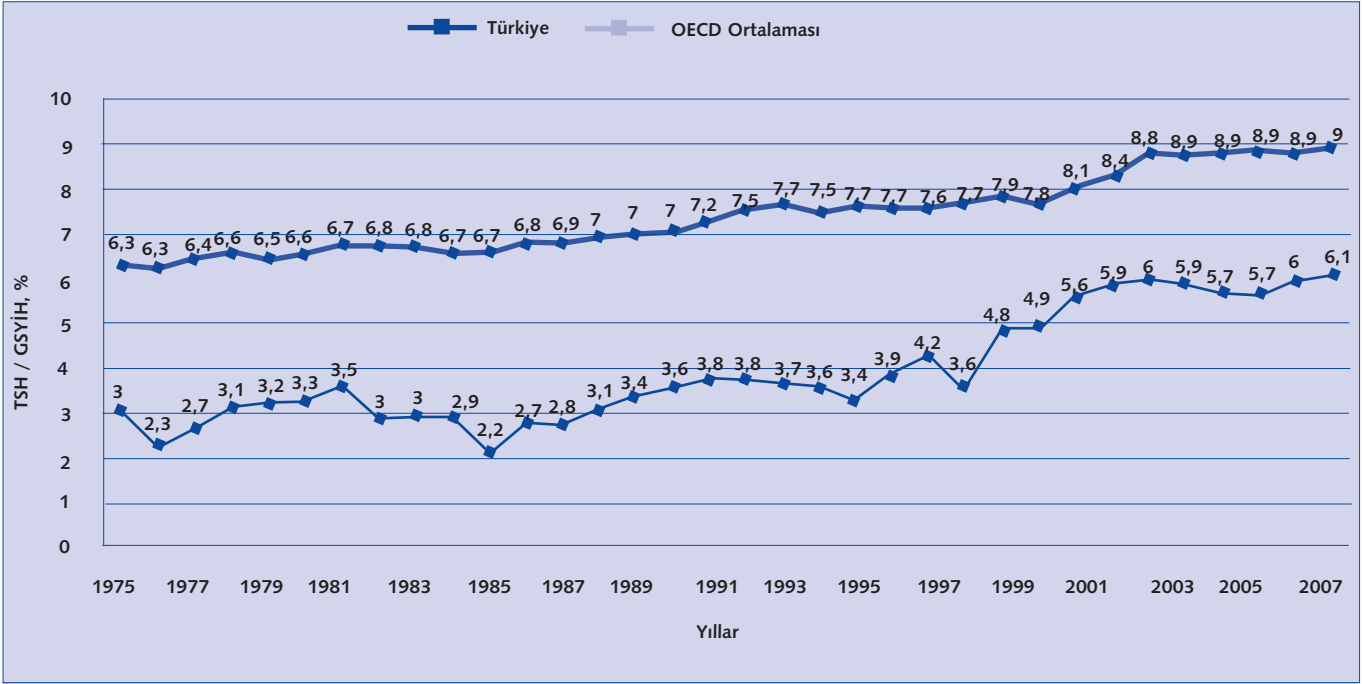
Şekil 2'de, Türkiye'de 1999-2005 arasında cari sağlık harcamalarının kamu ve özel ayakta sağlık hizmeti sunucularına göre dağılımına bakıldığında, özel sektörün harcamalarının kamunun 2,3 katı büyüklüğünde olduğu dikkati çekmektedir (8).

Şekil 2'de, Türkiye'de 1997-2007 arasında başlangıç ödeneklerine göre genel bütçe Sağlık Bakanlığı, Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçeleri ile karşılaştırıldığında, 1997'de Tedavi Hizmetleri'nin Sağlık Bakanlığı bütçesine oranı %39,2 ile Temel Sağlık Hizmetleri'nin oranına (%38,8) yakın iken, 2006'da bu oran 2,74 kata (%66,7'e karşın %24,3) yükselmiştir (Tablo 2) (14-16).

Tablo 3'te görüldüğü gibi Türkiye'de 2000-2011 arasında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık harcamaları içinde ilaç payı izlendiğinde,

Tablo 1. Türkiye'de toplam sağlık harcamasının gayri safi yurt içi hasılaya oranı, 1975 – 2005 yılları arasına dayanarak 2006 - 2015 kestirimi

Yıllar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TSH/GSYİH	6,0	6,0	6,0	6,3	6,3	6,5	6,6	6,6	6,9	6,9



Şekil 1. Toplam Sağlık Harcaması'nın Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'ya oranı, Türkiye ve OECD Ülkeleri Ortalaması karşılaştırması, 1975-2008

Tablo 2. Türkiye'de genel bütçenin Sağlık Bakanlığı ile Tedavi ve Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçeleri ile karşılaştırılması, 1997-2007*

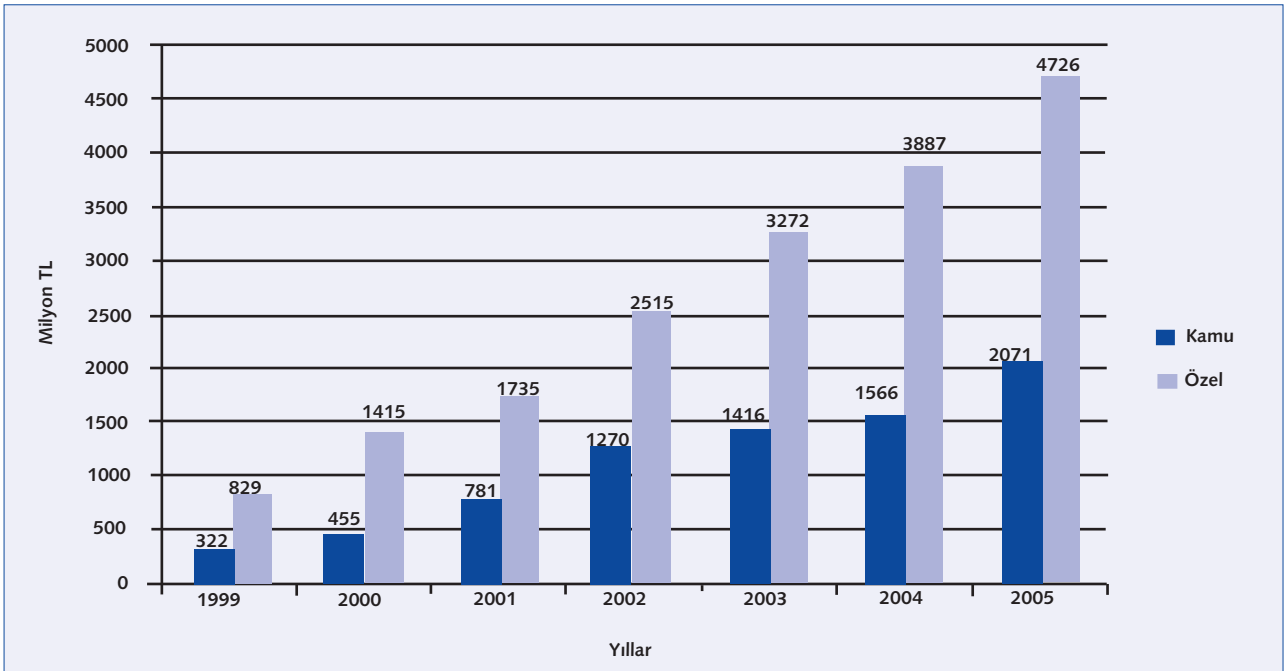
Yıllar	Genel bütçe	Sağlık Bakanlığı bütçesi	Genel bütçeye oranı	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesi	Bakanlık bütçesine oranı	Temel Sağlık Hizmetleri bütçesi	Bakanlık bütçesine oranı
	1000 TL.	1000 TL	%	1000 TL.	%	1000 TL	%
1997	6.344.686	204.499	3,2	80.157	39,2	79.396	38,8
1998	14.749.475	390.962	2,6	160.057	40,1	133.758	34,2
1999	27.186.600	683.124	2,5	274.057	40,1	199.833	29,3
2000	46.702.436	1.059.855	2,3	427.068	40,3	308.382	29,1
2001	48.219.490	1.280.660	2,3	499.213	40,0	475.861	37,2
2002	97.831.000	2.345.448	2,4	944.980	40,3	734.102	31,2
2003	146.805.170	3.570.054	2,4	1.355.420	38,0	947.898	26,6
2004	149.858.129	4.787.751	3,2	2.728.671	57,0	1.515.444	31,7
2005	153.928.793	5.462.975	3,5	3.245.298	59,4	1.645.146	30,1
2006	170.156.782	7.477.471	4,3	4.991.154	66,7	1.820.444	24,3
2007	200.902.066	6.581.455	3,3	3.940.005	59,8		

*Bütçe, mali yıl başlangıç ödenekleri esas alınmıştır.

genel olarak azalan bir eğilim olmakla birlikte, 2011'de %38,8 ile sağlık giderlerinin yaklaşık beşte ikisini ilaç giderleri oluşturmaktadır (3,17,18).

2007'de Türkiye'de ilaç pazarı 14,035 milyar Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Doları'dır.

2006'ya göre Türkiye, Avrupa'da 2007'de ilaç pazarında %17,2 büyüme hızıyla Rusya Federasyonu'ndan (%20,2) sonra 2. en çok büyüyen pazardır. İlaç pazarının boyutunda karşılaştırılacak gerçek ölçüt, GSYİH'ye oranıdır. Dünyanın en büyük ilaç pazarına sahip ABD'de ilaç tüketiminin GSYİH'ye oranı



Şekil 2. Türkiye’de cari sağlık harcamalarının kamu ve özel ayakta sağlık hizmeti sunucularına göre dağılımı, 1999 - 2005.

% 1,3 iken bu oran Türkiye’de %2,1’dir (Tablo 4) (19, 20).

Tablo 5’te belirtildiği gibi, Türkiye’de 2001’den 2007’ye dek eşdeğer ilaç pazarı tutar olarak %30 düzeyinde kalmış olup; belirgin bir artış görülmemiştir. Eşdeğer ilaç kullanımıyla 2007 yılında 808 milyon TL tasarruf sağlanmıştır (21). 2010-2012 döneminde %40’lara yaklaşan bir artış görülmüş olup 2012 yılında eşdeğer ilaç pazarı tutar olarak %37,7 olmuştur (22).

Tartışma ve Sonuç

Türkiye’de ulusal gelirden sağlık için ayrılan pay yıllar içinde artsa da, bu pay her zaman OECD ortalamasının altında kalmıştır (3, 8-13). Zaman seri analiziyle ülkemizde ileride de sağlığa ayrılan payın artması öngörülmektedir (3, 8). Türkiye’de 1997-2007 arasında başlangıç ödeneklerine göre genel bütçenin Sağlık Bakanlığı’na oranına bakıldığında, 2006 mali yılında Sağlık Bakanlığı bütçe payının %3,5’ten 4,3’e belirgin yükselişi Sosyal Sigortalar Kurumu’nun 19 Ocak 2005’te Sağlık Bakanlığı’na devri sonrasında gözlenen bir bütçe birleşmesi kökenli olduğu gözden kaçırılmamalıdır (14-16, 23).

Ülkemizde sağlığa ayrılan ulusal kaynaklar ayakta sağlık hizmetlerinde özel sektöre, kamunun 2,3 katı büyüklüğünde aktarılmaktadır (8). Bu durum Sağlık

Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundan çekildiğini göstermektedir. Sağlık Bakanlığı’nda tedavi hizmetlerine ayrılan pay 1997’lerde temel sağlık hizmetlerine ayrılan pay ile benzer oranda iken, on yıl sonrasında bu pay temel sağlık hizmetlerinin 2,74 katına yaklaşmıştır (14-16, 22). Alma-Ata Bildirgesi’nde temel sağlık hizmetleri “hem bir ülkenin merkezi işlevi ve temel odağı olan sağlık sisteminin, hem de genel olarak toplumun sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçası” olarak tanımlanmaktadır (24). Ülkemizde 2004 yılında yayımlanan Maliyet Etkililik Final Rapor’unda belirtildiği üzere, yapılan maliyet etkililik analizleriyle hemen hemen tüm koruyucu sağlık hizmetlerinin, göreceli olarak düşük maliyet-etkililik oranlarına sahip olduğu belirtilmiştir (25). Bütün bunlar temel sağlık hizmetlerinin önemini ve maliyet etkili olduğunu göstermektedir. Bu durum Sağlık Bakanlığı’nın bütçesini temel sağlık hizmetlerine kaydırmasının önemine işaret etmektedir.

Türkiye’nin Avrupa’da en hızlı büyüyen ikinci ilaç pazarı olması, ilaca harcadığımız paranın GSYİH’ye oranının %2,1 ile ABD’den (%1,3) yüksek olması durumun vahametini göstermesi açısından önemlidir (19, 20). Dünyada referans ilaç çalışmaları gerçekleştiren ülkelerde de eşdeğer ilaçların payı önemli boyuttadır ve eşdeğer ilaç kullanımının artmasına yönelik çeşitli

Tablo 3.Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu'nun toplam sağlık harcamaları içinde ilacın Payı (%), 2000-2011.

Yıllar	Kurumların İlaç Harcamaları /TSH (%)					
	Sosyal Sigortalar Kurumu	Bağkur	Emekli Sandığı	Memur	Yeşil Kart	Sosyal Güvenlik Kurumu
2000	48,8	62,8	57,5	51,6	15,3	51,9
2001	47,9	63,5	60,6	52,6	19,2	52,0
2002	47,9	60,3	59,8	49,0	13,9	50,1
2003	48,8	62,7	60,7	47,8	18,2	51,5
2004	47,7	58,8	58,8	49,6	12,0	50,2
2005	48,1	56,4	54,9	38,7	42,1	49,2
2006	47,4	48,8	46,0	33,0	31,8	43,9
2007	43,2	46,1	48,9	35,9	33,4	44,3
2008						42,3
2009						45,7
2010						41,7
2011						38,8

uygulamalar gerçekleştirilmektedir (26). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, 18 Haziran 2009'da "Eşdeğer ilaç kullanımı" genelgesi yayımlamıştır. Bu genelgede pek çok gelişmiş ülkede kamu maliyesinde tasarruf sağlamak amacıyla eşdeğer ilaçlara yönelik desteğin bir devlet politikası olduğu belirtilmiş, bu durumun ülkemizde de olanaklı olabileceğine değinilmiştir. Genelgede ayrıca eşdeğer ilacın verilmesini engellemeye yönelik davranışlarda

bulunan hekimlerin uyarılması ve ısrar edenler hakkında yasal işlem yapılması konusu da yer almıştır (7). Ülkemizde eşdeğer ilaç kullanımıyla 2007 yılında 808 milyon TL tasarruf sağlandığı belirtilmesine karşın, eşdeğer ilaç kullanımı 2012 yılında % 37,7 olup referans ilaç payının altında seyretmektedir (21, 22).

Sonuç olarak; koruyucu sağlık hizmetini önceleyen, sosyal devlete uygun, kamusal ağırlıklı ve etkin sağlık hizmeti hedeflenmelidir. İlaç giderlerini azaltmak için hekimlerin eşdeğer ilaç yazması ve hekimleri de kapsamak üzere herkesin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilip doğru tutumlar edinmeleri sağlanmalıdır.

Teşekkür

Yazarlar, çalışmadaki zaman serisi analizini yapan Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Ekonometri Bölümü'nden Sayın Araş. Gör. Dr. Furkan Emirmahmutoğlu'na teşekkür ederler.

Tablo 4. Türkiye ve kimi ülkelerde ilaç pazarının GSYİH'ye oranı, 2007

Ülkeler	İlaç tüketimi Milyon ABD \$	GSYİH Milyon ABD \$	İlaç tüketiminin GSYİH'ye Oranı %
Türkiye	14.035	657.091	2,1
Japonya	65.200	4.376.705	1,5
ABD	181.560	13.811.200	1,3
Rusya Federasyonu	16.483	1.291.011	1,2
Brezilya	15.700	1.314.170	1,2
Meksika	11.100	893.364	1,2

Tablo 5. Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu'nun toplam sağlık harcamaları içinde ilacın Payı (%), 2001-2012

İlaç Pazar Oranları (%)	Yıllar											
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Eşdeğer İlaç	29,3	30,5	32,2	34,4	34,7	32,8	33,4			37,0	38,1	37,7
Referans İlaç	70,7	69,5	67,8	65,6	65,3	67,2	66,6			63,0	61,9	62,3

İletişim: Dr. Emine Baran

E-posta: eminibaran@yahoo.com

Kaynaklar

1. The Universal Declaration of Human Rights. Article 25. The United Nations. Erişim 20.11.2008, <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml#a25>
2. How well do health systems reform? In: The World Health Report 2000 –Health systems: improving performance. Geneva: The World Health Organization Publications; 2000. p. 24.
3. Özbay H, Öncül HG, Gökçimen M, Arı HO, Mollahaliloğlu S. Sağlık sektörü finansmanı. İçinde: Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, Aydın S editörler. Türkiye’de sağlığa bakış 2007. Ankara: Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü; 2007. s. 178-209.
4. Türkiye Cumhuriyeti 1961 Anayasası. Erişim 07.11.2008, www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm
5. Türkiye Cumhuriyeti 1982. Erişim 07.03.2008. <http://www.tbmm.gov.tr/Anayasa.htm>
6. Eşdeğer İlaç Broşürü. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. Erişim 08.06.2013, http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?menuk=15&sayfa=405
7. Eşdeğer İlaç Kullanım Genelgesi. T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü. Erişim 18.06.2009.
8. OECD Health Data 2008. June 2008.
9. Sağlıkta yeni dönem. İçinde: Akdağ R, Aydın S, Demirel H editörler. İlerleme Raporu-Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2008. s. 108.
10. OECD Health Data 2009, November. Erişim 08.04.2011.
11. Sağlık ekonomisi ve finansmanı. İçinde: Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Eryılmaz Z editörler. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2010. s. 123.
12. Sağlık ekonomisi ve finansmanı. İçinde: Bora Başar B, Güler C, Eryılmaz Z, Yentür GK, Pulgat E. T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2012. s.143-58.
13. Briefing note OECD Health Data 2010. Erişim 08.06.2013, <http://www.oecd.org/els/health-systems/45586601.pdf>
14. T. C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2007.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2001 Yılı İstatistik Yıllığı. Erişim 14.11.2008, http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspxDIL=1&BELGEANAH=9413&DOSYASIM=t2_3.htm
16. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı 2006. Erişim 14.11.2008, www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/Tablo2-3-4.htm
17. Sosyal Güvenlik Kurumu 2008 Eylül bülteni. Erişim 06.06.2013, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/280552804bb73f54b199b7c31cd955d8/2008_eylul.xls?MOD=AJPERES
18. Sosyal Güvenlik Kurumu 2011 İstatistik Yıllığı. Erişim 08.06.2013, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler>
19. The World Bank, Gross Domestic Product (GDP) 2007. Erişim 24.11.2008, <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf>
20. IMS HealthReports Global Prescription Sales Grew 6.4Percent in 2007,to \$712 Billion. News Releases. Erişim 24.11.2008, www.imshealthcanada.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6025_3665_83763126,00.html
21. Eşdeğer ilaç. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. Erişim 29.11.2008, http://www.esdegerilac.com/asp_sayfalar/index.asp?menuk=16&sayfa=705#1,
22. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. Erişim 29.11.2008, http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?menuk=10&sayfa=100
23. 5283 Sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Yasa. Erişim 30.12.2008, <http://rega.basbakanlik.gov.tr/main.aspx?home=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119m1.htm&main=http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119m1.htm>
24. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. World Health Organization. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
25. Maliyet Etkililik Final Rapor. Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet - Etkililik Projesi. Ankara: RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü; 2004. s. 231.
26. Beşeri İlaç Sanayi Çalışma Grubu Raporu. 2007-2013 9. Kalkınma Planı (2007-13) İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara: T.C. Başbakanlık DPT yayınları; 2007. s. 32-76.

Laktasyon Döneminde Görülen Hastalıklarda İlaç Kullanımında Emzirme Güvenliği

Breast Feeding Safety in Use of Medications for Diseases During Lactation

Derleme



Review Article

Özge Eren*, Dr. Nursan Çınar**, Dr. Sevin Altınkaynak**

Geliş tarihi : 25.08.2013

Kabul tarihi: 09.09.2013

Öz

Anne sütü bebek için en uygun besindir ve yerini tutabilecek başka bir besin yoktur.

Emzirme hem bebeğe, hem de anneye pek çok avantaj sunar. Anne sütü, bebeğin sağlıklı büyüüp gelişmesi için gerekli tüm besin maddelerini içerir. Emzirmenin kesilmesi gereken durumlar son derece sınırlıdır. Pek çok anne emzirme sırasında ilaç kullanmak zorunda kalabilir. Ancak bu derlemede, anneye ilgili çeşitli hastalıklarda emzirme açısından güvenli ilaç tedavisi tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Enfeksiyonlar, Hastalık, Güvenli ilaç kullanımı, Laktasyon dönemi.

Abstract

Mother's milk is the most appropriate food for the infant and there is no other food to replace it.

Breastfeeding has many advantages for both the mother and the infant. Breastfeeding is the best way of supplying the necessary nutrients to infants for their healthy growth and development. Many mothers are required to use drugs during breastfeeding. However the problems that would cause a necessity to end breast feeding are relatively limited. In this article, safe medical treatment in cases of various maternal diseases during breast feeding is discussed.

Key words: Infections, Diseases, Safe use of medications, Lactation.

*Yüksek Lisans Öğr.; Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Enst. Hemşirelik Bölümü, Sakarya

**Prof.; Sakarya Ü. Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağ. ve Hast. Hemşireliği AD, Sakarya

Giriş

Sağlıklı yaşamın temellerinin atılmasında anne sütü ile beslenmenin önemi tartışılmaz (1). Anne sütü, içeriğinin yenidoğanın gereksinimlerine göre değişmesi, enfeksiyonlara karşı koruyucu özelliklerinin olması, optimal büyüme ve gelişmeyi sağlaması, morbidite ve mortalite oranlarını azaltması, ekonomik olması ve diğer pek çok üstünlükleri nedeniyle bebekler için en ideal besindir (1). Dünya Sağlık Örgütü ve American Academy of Pediatrics (APA) term ve prematüre bebeklerin emzirilmesini özendiren bir politika izlemektedir. Bebeğe ilk besin olarak kolostrum verilmesi çok önemlidir (2). İlk 6 ay süresince bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin gerekliliği önemle vurgulanmaktadır (3, 4). Altı aylıktan sonra, tamamlayıcı olarak verilen diğer gıdalarla birlikte emzirme 2 yaş ve sonrasına kadar sürdürülebilir. Emzirmeye doğumdan sonra en

kısa sürede, olanaklıysa ilk bir saat içinde başlanması gerekir (2).

Anneye İlişkin Hastalıklar ve Emzirme
Birçok çalışmada emzirmenin koruyucu etkileri ve spesifik enfeksiyonların anne sütü aracılığıyla yenidoğana geçebileceği bildirilmiştir. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili korku ve kaygılar, emziren anne ve bebeği söz konusu olduğunda daha da artar. Belirsizlik ve bilgi eksikliğine bağlı korku nedeniyle bebekler emzirmeden mahrum bırakılabilirler. Bebek en fazla gereksinim duyduğu zamanda anne sütünün koruyucu, besleyici ve duygusal potansiyelinden yoksun kalır. Ancak hastalığın türüne ve organizmanın yapısına göre, bebeğin anneden ayrılması da içinde olmak üzere, gerekli önlemler alınmalıdır. Bulaşıcı mikroorganizmalar anne sütüne, sekresyonlar, anne sütünün hücresel (selüler) bileşenleri ya da sütün kontaminasyonu yoluyla ulaşabilir. Enfeksiyon fetüse / bebeğe prenatal ya da perinetal dönemde bulaşabilir (5).

Bakteriyel Enfeksiyonlar

Botulizm: Botulizm, Clostridium Botulinum toksininin sebep olduğu nöroparalitik bir hastalıktır(6). Botulizmde emzirilip emziremeyeceği açısından kaygılanmak için bir neden yoktur. Hatta bazı çalışmalarda emzirmenin koruyucu etkisi olduğu bildirilmektedir. Annede ya da süt çocuğunda botulizm şüphesi durumunda emzirme sürdürülmelidir (5).

Bruselloz Mastiti: Bruselloz, Brucella bakterilerince oluşturulan, primer olarak otçul hayvanlardaki hastalıktır (7). Bruselloz mastiti ve apsesinin tedavisi, cerrahi tedavi ve 4-6 haftalık iki ya da üç ilaç kombinasyonu ile antibiyotik tedavisi gerektirebilir (5). Bu süreçte emzirmenin geçici olarak kesilmesi, meme pompasıyla sütün boşaltılması ve böylece süt üretiminin sürmesi için uyarı yapılması uygundur (5, 8). Anne tedavi başlangıcından 48-96 saat sonra yeniden emzirmeye başlamalıdır. Bu süreçte kullanılacak uygun antibiyotikler hekim tarafından belirlenmelidir (5).

Gonokok Enfeksiyonları: Anne, gerekli tedaviyi gördükten 24 saat sonrasına kadar bebeğiyle temastan kaçınmalıdır. Meme pompasıyla sütün boşaltılması ve böylece süt üretiminin uyarılmasını sürdürmek uygundur (5).



Fotoğraf: "Hayatın Kaynağı" Dr. Sadık Nazik
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2002 Başarı Ödülü

Hemofilus İnfluenza: Anne sütü ya da emzirme yoluyla bulaşmasını ortaya koyan herhangi bir kanıt yoktur. Bulgular, anne sütünün boğazdaki H. İnfluenza kolonizasyonunu sınırladığını desteklemektedir. Sağılmış anne sütü bebeğe, anneye ayrılıklarında, annenin antimikrobiyal tedaviye başlamasından sonra 24 saat boyunca verilebilir. Eğer annenin hastalığı emzirmeyi engelliyorsa, anne emzirebildiğinde yeniden emzirmeye başlayabilir (5).

Meningokok Enfeksiyonu: Bulaşma, damlacık yoluyla gerçekleşir. Yayılma, hasta / enfekte birey ya da asemptomatik taşıyıcı kanalıyla olabilir (9). Damlacık yoluyla bulaşmayı önlemeye yönelik önlemler, etkili tedavi başladıktan 24 saat sonrasına kadar sürmelidir. Bakteriyemi sık görülmesine karşın, meme tutulumunu ya da anne sütü yoluyla bulaşmayı işaret eden herhangi bir kanıt yoktur. Maternal hastalığın şiddeti emzirmeyi engelleyebilir; fakat anne ve süt çocuğu antibiyotik aldıktan 24 saat sonra, anne emzirebiliyorsa emzirmeye sürdürmelidir (5).

Boğmaca: Etkif maternal antibiyotik tedavinin ilk 5 günü boyunca, damlacık önlemi ve anneye süt çocuğunun ayrılması önerilir. Sağılan anne sütü bu dönemde bebeğe verilebilir (5).

Streptokok Enfeksiyonu (Grup A): Annenin tedavisinden 24 saat sonra emzirmeye yeniden başlanabilir (5).

Grup B streptokok: Anne sütü ya da emzirme yoluyla Grup B Streptokok (GBS) alımı nadirdir. Geç başlangıçlı GBS hastalığı olgularıyla ilişkili GBS'nin anne sütünde bulunduğu bildirilmiştir (5).

Tüberküloz: Tüberküloz hastalığı Mikobakteriyum Tüberkülozis aracılığı ile oluşan bulaşıcı bir hastalıktır (10). Tüberküloz tedavisi gören anneler bebeklerini güvenle emzirebilir. Tüberküloz tedavisinde kullanılan ilaçlar anne sütüne düşük oranda geçer, fakat belirtmek gerekir ki süt yoluyla geçen düşük dozların koruyuculuğu yoktur (10, 11). Emziren anne ile bebek, ancak bebeğe INH tedavisi başladıktan sonra bir arada kalabilir. Bebeğe 2 aylık ilaç tedavisinden sonra tüberkülin testi yapılır ve negatif çıkarsa BCG aşısı uygulanır (12).

Tüberküloz Mastiti: Tüberküloz mastiti nadir de olsa görülebilmektedir. Lezyon iyileşene kadar emzirme ve anne sütüyle besleme yapılmamalıdır, genellikle 2 hafta ya da daha fazla sürede lezyon iyileşir. Memede tüberküloz enfeksiyonu yoksa, anne sütü yoluyla bulaşma bildirilmemiştir. Anne, bebek ya da her ikisi de anti-TB tedavisi alıyorsa, emzirme güvenle sürdürülebilir(5).

Viral Enfeksiyonlar

Arbovirüs: Arbovirüsler, doğada yaygın olarak bulunan, çeşitli familya ve genoslara ait en az 400 virüsten oluşan heterojen bir gruptur(13). Bu organizmaların anne sütü yoluyla bulaşabilir olduğunu gösteren az sayıda bulgu vardır. Emziren annede bu enfeksiyonlardan herhangi biri varsa, hastalığın şiddetine göre annenin emzirmeye devam edip etmemesine karar verilir (5, 14).

Sitomegalovirüs (CMV): Bebekler, doğumdan sonra anne sütü aracılığıyla sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu alabilir. Virüsün, anne sütü aracılığıyla geçişinin prematüre bebeklerde daha yüksek olduğu bildirilmektedir (15).

Hepatit A: Hepatit A anne sütü ile geçmez (16). Maternal Hepatit A Virüsü (HAV) enfeksiyonu olan anne bebeğini emzirebilir. Anne sütü alan bebeğe eşzamanlı olarak Ig ve HAV aşısı yapılmalıdır (5).

Hepatit B: Anneden anne sütü ile Hepatit B virüsü geçişi olmaktadır. HbsAg pozitif anne, bebeğini emzirmeye doğumdan sonra HBIG ve HBV aşılarının yapılmasının ardından başlayabilir (5, 17).

Hepatit C: Hepatit C virüsü yalnızca enfekte olmuş kan aracılığıyla bulaşır (18). Hepatit C virüsünün anne sütü ile bulaşma riski düşüktür (5). Ulusal Emzirme Komisyonu'nda da belirtildiği gibi, Hepatit C enfeksiyonu olan anneler bebeklerini emzirebilirler. Hepatit C virüsü varlığında, iltihaplı memeden emzirmeye ara verilir(18).

Herpes Simpleks Virüsü: Antiviral ilaç kullanımı ile yenidoğanlarda yaygın enfeksiyon gelişme riskinin az olduğu belirtilmiştir (19). Memeleri üzerinde aktif herpetik lezyonları olan emziren annelerin, lezyonları kuruyuncaya kadar emzirmeye ara verilir (5, 20).

Human Papilloma Virüsü (HPV): Anne sütünden Human Papilloma Virüsü (HPV) geçişi için artan bir risk olmadığı ve bebeklerin emzirilebileceği bildirilmektedir. Meme ucunda ya da memede HPV lezyonunun oluşması durumunda, emzirme kontrendike değildir (5).

Kızamık Hastalığı: Kızamık olan anneler ancak bebeğe immünglobulin yapıldığı takdirde bebeklerini emzirebilirler. Annenin döküntü başlangıcından 72 saat sonrasına kadar izole edilmesi gerekir. Bu sürede anne sütü pompayla sağılabilir ve bebeğe verilebilir (5).

Kızamıkçık (Rubella) Virüsü: Rubella virüsü olan annelerin bebeklerine süt yoluyla virüs geçişi vardır, fakat bu durum asemptomatiktir. Maternal kızamıkçık aşılması sonrası emzirme sürdürülebilir (5).



Fotoğraf: "Bekleyiş" Dr. A. Kadir Ekinci
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2002 Başarı Ödülü

Varisella Zoster: Doğumdan sonra 2 gün boyunca ve beş gün önce varicella gelişen anne bebeğinden ayrı tutulmalıdır. Fakat sağılmış süt beslenmede kullanılabilir (21).

Kabakulak: Emziren anne kabakulak olmuş ise emzirme sürdürülebilir (5, 20). Çünkü hastalığa maruziyet, belirtilerin başlamasından 7 gün önce gerçekleşmiştir. Anne sütündeki Ig A bebeklerdeki semptomları hafifletir (5).

Sifilis: Etkeni T. pallidum subsp. Pallidum olan bulaşıcı bir hastalıktır (22). Meme ucunda ya da göğüste aktif bir lezyon yoksa, emzirme kontrendike değildir (23). Meme ucunda lezyonlar varsa, lezyon iyileşinceye kadar emzirmeye ara verilir (5).

Respiratuvar Sinsityal Virüs: Maternal Respiratuvar Sinsityal Virüs (RSV) olan anneler bebeklerini emzirebilirler(5). Hatta emzirmenin RS virüs enfeksiyonuna karşı koruma sağladığı literatürlerde belirtilmiştir (24).

Rota Virüs: Anne sütü iki yaşına kadar rota virüs antikorları içerir (25). Emzirmenin rota virüs enfeksiyonunu engellememesine karşın, iki yaşından küçük çocuklarda, rota virüs kaynaklı hastalığın şiddetini azalttığı görülür (25, 26).

Parazitler

Giardia Lamblia: Tedavi edici ajanların anne sütünde varlığı göz önüne alındığında, semptomatik giardiasis görülen annelerin emzirmesi kabul edilebilir (5).

Malarya: Malarya enfeksiyonu olan anneye medikal tedavi başlanmalıdır. Fakat bu ilaçlar sıtmaya karşı bebeği korumaya yeterli değildir. Bebeğe uygun koruyucu tedavi başlanarak anne sütü sürdürülmelidir (5, 20).

Toksoplazma: Toksoplazma ile enfekte olduğu bilinen annenin emzirmeyi kesmesi için herhangi bir neden yoktur (5).

Human Immunodeficiency Virus (HIV): Çocuklarda saptanan yıllık Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonlarının % 90'ından fazlası Sahraaltı Afrika'da görülmektedir. Yapılan çalışmalarda HIV enfekte annelerden bebeklere HIV geçiş riski %20-45 olarak bildirilmiş ve HIV enfekte

annelerden bebeklere HIV geçişinin % 14'ünde emzirme neden olarak gösterilmiştir. HIV enfekte olmayan ve emzirmeyen bebeklerde ise sık ishal ve malnütriyon görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, anneden bebeğe HIV geçiş riskinin emzirenlerde emzirmeyenlere oranla daha fazla olduğu belirlenmektedir. Fakat maternal antiretroviral tedavinin uygulanması bu sıklığı azaltmaktadır.

HIV enfekte anne bebeğini iki farklı biçimde besleyebilir. Anne bebeğini emzirirse, uygun antiretroviral profilaksisi uygulanması gerekir. Ya da bebek formula mama ile beslenebilir. Yalnızca anne sütü ile beslemede dikkat edilecek noktalar, antiretroviral (ARV) tedavi ve meme sağlığının yakından izlenmesidir. Formula mama ile beslemede ise hijyen koşullarına ve mama desteğinin sağlanması konularına dikkat etmek gerekir (20, 27).

İlaçlar ve Güvenli Emzirme

Bebeklerde glomerüler filtrasyon hızı ve tübüler sekresyon hızları düşüktür. Bu nedenle, onlar daha yüksek serum konsantrasyonlarına maruz kalırlar (28). İlaçların yenidoğan üzerindeki etkilerini ilaca ilişkin bazı özellikler belirlemektedir. Bu özellikler ilacın miktarı ya da anne sütüne geçişiyle sınırlı olmayıp, ilacın dağılımı, metabolizması ve ekskresyonunu da kapsamaktadır (29). Bu nedenle, emzirme döneminde anneler doktor önerisi olmadan ilaç kullanmamalıdır.

Nikotin: American Academy of Pediatrics (APA) ilaç komitesinin 1994 yılındaki duyurusunda, nikotinle ilgili olarak 'emziren annelerde kontrendikedir' denmiştir (30). Sigara içme annenin süt üretiminde belirgin derecede düşme ve bebeklerin kilo alımında da azalmaya yol açar (5, 30). Sigara içen anne bebeklerinde infantil kolik artış olduğu belirtilmiştir. Bu yenidoğanların solunum yolu enfeksiyonlarına daha yatkın olduğu ve emzirme sonrası solunum sayısı ve oksijen saturasyonunun düşük olduğu görülmüştür (30).

Kafein: Gebeler ve emziren anneler tarafından çok miktarda kola, kahve, çay gibi içecekler tüketilmektedir. Bunların tüketiminin azaltılması önerilmektedir. APA duyurusunda,

kafein alımında emzirme kontrendike değildir. Kafein tüketimi günde 300 mg, yani yaklaşık olarak 3 fincan kahve ile sınırlandırılmalıdır (30).

Alkol: APA komisyonunda alkol, emzirme için kontrendikasyon olarak belirtilmemiştir (30). Fakat zararı en aza indirmek için önerilerde bulunmuştur. Anne sütü alan ve emen bebekler alkol alımı sonrası 2-3 saat emzirmemelidir (5, 30).

Bitkiler ve Bitki Çayları

Emziren Anneler İçin Çay: Anne sütü çayı, kuşaklar boyunca galaktagog gibi kullanılan bitkilerin karışımıdır. Rezene tohumu, kişniş tohumu, papatya çiçeği, limon otu, hodan yaprağı, şevketotu yaprağı, yıldız anason, karakafes yaprağı ve çemenotu tohumu karışımı içerir. Kafeinsiz olarak tanıtılır. Tüm bileşenlerin farmakolojik etkileri olmamasına karşın, bazılarının böyle etkileri vardır ve tıbbi amaçlar için yüzyıllardır kullanılmışlardır. Bu popüler çaylar; kahve ve kola gibi popüler içeceklerin yarattığı potansiyel etkiyi yaratır. Öforik etkileri en belirgin olanıdır (5).

Ekinezya: Skidmore-Roth'a göre ekinezya gebelere, emziren annelere ve iki yaşından küçük çocuklara önerilmemektedir (5).
Ginseng: Gebelik ve emzirme döneminde ginseng kullanımının, süt çocuğunda aşırı hirsutizm ve androjen etkisi gösterdiği belirtilmiştir ve emzirmeye iki hafta boyunca ara verildiğinde ise yakınmaların azaldığı gözlemlenmiştir. Skidmore ve Roth'a göre, ginseng gebelik döneminde, emzirme döneminde ve çocuklukta kullanılmamalıdır (5).

Annenin Aşılması Durumunda Emzirme

H1N1: Gebe anne adayları H1N1 virüsü ile enfekte olmuş ise, doğumdan sonra virüs bulaşını engellemek için yenidoğan hemen anneden izole edilmelidir. İnfluenza şüphesi olan ya da kesin tanı annelerin sütlerini sağıp bebeklerine sağlıklı bir yetişkin tarafından verilmesi önerilmektedir. Antiviral ilaç tedavisi ya da profilaksisi emzirme için kontrendike değildir. Aşı yalnızca anneyi değil, doğumdan sonraki altı aylık dönemde bebeği de yüksek oranda korumaktadır (31).

Suçiçeği Aşısı: Suçiçeği aşısı virüsünün anne sütüne geçişini gösteren bir bulguya rastlanmamıştır. Aşı olan anne bebeğini emzirebilir (32).

RH İmmün Globulin (RHOGAM):

Kolostrumda yalnızca eser miktarda anti-Rh bulunur, postpartum sonrası verilen yüksek dozlardaki Rh immün globulin matur anne sütünde bulunmaz. Emzirme için Rh immün globulin ve Rh duyarlılığı kontrendikasyon değildir (5).

Kızamık - Kızamıkçık – Kabakulak (MMR)

Aşısı: MMR aşısı kızamık, kabakulak ve kızamıkçık hastalıklarından korunmak amacıyla üretilmiş canlı, zayıflatılmış virüs karışımıdır. Bu virüsler, dünyanın bazı bölgelerinde yaygındır. Anne MMR aşısı olduktan sonra bebeğini emzirmeyi sürdürebilir (33).

Görüntüleme Yöntemleri ve Emzirme

Görüntüleme çalışmalarının yapılmasında kullanılan iyot ve gadolinyum bazlı kontrast maddelerin anne sütüne geçişi ve bu ajanların gastrointestinal sistemden emilimi oldukça sınırlıdır. Buna karşın, yapılan birkaç çalışmada aşağıda bulgular ön plana çıkmaktadır:

- Anneye uygulanan kontrast maddenin 1% 'den azının anne sütüne geçtiği,
- 1% den az kontrast madde içeren anne sütünün, bebeğin gastrointestinal kanalından emildiği (34).

İyotlu X-Ray Kontrast Madde (İyonik ve Noniyonik): İyotlu kontrast maddenin çok küçük bir yüzdesi anne sütüne geçer ve bebeğin bağırsakları tarafından emilir. Eldeki veriler, böyle bir ajan alındıktan sonra emzirmenin anne ve çocuk için güvenli olduğunu göstermektedir. Eğer anne bu konuda çok kaygılıysa, 24 saat boyunca emzirme kesilebilir. Anne, kontrast madde verilmeden önce meme pompası kullanarak her iki memeden süt sağıp, muayene sonrasında 24 saat boyunca bebeğini sağdığı süt ile besleyebilir (34, 35).

Ultrasonografi (USG) – Bilgisayarlı

Tomografi (BT) – Magnetik Rezonans (MR):

Gebelikte ve laktasyon döneminde şüpheli olgularda ultrasonografi yeğlenen ilk yöntemdir, ancak USG negatif ise, MR ya da

BT diğer seçeneklerdir (36). MR taramaları ve görüntülemenin anne sütüne bilinen bir etkisi yoktur (37). İyotlu kontrast maddenin gebelikte kullanımı güvenli gibi görünse de, intravenöz gadolinyum kontrendikedir ve yalnızca kesinlikle gerekli durumlarda kullanılmalıdır. Uygun kullanıldığında, BT ve MR görüntüleme gebe ve emziren kadınlarda değerli yöntemler olabilir. Yararları ve riskleri konusunda hastalar bilgilendirilmelidir (38).

Meme Kanseri: Tanı aşamasında kullanılan iğne biyopsisi gibi yöntemler emzirmeyi kesmeyi gerektirmez (39). Laktasyon döneminde, memede kitle olduğunda öncelikli görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi önerilmektedir. Mamografinin laktasyon dönemindeki hastalarda kullanılabilirliği tartışmalıdır (38).

Tanı konup tedavi planlandıktan sonra emzirme kesilmelidir. Fakat bu bebeğin anne sütünden mahrum kalacağı anlamına gelmez. Tedaviyi başlatan hekim emzirmeye yeniden izin verinceye kadar tedaviden önce sağılmış anne sütü ile bebek beslenebilir. Tedavi planı kemoterapi ya da tamoksifen içeriyorsa emzirme kesilmelidir. Kemoterapi ajanları anne sütü yoluyla geçer ve bebekte toksisiteye neden olur. Söz konusu olan radyasyon tedavisi ise, kullanılan radyasyon türüne ve tedavi süresine göre emzirmeye ve anne sütüne ara verilebilir (39).

Fizik Tedavi ve Güvenli Emzirme: Fizik tedavide genel olarak kullanılan yöntemler termal yöntemler (sıcak, soğuk ajanlar) ve elektroanaljezidir (TENS - Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu). Termal yöntemler periferik ve santral sinir sisteminin uyarılabilirliğini değiştirerek kas spazmını azaltmak ve ağrıyı hafifletmek için de kullanılabilir. TENS, elektrotların cilt yüzeyine yerleştirilmesiyle stimülasyon sağlar. TENS uygulamasında uyarılmak istenen mekanizmaya göre duyu ya da motor sinirler uyarılmaktadır. Emziren annelerde bu işlemlerin kontrendike olduğuna ilişkin literatüre rastlanılmamıştır (40, 41).

Bu makalede anneye ait hastalıklar ve emzirmede sağlık çalışanlarının karşılaşabilecekleri olası sorulara kısa yanıtlar verilmeye çalışılmıştır. Makalede görüldüğü gibi, anne sütünün verilmemesi gereken

durumlar çok sınırlı ve kısa sürelidir. Gereksiz kaygılar duyarak, bu mükemmel gıdadan bebeklerin mahrum edilmemesinde sağlık çalışanlarının gerekli önemi ve titizliği göstermesi önemlidir.

İletişim: Dr. Nursan Çınar

E-posta: ndede@sakarya.edu.tr

Kaynaklar

1. Duran S. Ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve tutumlarının, danışmanlık verdikleri annelerin bebeklerini anne sütü ile besleme davranışlarına etkisi. Edirne: Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2008.
2. Köksal N, Aydoğdu H, Perçin K, Özkan H. Anne sütünün immünolojik özellikleri. *Güncel Pediatri* 2005; 3: 74-7.
3. 10 Facts on breastfeeding. World Health Organization. Accessed April 26, 2013, at <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html>.
4. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035.
5. Lawrence RA. Breastfeeding: A guide for the medical profession. 7th ed. New York: Mosby; 2011.
6. Baysallar M. Botulism and diagnostic approach. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011; 10(3): 343-50.
7. Kaya S. Brucellosis and difficulties in treatment. *Turkish Journal of Infection* 2006;20(3): 227-30.
8. Haratipour H, Sohrabi MB, Zolfaghari P, Enayatifard M. Breastfeeding transmission of brucellosis. *Iranian Journal of Clinical Infectious Diseases* 2008;3(2): 105-7.
9. Ceyhan M. Meningokok aşılı. *The Journal of Current Pediatrics* 2006;4: 142-3.
10. Erdiç M, Gülmez İ, editors. *Tüberküloz*. Ankara: Galenos Yayın; 2008.
11. Otkun M. Tüberküloz tedavisinde temel ilkeler ve direnç sorunu. *Klimik Dergisi* 2001;14(2): 71-82.
12. Tümer Ö. Tüberkülozda özel durumlarda tedavi ve yeniden tedavi. *Ankem Dergisi* 1999; 13(3): 364-8.
13. Serter D. Arbovirüs enfeksiyonları. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 2006;2(28):25-41.
14. Valampampil JJ, Chirakkarot S, Letha S, Jayakumar C, Gopinathan KM. Clinical profile of Chikungunya in infants. *Indian Journal of Pediatrics* 2009; 76(2):151-5.
15. Arısoy ES. Sitomegalovirüs enfeksiyonları: Etken ve epidemiyoloji. *Journal of Pediatric Infection* 2011;5(1): 208-12.
16. Daudi N, Shouval D, Stein ZC, Ackerman Z. Breastmilk hepatitis A virüs RNA in nursing mothers with acute hepatitis A virüs infection. *Breastfeed Medicine* 2012;7:313-5.
17. Jonas MM. Hepatitis B and pregnancy: an underestimated issue. *Liver International* 2009; 29(1):133-9.
18. Mast EE. Mother to infant hepatitis C virüs transmission and breastfeeding. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 2004; 554:211-6.
19. Tremolada S, Delbue S, Ferrante P. Infezioni virali congenite, perinatali e neonatali viral infections of the fetus and newborn infant. *La Pediatria Medica e Chirurgica* 2008; 30(4):177-91.
20. Çınar ND, Şahin S. Maternal diseases and breastfeeding. *Marmara Medical Journal* 2003;16(4): 292-6.
21. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):827-841.
22. Can E, Bülbül A, Cömert S, Bolat F, Okan F, Nuhoğlu A. Cilt bulguları ile tanı konulan doğumsal sifiliz olgusu. *Journal of Pediatric Infection* 2009;3:31-4.
23. *Communacable Diseases Management Protocol. Syphilis*. 2007.
24. Downham MA, Scott R, Sims DG, Webb JK, Gardner PS. Breast-feeding protects against respiratory syncytial virus infections. *British Medical Journal* 1976;2:274-6.
25. Yolken RH, Peterson JA, Vonderfecht SL, Fouts ET, Midthun K, Newburg DS. Human milk mucin inhibits rotavirus replication and prevents experimental gastroenteritis. *The Journal of Clinical Investigation* 1992; 90(5): 1984-91.
26. Clemens J, Rao M, Ahmed F, Ward R, Huda S, Chakraborty J, et al. Breast Feeding and the risk of life- Threatening rotavirus diarrhea: Prevention or postponement? *Pediatrics* 1993;92(5): 680 - 685.
27. Yalçın SS. HIV pozitif anne bebeğinin beslenmesi, 2010 Dünya Sağlık Örgütü önerileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2011; 54(1): 51-4.
28. Savrun BM, Günel NB, Balcıoğlu İ. Gebelik ve laktasyonda psikotrop ilaç kullanımı. *Perinatoloji Dergisi* 1999;7(1):3-8.

29. Büyükkayhan D, Kurtođlu S. Gebelikte ve laktasyon döneminde ilaç kullanımı. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences 2006; 2(5): 23-35.
30. Fríguls B, Joya X, Algar OG, Pallás CR, Vall O, Pichini S. A comprehensive review of assay methods to determine drugs in breast milk and the safety of breastfeeding when taking drugs. Analytical and Bioanalytical Chemistry 2010; 397(3):1157-79.
31. Atalay B, Karslıoğlu S, Saydam BK. İnfluenza A H1N1-2009: Gebelik ve postpartum dönem. Life Sciences 2009.
32. Bohlke K, Galil K, Jackson LA, Schmid DS, Starkovich P, Loparev VN, et al. Postpartum varicella vaccination: is the vaccine virus excreted in breast milk? Obstetrics & Gynecology 2003;102(5): 970-7.
33. OTIS. Measles, Mumps, Rubella and the MMR Vaccine during pregnancy. Organization of Teratology Information Specialists 2010.
34. American College of Radiology(ACR). ACR Committee on Drugs and Contrast Media. 2012;version 8.
35. Kubik-Huch RA, Gottstein-Aalame NM, Frenzel T, Seifert B, Puchert E, Wittek S, et al. Gadopentetate dimeglumine excretion into human breast milk during lactation. Radiology 2000; 216: 555-8.
36. Koyuncu A, Canbay E. Gebelik ve laktasyon döneminde meme kanseri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002;24(1): 53-6.
37. Magnetic Rezonans. U.S. National Library of Medicine. Accessed March 25, 2013 at, <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?lact>.
38. Chen MM, Coakley FV, Anjali K, Laros RK. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. Obstetrics & Gynecology 2008;112(2): 333-40.
39. Helewa M, Lévesque P, Provencher D. Breast cancer, pregnancy, and breastfeeding. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2002; 24(2): 164-80.
40. Michlovitz SL. Modalities for therapeutic intervention. 4th ed. F. A. Davis Company; 2005.
41. Günaydın R. Yaşlılara yönelik fizik tedavi uygulamaları- Eğitim. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation 2009; 55(2).

Doğal Doğuma Müdahale: Sentetik Oksitosin Kullanımı*

Intervention to Natural Birth: Use of Synthetic Oxytocin

Derleme



Review Article

*Dr. Gülbahtiyar Demirel** , Dr. Dilek Bilgiç Çelik***

Geliş tarihi : 17.05.2013

Kabul tarihi: 20.08.2013

Öz

Doğum eylemi indüksiyonunda en yaygın uygulanan yöntem, sentetik oksitosin kullanımımıdır. Doğum eylemi için oksitosin indüksiyonu, belirli bir nedene (endikasyona) bağlı olmaksızın yapılmamalıdır. Spontan doğum eylemi ile karşılaştırıldığında, sentetik oksitosin indüksiyonu uygulanan gebelerde komplikasyon oranları daha yüksektir. Oksitosin indüksiyonunun hiperstimülasyon, sezaryen, hipotansiyon, antidiüretik etki, neonatal hiperbilirubinemi, uterus rüptürü, fetal distres vb. gibi komplikasyonları söz konusudur. Bu nedenle bu derleme çalışması, belirli bir endikasyon olmadan (elektif) yapılan sentetik oksitosin kullanımının gebe ve fetus üzerindeki komplikasyonlarına dikkat çekerek, doğal doğuma müdahale edildiğini ortaya koymak amacıyla ele alınmıştır.

Anahtar sözcükler: Elektif, Doğal doğum, Sentetik oksitosin, Komplikasyon.

Abstract

The most commonly used induction method in delivery is synthetic oxytocin induction. Oxytocin induction should be limited to deliveries with a necessity for induction. The complication rates are higher in pregnant women having synthetic oxytocin induction compared to spontaneous deliveries. The synthetic oxytocin induction has some complications such as; hyperstimulation, caesarean section, hypotension, antidiuretic effect, neonatal hyperbilirubinemia, uterine rupture and fetal distress. This study was conducted to draw attention to the risks of using synthetic oxytocin induction without any specific indications (elective), including complications for both the pregnant woman and the fetus and to reveal that induction is an intervention on natural birth.

Key words: Elective, Natural birth, Synthetic oxytocin, Complication.

**Bu derleme, Birinci Ulusal Doğal Doğum Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.*

***Yrd. Doç.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Sivas*

Giriş

Doğal doğum, kadının kendi içgüdülerinin rehberliğinde kendi doğumuna aktif olarak katıldığı ve müdahalenin olmadığı doğum eylemidir (1). Yapılan gereksiz tıbbi girişimler doğumun bu doğallığını bozabilmekte ve sorunlara neden olabilmektedir (2). Gereksiz tıbbi girişimler arasında doğum eylemi indüksiyonu da yer almaktadır (3). Ülkemizde doğum eylemi indüksiyonu kullanımıyla ilgili yeterli veri bulunmamakla birlikte, kullanımının yaygın olduğu bildirilmektedir (4, 5). Gözlemlerimize göre de, kliniklerimizde doğum eylemi indüksiyonu sıklıkla kullanılan girişimler arasındadır.

Tüm gebeliklerin yaklaşık %20–30’unda doğum eylemi için indüksiyon kullanılmaktadır. Bu da, doğum eylemi indüksiyonunun ne kadar sık kullanılan tıbbi bir girişim olduğunu göstermektedir (6, 7, 8, 9). Örneğin, Amerika’da 1990 yılında %9,5 olan indüksiyon oranı 2006 yılında %22,5’e ulaşmıştır (10).

Doğum eylemi indüksiyonunda en yaygın uygulanan yöntem, sentetik oksitosin indüksiyonudur (1, 11). Doğum eylemi için oksitosin indüksiyonu, belirli bir nedene (endikasyona) bağlı olmaksızın yapılmamalıdır (12). Spontan doğum eylemi ile karşılaştırıldığında sentetik oksitosin indüksiyonu uygulanan gebelerde komplikasyon oranları daha yüksektir. Oksitosin indüksiyonunun, hiperstimülasyon, sezaryen, hipotansiyon, antidiüretik etki, neonatal hiperbilirübinemi, uterus rüptürü, fetal distres vb. gibi komplikasyonları söz konusudur (11, 13, 14). Bu nedenle bu derleme, belirli bir endikasyon olmadan (elektif) yapılan sentetik oksitosin kullanımının gebe ve fetüs üzerindeki komplikasyonlarına dikkat çekerek doğal doğuma müdahale edildiğini ortaya koymak amacıyla ele alınmıştır.

Doğum Eylemi İndüksiyonu

Doğum eylemi indüksiyonu amniotik zar yırtılsın ya da yırtılmasın, doğum eyleminin kendiliğinden başlamasından önce uterus kontraksiyonlarının herhangi bir mekanik işlem ya da farmakolojik ilaçlar ile uyarılmasıdır (7, 15). Standart doğum eylemi indüksiyonu

yöntemi, amniotomi ve damar içi oksitosin indüksiyonudur. En geniş deneyime sahip uterotonik ajan, oksitosindir. Günümüzde servikal olgunlaşma ve doğumun uyarılmasında misoprostol (PGE1) ve dinoproston da (PGE2) kullanılmaktadır (11, 16, 17).

Belirli bir nedene (postterm gebelik, prematür membran rüptürü, ablasyo plasenta, intrauterin büyüme geriliği, diyabet, hipertansiyon, böbrek rahatsızlığı gibi sistemik hastalıklar vb.) bağlı olmadan hekim ya da hastanın kişisel tercihine bağlı olarak yapılan indüksiyon elektif indüksiyon adını alır (11, 16, 17). Kadın elektif doğum eylemi indüksiyonundan dolayı hastanede ekonomik açıdan maliyet ve zaman kaybına uğrar (17, 18, 19). Elektif doğum eylemi indüksiyonu alan kadın, spontan doğum eylemindeki kadına göre doğum eylemi için 3-4 saat daha fazla hastanede kalırken (20), %17,4 - %25 oranında daha fazla ekonomik kayba uğrar (17, 20). American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ne hasta ne de hekimin rahatlığı için elektif indüksiyon önermemektedir (21). Bu uygulama özellikle nulliparlarda sezaryen doğum oranının artmasına neden olur (22). Bir nedene bağlı olmaksızın, genellikle hekimin isteği doğrultusunda yapılan uyarılma çoğunlukla gebe ve bebekte mortalite ve morbiditeyi artırır. Gebeliğin sonlandırılması anne ve fetüs lehine olacaksa indüksiyon endikasyonu vardır (11, 13, 23).

Doğum Eylemi İndüksiyonunun Endikasyonları (24, 25)

1. Miad aşımı gebelikler,
2. Membranların erken rüptürü,
3. Koryoamnionitis,
4. İntrauterin büyüme geriliği (IUGR),
5. Rh izoimmunizasyonu,
6. Gebelikte hipertansif olaylar,
7. Dekolman plasenta,
8. Lojistik faktörler (hastaneye olan uzaklık, psikososyal durumlar gibi),
9. Maternal kronik renal, pulmoner hastalıklar,
10. Fetal distres şüphesi,
11. Fetal ölüm.

Doğum Eylemi İndüksiyonunun Kontrendikasyonları

Doğum eyleminin indüksiyonunda uterin, maternal ya da fetal nedenli pek çok kontrendikasyon vardır. Bu kontrendikasyonların çoğu, spontan doğum eylemi ve doğumu olanaksızlaştıran durumlarla benzerlik gösterir. Aşağıdaki durumlar doğum eyleminin indüksiyonu için kesin kontrendikasyon olarak kabul edilmektedir (25):

1. Klasik uterin insizyon varlığı,
2. Aktif genital herpes enfeksiyonu,
3. Plasenta previa ya da vasa previa varlığı,
4. Kordon sarkması,
5. Bazı fetal malprezentasyonlar (transvers situs gibi),
6. Fetal nedenler (belirgin makrozomi, hidrosefali),
7. Uygunsuz maternal pelvis.

Özel Durumlar: Bazı durumlarda doğum indüksiyonu daha dikkatli kullanılmalıdır:

1. Çoğul gebelik,
2. Maternal kardiyak hastalıklardan bazıları,
3. Grand multiparite,
4. Makat geliş,
5. Acil doğum gerekmeyen bazı anormal fetal kalp paternleri,
6. Alt segment uterus kesisi varlığıdır.

Doğum eylemi indüksiyonundan önce; hem gebe, hem de bebek açısından risk, yarar-zarar analizleri kesinlikle yapılmalıdır. Gebe ve ailesine indüksiyon endikasyonları anlatılmalıdır. Doğumun başlatılması, hem gebede, hem de bebekte bazı istenmeyen durumlara yol açabilir (25).

Farmakolojik (Sentetik) Oksitosin

Doğum indüksiyonunda intravenöz oksitosin kullanımı günümüzde en çok uygulanan yöntemdir (12, 25, 26, 27). Hipofiz arka lop ekstrelerinden hazırlanan sentetik oksitosinin 2, 5 ve 10 ünitelik ampulleri bulunmaktadır (Synpitan, Postuitrin) (28, 29). Oksitosinin miyometrium üzerindeki etkisi ile, gebeliğin ileri dönemlerinde kontraksiyonlar oluşturduğu ve serviksi olgunlaştırmada etkili olduğu bilinmektedir (30).

Doz: Doğum eyleminde oksitosin kullanımının başlangıç dozu, artırma dozu ve maksimum dozu etkileriyle ilgili veriler yetersizdir. Oksitosin farmakolojisine dayanan uygun yaklaşım, 2 mU/dak başlangıç dozunun kullanılmasını, yeterli kontraksiyonlar oluşana kadar her 30-45 dakikada 2mU gidecek şekilde artırılmasını ya da maksimum 20-30mU gitmesini içermektedir (3). Başlangıç dozları, artırma aralıkları, miktarı ve maksimum hızları farklı olan birçok protokol kullanılmaktadır.

Doz artırımının aritmetik ya da geometrik olması tartışma konusudur. Aritmetik artırımı savunular optimum efektif dozun geçilmeyerek yan etkilerin azalacağını, diğerleri ise geometrik yolla uygun plazma düzeylerine daha kısa zamanda ulaşılacağını söylemektedirler. İndüksiyonun başarısı, seçilecek protokolden çok, olguya göre davranılmasına bağlıdır. Oksitosine verilen yanıt gebelik yaşına bağlı olmakla birlikte, kişisel farklılıklar da bulunmaktadır (31). Etkili diğer faktörler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Doğum eyleminin aktif yönlendirilmesinin savunucuları, oksitosin kullanırken kılavuz olarak 1cm/st servikal açılma hızını kıstas alırlar. Genel eğilim, fizyolojik yaklaşımı kullanma yönündedir. Böylece hiperstimülasyona yol açmadan optimum süre içinde yeterli kasılmalar elde edilebilme ve fetal distres riski azalmaktadır. Oksitosin terapotik indeksi geniş bir ilaç olmakla birlikte minimum etkili doz tercih edilmelidir. Çünkü kullanıma ilişkin risklerin çoğu doza bağlıdır. Maksimum verime erişildikten sonra, oksitosin hızındaki artış, kontraksiyonların sıklığını fazlaştırır ve bazal tonusu artırır ki bu durumda kontraksiyonların etkinliği azalabilir (32, 33).

Tablo 1. Uygun oksitosin dozunu etkileyebilen faktörler (31)

Maternal Faktörler	Fetal Faktörler
Gebelik haftası	Büyüme geriliği
Servikal (bishop) skor	Ablasyo plasenta
Oksitosin reseptörlerinin durumu	Plasental rezerv
Miyometrial gap-junction durumu	Bazal PO ₂
Ek MgSO ₄ verilmesi	Anensefali
Korioamnionit	

Tablo 2. Oksitosin indüksiyon protokolleri (34)

Doz	Başlangıç Dozu mU/dk	Doz Artışı mU/dk	Dozaj Aralığı dk	Maksimum Doz mU/dk
Düşük doz	0,5- 2	1-2	15-60	20-40
Yüksek doz	4-6	4-6	15-30	40

Oksitosin indüksiyonu için, yüksek doz ve düşük doz olmak üzere, iki farklı oksitosin uygulama protokolü bulunmaktadır. Bu protokoller, başlangıç dozu, düzenli olarak artırılma zamanı ve artış miktarına göre belirlenmiştir (34). Tablo 2’de oksitosin indüksiyon protokolleri yer almaktadır.

Klinik uygulamada, iki protokolden hangisinin kullanılacağı ile ilgili tartışmalar, etkinlik ve hasta güvenliği üzerinde odaklanmıştır. Bazı uygulayıcılar düşük dozda oksitosin kullanımını (2-4 miliünite-mU/dakika) önermektedirler. Bu dozda endojen oksitosin salınımının, yani normal fizyolojik salınımın taklit edildiği savunulmaktadır. Diğer uygulayıcılar ise yüksek dozda (6 mU/dakika) oksitosin kullanımını tercih etmektedirler. Ancak maksimum doz 40 mU/dakika’yı geçmemelidir. Yapılan çalışmalar, doğum indüksiyonunda düşük doz oksitosin ve

yüksek doz oksitosin kullanımı arasında fark olmadığını, her iki uygulamanın eşit başarıya sahip olduğunu ortaya koymuştur (6, 9, 25, 26). Önerilen oksitosin dozu, 50-60 mmHg intrauterin basınç sağlayan, 60-90 saniye süren, 2-3 dakikada bir sıklıkla gelen uterin kontraksiyonları oluşturacak dozdur (25).

Oksitosin Uygulama Şekli: Yarılanma ömrü 2-7 dakika olan farmakolojik oksitosin enjeksiyonları intravenöz (IV), intramüsküler (IM), subkutan (SC) ve intrauterin (IU) olarak uygulanabilir (28, 29). Doğum indüksiyonu endike olduğu zaman 1000 ml %5 dektröz içine 10 veya 20 ünite oksitosin ilave edilir. Kardiyotokografılarla çocuk kalp sesi (ÇKS) ve uterus kontraksiyonları yakından izlenir. Düzenli ağrılar 2 saatte başlamaz ise işlem sonlandırılır ve bir gün sonra tekrarlanır. Oksitosinle indüksiyon 72 saati geçmemelidir (29).

Oksitosin İndüksiyonunun Endikasyonları
Oksitosinin en yaygın kullanım alanı uterus kontraksiyonlarını artırarak doğumun gerçekleştirilmesi ve hipotonik uterus disfonksiyonunda uterusun aktive edilmesidir (29).

Diğer endikasyonlar aşağıda sıralanmıştır:

1. Doğum sonu kanama kontrolünün sağlanması,
2. Uterus atonisi,
3. Terapotik abortus, missed abortus ve intrauterin fetüs ölümlerinde ekspulsiyonu hızlandırma,
4. Süt boşalmasını artırma,
5. Kardiyotokografide kontraksiyon stres testi.

Oksitosin İndüksiyonunun Komplikasyonları

Hiperstimülasyon ve Taşisistol:

Hiperstimülasyon, fetal kalp atım anormalliği ile birlikte da ya birlikte olmadan uterin kontraksiyonların en az 2 dakika sürmesi, uterin kontraksiyonların 10 dakikada 5 ya da daha fazla olması ya da bir dakikada bir başlaması olarak açıklanır. Taşisistol, fetal kalp atım anormalliği ile birlikte olan hiperstimülasyon olarak tanımlanır (35).

Ablasyo plasenta: Oksitosinin uterusu aşırı stimüle etmesi nedeniyle uterusu hipertonic kontraksiyonların görülmesi sonucunda ablasyo plasenta gelişebilir (13, 36, 37).



Kaynak: *Born Too Soon The Global Action Report*
The Global Action Report

Partus precipitatus: Oksitosinin uterusu aşırı stimüle etmesi nedeniyle partus precipitatus gelişebilir (36, 37).

Sezaryen doğum durumu: Başarısız indüksiyonlarda sezaryen insidansı %50 kadar yükselmektedir (36, 38).

Uterin rüptür: Gebeliğin en çok korkulan komplikasyonlarından biridir. Uterin rüptür daha çok uterin skar varlığında gelişir ama skar olmadan da gelişebilir (13, 25, 37).

Hipotansiyon: Oksitosin vazodilatör etki yaptığı için kan basıncını düşürür. Yeterli dozda verildiğinde sistolik ve özellikle de diastolik kan basıncını etkiler (39). Hipotansiyon oksitosinin intravenöz hızlı uygulanması sonucu da oluşur. Bu nedenle oksitosin infüzyon pompası ya da damla sayımı verilmelidir (25,34).

Hiponatremi: Eğer oksitosin uzun süre fazla miktarda hipotonik solüsyonlar içinde ve yüksek konsantrasyonlarda kullanılırsa, ciddi semptomatik hiponatremi ortaya çıkabilir. Semptomlar arasında baş ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma, karın ağrısı, letarji, sersemlik, bilinç kaybı, görme bulanıklığı, grandmal nöbetler ve geri dönüşümsüz nörolojik sekeller sayılabilir (9, 25, 39).

Antidiüretik etki: Oksitosin yapısal ve fonksiyonel olarak Antidiüretik Hormona (ADH) benzer. Hem gebe, hem de gebe olmayan kadınlarda oksitosinin belirgin antidiüretik etkisi olur. Yüksek dozda uygulanması halinde antidiüretik etki meydana gelebilir (39).

Doğum sonu kanama ve enfeksiyon: Aşırı doz oksitosin, uterus düz kaslarını yorar. Bu durum doğum sonu kanama ve enfeksiyona yol açabilir (9, 17, 34, 40).

Neonatal hiperbilirubinemi: Neonatal hiperbilirubinemi, çoğu olguda prematüriteye bağlıdır. Aynı zamanda oksitosinin doğrudan etkisine bağlı gelişebilmektedir. Neonatal hiperbilirubinemi önlenabilirliği olmayan bir risk olup daha çok sefal hematoma ve diğer faktörlere bağlı olarak meydana gelir (13, 25, 26, 37, 40).

Epidural Anestezi Kullanımı: Elektif doğum indüksiyonu kullanımı epidural anestezi kullanımını artırmaktadır (17, 41, 42).

Fetal distres ve ölüm: Normal bir travayda fetüs, kontraksiyonlar arasında intervillöz boşluktaki oksijen rezervini kullanır. Spontan kontraksiyonlar, intervillöz aralıklarda kan akımının aralıklı olarak azalmasına neden olur. Bu nedenle kontraksiyon bitimine kadar, fetal oksijen azalır. Bu durum, sağlıklı fetüs tarafından iyi tolere edilir. Fakat kontraksiyonlar uzadıkça ve frekansı arttıkça, fetal hipoksi ve asidemi riski ortaya çıkar. Uterus aktivitesi 5 dakikayı aştığında, fetal oksijen saturasyonu düşmeye başlar ve progresif olarak %20-29 azalır. Uterusun normale dönmesi 30 dakikayı bulur. Birinci ya da ikinci evre boyunca, aşırı uterin aktivite 1 saat sürerse neonatal asidemi riski anlamlı olarak artmaktadır. Fetal oksijenlenme yetersizleştğinde, metabolik asidoz ürünleri oluşur ve fetüste miyokard enfarktüsü/ölüm gelişebilir. Fetal durumun bozulması kardiyotokografide, geç deselerasyon, fetal kalp atım hızında azalma ve reaktivite olarak görülür (40).

Sonuç

Doğumun ve doğum ekibinin temel amacı, anne ve bebeğin sağlık ve güvenliğini artırarak minimal travma ile komplikasyon düzeyi düşük sağlıklı bir doğumun gerçekleşmesini sağlamaktır (8, 43, 44). Profesyonel doğum ekibinin önemli bir parçası olan kadın doğum hemşireleri ve ebeler doğum eyleminde çok önemli rol ve sorumluluklara sahiptir (45, 46). Hemşire ve ebeler elektif doğum eylemi indüksiyonunu çok sık uygulamakta, bakım ve tedavileri sırasında hem fetüs, hem de gebede farklı düzeylerde komplikasyonlarla karşılaşmaktadırlar (47, 48). Bu nedenle hemşire ve ebeler sıklıkla hekim istemiyle uyguladıkları elektif doğum indüksiyonu ve komplikasyonlarını azaltmaya yönelik yeni alternatif yöntemler arayarak doğal doğuma katkıda bulunmalıdır.

İletişim: Gülbahtiyar Doğaner

E-posta: gdoganer@cumhuriyet.edu.tr

Kaynaklar

1. Rathfisch G. Doğal doğum. Doğal doğum felsefesi, milyonlarca yıldır gerçekleşen serüven. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. s. 121-2.
2. Chen CY, Wang KG. Are routine interventions necessary in normal birth?. *Taiwanese J Obstet Gynecol* 2006; 45 (4): 302-6.
3. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics ve Gynecology* 2008; 199(5): 445-54.
4. Demirci N, Gürkan Ö, Arslan H, Ekşi Z. Oksitosin uygulamalarında hekim, ebe ve hemşirenin rolü. *Perinatoloji Dergisi* 2005; 13 (3): 129-37.
5. Şahin NH, Yıldırım G, Aslan E. Evaluating the second stages of deliveries maternity hospital. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2007; 17(1): 37-43.
6. Franklyn C, Christensen MD, Mitra T, Jose LG, Clifford RQ, Valerie JR, William FR. Randomized trial of concurrent oxytocin with a sustained-release dinoprostone vaginal insert for labor induction at term. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 61-5.
7. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. *The Cochrane Library (Cochrane Review). Issue 2. Chichester :John Wiley & Sons; 2003.*
8. Çıtırke A, Küçükbaş M, Dayıcioğlu V. Term gebeliklerde (preeklamtik-diğer) oksitosin/dinoproston yardımcı gebelik terminasyonlarının gebelik analizi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2009; 40(4):179-185.
9. Moleti CA. Trends and controversies in labor induction. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2009; 34(1):40-7.
10. Martin JA, Hamilton BE, Sutton TD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, Mathews TJ. Births: Final data for 2006. *National Vital Statistics Reports*. 57(7). Hyattsville:National Center for Health Statistics; 2009.
11. Wilson BL, Effken J, Butler JR. The relationship between section and labor induction. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42(2): 130-8.
12. Thurnov GR, Rayburn WF. Cervical ripening agents and uterine stimulants. *Drug Therapy in Obstet Gynecol* 1993; 3:229.
13. Clark SL, Miller DD, Belfort MA, Dildy GA, Frye DK, Meyers JA. Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009; 200(2):156.
14. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. *Williams obstetrik*. Çev. Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, et al. 23. ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2010. s.500-10.
15. Akyol A, Karademir Ö, Gedikbaşı A, Ark C, Güllük A. Bishop skorunun başarılı doğum indüksiyonunun öngörülmesindeki değeri. *Perinatoloji Dergisi* 2007; 15(1): 26-34.
16. Simpson KR, Atterbury J. Trends and issues in labor induction in the United States: implications for clinical practice. *Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003; 32:767-79.
17. Grobman WA. Elective induction: when? ever?. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2007; 50(2): 537-46.
18. Zhang J, Yancey MK, Henderson CE. U.S. national trends in labor induction, 1989–1998. *J Reprod Med* 2002; 47: 120–4.
19. Simpson KR, Newman G, Chirino OR. Patient education to reduce elective inductions. *MCN* 2010; 35(4): 188-94.
20. Maslow AS, Sweeny AL. Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 917-22.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Ekternal cephalic version. Practice Bulletin*. Washington; 2008.
22. Cunningham G, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. *Physiology of pregnancy. Williams Obstetrics*. 19 th Ed. Norwalk: Prentice-Hall Inc; 1993. p.81-246.
23. Reisner DP, Wallin TK, Zingheim RW, Luthy DA. Reduction of elective inductions in a large community hospital. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009; 200(6): 674.
24. Mccarthy MC, Mullee M. Oxytocin induction augmentation of labor. *Gulanick M, Gradishar D, Puzas MK (Ed). Obstetric and Gynecologic Nursing*. Albany: Delmar Publishers; 1994.
25. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. *Williams Obstetrik*. 21. ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2005. s.40, 267-82, 340-1, 470-81, 872.
26. Hadi H. Cervical ripening and labor induction: clinical guidelines. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2000; 43: 524-36.
27. Ruchala PL, Metheny N, Essenpreis H, Borcharding K. Current practice in oxytocin dilution and fluid administration for induction of labor. *JOGNN* 2002; 31: 545-50.
28. Campbell MLH, England GCW. A comprasion of ecboic efficacy of intravenous and intrauterine oxytocin treatments. *Therionogenology* 2002; 58: 473-7.

29. Sanchez-Ramos L, Hsieh E. Pharmacological methods for cervical ripening and labor induction. *Current Women's Health Reports* 2003; 3: 55-60.
30. Kelly AJ, Tan B. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *The Cochrane Library*. Chichester: UK: John Wiley & Sons; 2006.
31. Karaman AŞ, Uran B, Erler A, Vural AH. Gebeliğin sonlandırılmasında intraservikal prostaglandin E2 jeli ve intraamniotik hipertonic NaCl solusyonu ile yapılan karşılaştırılmalı bir çalışma. *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi* 1992; 6: 148-53.
32. Sokol RJ, Brindley BA. Practical diagnosis and management of abnormal labour. *Danforth's Obstet Gynecol* 1990; 6: 585-637.
33. Lazor LZ, Philipson EH, Ingardia JC, Kobetitsch ES, Curry SL. A randomized comparison of 1-40 minute dosing protocols for labor augmentation and induction. *Obs.Gyn* 1993; 82: 1009-12.
34. Smith JG, Merrill DC. Oxytocin for induction of labor. *Clin Obstet Gynecol* 2006; 49(3): 594-608.
35. Miller LA. Oxytocin, excessive uterine activity and patient safety: time for a collaborative approach. *J Perinat Neonatal Nurs* 2009; 23(1):52-8.
36. Boulvain M, Kelly A, Lohsec C, Lirion D. Mechanical methods for induction of labor. *Cochrane database Syst Rev* 2003; (1).
37. Ophir E, Solt I, Odeh M, Bornstein J. Water intoxication: a dangerous condition in labor and delivery rooms. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62(11): 731-8.
38. Parashi S, Bonabi NB, Rashidi A. Re: Oxytocin induction of labour: a comparison of two protocols. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2005; 45(6): 540.
39. Katzung BG. *Basic and clinical pharmacology*. Appleton & Lange; 1995. p.803-15.
40. Simpson KR, Knox GE. Oxytocin as a high-alert medication: implications for perinatal patient safety. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2009; 34(1): 8-15.
41. Glantz JC. Elective induction vs. spontaneous labor. *J Reprod Med* 2005; 50: 235-40.
42. Simpson KR, Thorman KE. Obstetric "conveniences" elective induction of labor, cesarean birth on demand and other potentially unnecessary interventions. *J Perinat Neonat Nurs* 2005; 19(2):134-44.
43. Beebe LA, William FR, Beaty CM, Eberly KL, Stanley JR, Rayburn LA. Indications for labor induction: differences between university and community hospitals. *J. Reprod Med* 2000; 45(6): 469-75.
44. Coonrod, DV, Bay RC, Kishi GY. The epidemiology of labor induction: Arizona. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(4):780-2.
45. Papagni K, Buckner E. Doula support and attitudes of intrapartum nurses: A qualitative study from the patient's perspective. *Journal of Perinatal Education* 2006; 15(1): 11-8.
46. Price S, Noseworthy J, Thornton J. Women's experience with social presence during childbirth. *Am J Matern Child Nurs* 2007; (32)3: 184-91.
47. Simpson KR, James DC, Knox GE. Nurse-physician communication during labor and birth: Implications for patient safety. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2006; 35: 547-56.
48. Simpson KR. *Cervical ripening and induction and augmentation of labor*. 3rd ed. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses: Washington; 2009.



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 gereçsel 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.

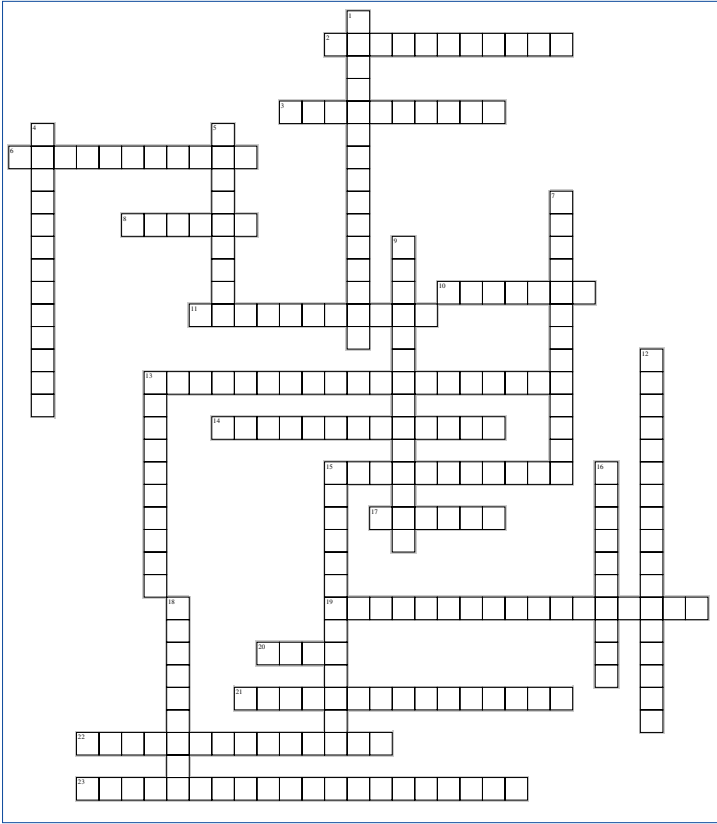
9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

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.



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını Eylül - Ekim 2013 sayımızda yayımlayacağız.



1. Ruhsatlı ilaçların istenmeyen etkilerinin ve güvenlik ile ilgili diğer konuların sürekli olarak izlenmesi, **2.** Sigara ile mücadelede yer alması gereken bir sağlık kurumu, **3.** Kitle iletişim araçlarının bulundurulmaması gereken bir ev bölümü, **4.** Wheezing tedavisinde kullanımı araştırılan bir antibiyotik, **5.** Thalidomidin doğan çocuklarda neden olduğu klinik

görünüm, **6.** Allhat çalışmasına göre kalp yetmezliğinin önlenmesinde etkili bulunan bir diüretik, **7.** Özel toksisite araştırmalarında araştırılan bir ilaç etkisi, **8.** Lavaja Türkçe karşılık olarak önerilen sözcük, **9.** Kitle iletişim araçlarının sık kullanımında görülen psikososyal ir bozukluk, **10.** Televizyonun çocuklarda neden olduğu bir hastalık, **11.** Öğrencinin dinleyici ya da izleyici olduğu eğitim yöntemi, **12.** Temel Yaşam Desteğinde mekanik tıkanıklığın ortadan kaldırılması için kullanılan yöntem, **13.** En yaygın kullanılan kitle iletişim aracı, **13.** Eğitimde amacı belirleyen parametre, **14.** Eğitim sürecinin temel öğelerinden biri, **15.** Gebe kadınların ilaç çalışmalarından uzak tutulmasına neden olan bir ilaç, **15.** Hayvan deneylerinde araştırılan bir ilaç etkisi, **16.** Bağıntı karşılığı olarak kullanılan tıp terimi, **17.** Birey davranışlarında istenile değişiklikleri sağlamak için öğrenci ve eğiticinin kendi istekleriyle katıldıkları süreç, **18.** Hasta üzerinde yapılacak işlemlerin öğrenilmesinde kullanılan araç, **19.** Koruyucu ekipmanlar dışında başka bir şey sağlanmadan solunumun ve dolaşımın açık tutulması, **20.** Türkiye'de medyanın denetlenmesinde yer alan kuruluş(kısaltma), **21.** Çocuk programlarında yayımlanan reklamlarda yer almaması gereken bir kavram, **22.** Faz 2 çalışmalarında araştırılan bir ilaç etkisi, **23.** Ösofagus adenokarsinomunda önemli bir risk faktörü.