

### Doğum öncesi HBsAg testi yapılma oranını arttırmaya yönelik bir çalışma: Şanlıurfa deneyimi

**İbrahim Koruk<sup>1</sup>, Süda Tekin<sup>2</sup>, Fatma Koruk<sup>3</sup>, Suzan Havlioğlu<sup>4</sup>, Muharrem Öncül<sup>5</sup>, Mustafa Açar<sup>6</sup>, Seher Kutlu<sup>5</sup>, Burcu Kara<sup>5</sup>**

1. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa

2. Koç Ü. Hastanesi İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD, İstanbul

3. Harran Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, Şanlıurfa

4. Harran Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

5. Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü

6. Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü

#### Öz

**Amaç:** Şanlıurfa'da aile hekimlerine kayıtlı gebelere HBsAg testi yapılmasını artırmak amacı ile aile hekimlerine yönelik olarak yapılan hizmet içi eğitimin ve toplumu bilgilendirme çalışmalarının etkinliğini değerlendirmek, test uygulamasını engelleyen durumları ortaya koymaktır. **Yöntem:** Önce- sonra tipinde yarı-deneysel bir araştırmadır. Haziran 2011- Temmuz 2013'de yürütülmüştür. Müdahale öncesi ve sonrası dönemde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kayıtlı tüm gebeler araştırmaya alınmıştır. Müdahale öncesi dönemde 15064 gebe, müdahale sonrası 2012 yılında 51822 ve 2013 yılında 41766 gebe kayıtları incelenmiştir. Belirtilen sürelerde aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan tüm gebelere ait HBsAg test yaptırma durumu ve test sonuçları, aile hekimleri tarafından Aile Hekimliği Bilgi Sisteminden elde edilmiş ve hazırlanan bilgi formuna kaydedilmiştir. Araştırmada müdahale olarak, konferans tarzında eğitim, resmi yazı ile hatırlatma ve bilgilendirme, afiş, etiket vb bilgi-eğitim-iletişim dokümanları kullanılmıştır. Bir günlük eğitim toplantısına il merkezi ve ilçelerde görev yapan 450 aile hekiminden 233'ü katılmıştır, katılım düzeyi %51.8 olmuştur. **Bulgular:** HBsAg tarama oranı, 2011 yılında %25.8 iken 2012'de %61.8'e, 2013'de %77.9'a ulaşmıştır. **Sonuç:** Sağlık personeline yönelik eğitim çalışmaları ve diğer faaliyetler gebelerde HBsAg tarama programının başarı hızını arttırmıştır. Tüm yapılanlara rağmen başarısız olan bölgelerde yerel sorunlar tespit edilmeli ve sonraki çalışmalar bu noktalar üzerinde yoğunlaştırılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Gebelik, hepatit B, tarama, hizmet içi eğitim

---

**Yazının geliş tarihi:**24.10.2016

**Yazının kabul tarihi:**02.01.2017

**Sorumlu Yazar:** İbrahim KORUK

**Adres:** Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Osmanbey Yerleşkesi Haliliye/ Şanlıurfa

**Tel** : 0 414 3181374 **Faks:** 0 414 3183190, **E posta:** ibrahimkoruk@yahoo.com

**Not:** Araştırmayı parasal olarak destekleyen kurum, şirket ya da kişi bulunmamaktadır. Çalışma, 2-6 Ekim 2012 tarihleri arasında Bursa'da 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

## A study aiming to increase the proportion of HBsAg tests in prenatal care: Şanlıurfa experience

### Abstract

**Aim:** Main objectives of the study were evaluating the efficiency of the in-service training given to the family physicians for increasing the number of HBsAg tests in officially registered pregnant women and further for the inforatory work to the society and lastly revealing the preventive situations of test application. **Method:** This is a pre-post type semi-interventional study. The research was carried out between June 2011-July 2013. All the pregnant women registered in the Family Medicine Information System both in the prior and later to the intervention periods had been included in the research. A number of 51,822 pregnant women in 2012 and 41,766 in 2013 after the intervention and 15604 before were examined. Results of the HBsAg tests of all pregnant women whose monitoring had been completed or continuing by family doctors in the specified period were taken from Family Medicine Information System by their doctors and recorded in the prepared information form. Intervention methods used in the research were as follows: Conference-style training; reminding and informing with an official letter; visual aids like posters and labels. 233 of the 450 physicians serving in the districts and the city center participated in the training sessions. The level of participation was found to be 51.8%. **Results:** HBsAg screening rate in 2011 was 25.8%. After the intervention, it increased to 61.8% in 2012 and 77.9% in 2013. **Conclusion:** Organizing training for health personnel and other activities increased the success rate of HBsAg screening program in pregnant women. Local problems must be identified for successfully screening program and further studies must focus on this point.

**Keywords:** Pregnancy, hepatitis B, screening, in-service training

### Giriş

Hepatit B virüsü (HBV) akut hepatit tablosunun yanı sıra kronik HBV enfeksiyonuna da neden olmaktadır. Kronik HBV enfeksiyonu sık görülmesi, düşük viremi ile seyreden inaktif taşıyıcılıktan karaciğer sirozu ve hepatoselüler karsinomaya (HCC) kadar değişebilen bir seyir izlemesi ve pahalı tedavi protokolleri nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir halk sağlığı sorunudur.<sup>1,2</sup>

HBeAg pozitif anneden doğan bebeklerin %70-90’ı enfekte olup %90’ı kronikleşirken, HBeAg negatif anneden doğan bebeklerin %10-40’ı enfekte olmakta ve enfeksiyon %40-70’inde kronikleşmektedir.<sup>3</sup> Hepatit B taşıyıcısı annelerden bebeğe geçişin önlenmesi bulaşın önlenmesindeki en önemli yöntemlerden birisidir. Bu amaçla, Hastalıklardan Koruma ve Kontrol Merkezi (Centers for Disease, Control Prevention, CDC) 1988 yılından beri tüm gebelere HBsAg testi yapılmasını önermektedir.<sup>4,5</sup> Türkiye’de

ise; 2010 yılında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (DÖBYR)'ne ilk kez HBsAg testi tüm gebelere yapılması istenen zorunlu testlere eklenmiş ve 2014 yılında yenilenen rehberde bu tarama yine yer almıştır. Hem DÖBYR'ne hem de Hepatit B Kontrol Programı'na göre, taşıyıcı olduğu bilinen anneden doğan bebeklere doğumdan sonraki ilk 12 saat içinde Hepatit B aşısı ile birlikte Hepatit B Hiperimmünglobulini (HBIG) uygulanması önerilmektedir. DÖBYR, ek olarak HBV DNA'sına göre gebeye oral antiviral tedavi protokolleri de önermektedir.<sup>6,7</sup>

Diğer yandan hepatit B hastalık sıklığı, Şanlıurfa’da toplum düzeyinde, gebelerde, berber ve kuaförlerde, diş hekimlerinde %3.4 ile %4.2 arasında yüksek düzeyde seyretmektedir.<sup>8-11</sup> Bu araştırmalarda hepatit B taşıyıcılarının ailelerinde de hepatit B öyküsünün sıklıkla bulunduğu ve bunun perinatal bulaşla ilişkili olabileceği vurgulanmaktadır. Bu nedenle gebelerde HBsAg testinin yapılması ve annesinde

HBsAg testi pozitif olan yenidoğanlara aşı ve HBIG uygulanması çok daha önemli hale gelmektedir.

İlgili mevzuatta belirtilmesine rağmen Türkiye’de tüm gebelere HBsAg testinin tam olarak yapıldığını söyleyecek bilgi de bulunmamaktadır. Nitekim, 2007 yılında Şanlıurfa’da, bir kadın hastalıkları ve doğum hastanesinde gebe kadınların sadece %16.5’ine HBsAg testi yapıldığı ve HBsAg pozitif anneden doğan bebeklerin ancak %28.2’sine HBIG uygulandığı belirtilmektedir. Aynı hastanede hekimlere yönelik olarak yürütülen eğitim etkinlikleri sonucunda HBsAg taraması yapılma oranının arttığı belirtilmektedir.<sup>12</sup>

Ancak, gebe takiplerinin ve doğumların, doğumevleri dışında kamu ya da özel farklı kurumlarda hatta evlerde de yapılabildiği dikkate alındığında gebelikte HBsAg taramalarının artırılmasına yönelik çalışmaların tüm ili kapsayacak şekilde ve birinci basamak destekli yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmada Şanlıurfa’da aile hekimlerine kayıtlı gebelere HBsAg testi yapılmasını artırmak amacı ile aile hekimlerine yönelik olarak yapılan hizmet içi eğitimin ve toplumu bilgilendirme çalışmalarının etkinliğini değerlendirmek, test uygulamasını engelleyen durumları ortaya koymak amaçlanmıştır.

## Gereç ve yöntemler

Araştırma, randomize olmayan, önce-sonra tipinde yarı deneysel bir çalışmadır.

Müdahale öncesi dönem, aile hekimliği uygulamasının Şanlıurfa’da başladığı 10 Aralık 2010 ile 30 Haziran 2011’e kadar olan ilk 6.5 aylık dönemi kapsamaktadır. Araştırmada hizmet boyutunun geciktirilmemesi için müdahale öncesi dönem kısa tutulmak zorunda kalmıştır. Müdahale dönemi, Temmuz ve Ekim 2011 aylarını kapsayan dört aylık dönemden oluşmaktadır. Müdahale sonrası, 2012 ve 2013 yıllarında Temmuz ayının ilk iki haftası içinde son test yapılmıştır.

Müdahale öncesi ve sonrası dönemde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) kayıtlı

tüm gebelerin kayıtları değerlendirilmiştir. Müdahale öncesi dönemde 15064 gebe, müdahale sonrası 2012 yılında 51822 ve 2013 yılında 41766 gebe kayıtları incelenmiştir. Belirtilen sürelerde aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan tüm gebelere ait HBsAg test yaptırma durumu ve test sonuçları, aile hekimleri tarafından AHBS’den elde edilmiş ve hazırlanan bilgi formuna kaydedilmiştir. Formlar, Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) aracılığı ile toplanmıştır.

*Müdahale öncesi:* Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ve Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalından birer öğretim üyesinin teklifi sonucunda Şanlıurfa Sağlık Müdürü, ilgili sağlık müdür yardımcısı, Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü ve ilgili öğretim üyelerinin katılımı ile Haziran ayı içerisinde bir toplantı yapılarak mevcut durum tartışılmış, gözlemler ve deneyimler paylaşılmış, tarafların sorumlulukları ve yol haritası belirlenmiştir. Mevcut durumu ve HBsAg testi yaptırmanın artırılmasına yönelik gereksinimi saptamak için üç maddelik bilgi formu hazırlanmıştır. Formda, takip edilmiş ya da edilmekte olan toplam gebe sayısı, HBsAg testi yapılmış gebe sayısı ve HBsAg pozitif olanların sayısı yer almıştır. Temmuz ayının ilk iki haftası içerisinde veri toplanmış ve daha sonra analiz edilmiştir.

*Müdahale:* Aile hekimlerinin konu ile ilgili farkındalığını artırmak ve bilgilerini güncellemek amacıyla, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri tarafından Temmuz ayının son haftasında bir hizmet içi eğitim etkinliği gerçekleştirilmiştir. Konunun halk sağlığı ve enfeksiyon hastalıkları yönünü ele alan iki sunum yapılmıştır. Eğitim yaklaşık bir saat sürmüştür ve katılımcıların soru-cevapla katılımları sağlanmıştır.

Eğitime il merkezi ve ilçelerde görev yapan 450 aile hekiminden 233’ü katılmıştır, katılım düzeyi %51.8’dir. Araştırmaya başlandığı dönemde ilde toplam 117 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bulunmaktadır. Eğitime 79 (%67.5) ASM’den katılım sağlanmıştır. İlçelere göre katılım düzeyi %25.0-%100.0 arasında değişmektedir. Yine Harran Üniversitesi öğretim üyeleri tarafından konuyu ele alan hem topluma

hem de sağlık çalışanlarına yönelik ayrı ayrı mesajları olan posterler ve A4 büyüklüğünde yapıştırılmalı etiketler hazırlanmış; aile hekimlerine verilen eğitimden bir ay sonra tüm aile sağlığı merkezlerine asılması sağlanmıştır.

Veri toplanmasından üç ay sonra, HBsAg testi yaptırılması ile ilgili kısa bir hatırlatma yazısı Şanlıurfa Sağlık Müdürlüğü tarafından tüm aile hekimlerine gönderilmiştir.

*Müdahale sonrası:* En son müdahale etkinliğinden sekiz ay sonra Temmuz ayının birinci ve ikinci haftası içerisinde daha önceden uygulanan üç maddelik bilgi formu son test olarak tekrar uygulanmış ve 2012 yılı tarama oranı belirlenmiştir. 2012 değerlendirmesinde tarama testi uygulama düzeyinin bazı ilçelerde %80'lere yaklaşması üzerine tüm ilde 2013 yılında tarama testi düzeyi olarak %80'in üzerine çıkarılması hedeflenmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda güncel durumu özetleyen bilgi notu hazırlanmış ve Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığı ile aile sağlığı merkezlerine gönderilmiş ve yeni dönem için belirlenen hedef duyurulmuştur.

*2013 yılı çalışmaları;* En son gönderilen bilgi notundan 12 ay sonra aynı bilgi formu tekrar son test olarak uygulanmış ve 2013 yılı tarama oranı ve %80 hedefine ne oranda ulaşıldığı değerlendirilmiştir. Hazırlanan bilgi notu ile 2013 yılına ait tarama ile ilgili güncel durum aile sağlığı merkezleri ile paylaşılmıştır.

2013 yılı değerlendirmesi sonrası 11 ilçeden hedefi yakalayamayan dört ilçede, olası nedenleri anlayabilmek için aile hekimlerine dört sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Ankette, hekimin halen bulunduğu ilçede çalışma süresi, bulunduğu aile sağlığı merkezinde çalışma süresi, izlemdeki tüm gebelere HBsAg tarama testi yapılması gerektiğini bilme durumu ve kendi ASM bölgelerinde tarama testi uygulama düzeyinin düşük kalmasının nedenlerinin neler olabileceğini de içeren açık uçlu sorular

yer almıştır. Anketleri 102 aile hekiminden 90'ı (%88.2) cevaplamıştır.

Çalışma için Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 29.11.2011 tarih, 04 nolu oturum ve 15 sayılı karar ile onay alınmıştır.

İstatistik analizde ki kare testi ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizler %95.0 güven düzeyinde yapılmıştır.

## Bulgular

2011 yılında Temmuz ayı itibari ile aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan sisteme kayıtlı gebe sayısı 15064'tür. Bu gebelerden %25.8'inin (n=3888) HBsAg test sonuçları vardır. Test yaptıranlar içinde HBsAg pozitif olanlar %2.5'dir (n=97) (Tablo 1).

2012 yılı Temmuz ayına kadar bir yıllık süre içinde aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan gebe sayısı 51822'dir. Gebelerin %61.8'ine (n=32001) HBsAg testi yaptırılmıştır. HBsAg pozitifliği %1.3'tür (n=429) (Tablo 1).

2013 yılı Temmuz ayına kadar bir yıllık süre içinde aile hekimleri tarafından izlenmiş ya da izlenmekte olan gebe sayısı 41766'dır. Gebelerin %77.9'una (n=32536) HBsAg testi yaptırılmıştır. HBsAg pozitifliği %1.4'tür (n=459) (Tablo 1).

2011 yılından 2012 yılına HBsAg testi yaptırma düzeyi %25.8'den %61.8'e, 2013 yılında ise %77.9'a yükselmiştir. 2011 yılı ile 2012, 2012 yılı ile 2013 yılları arasındaki tarama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 1).

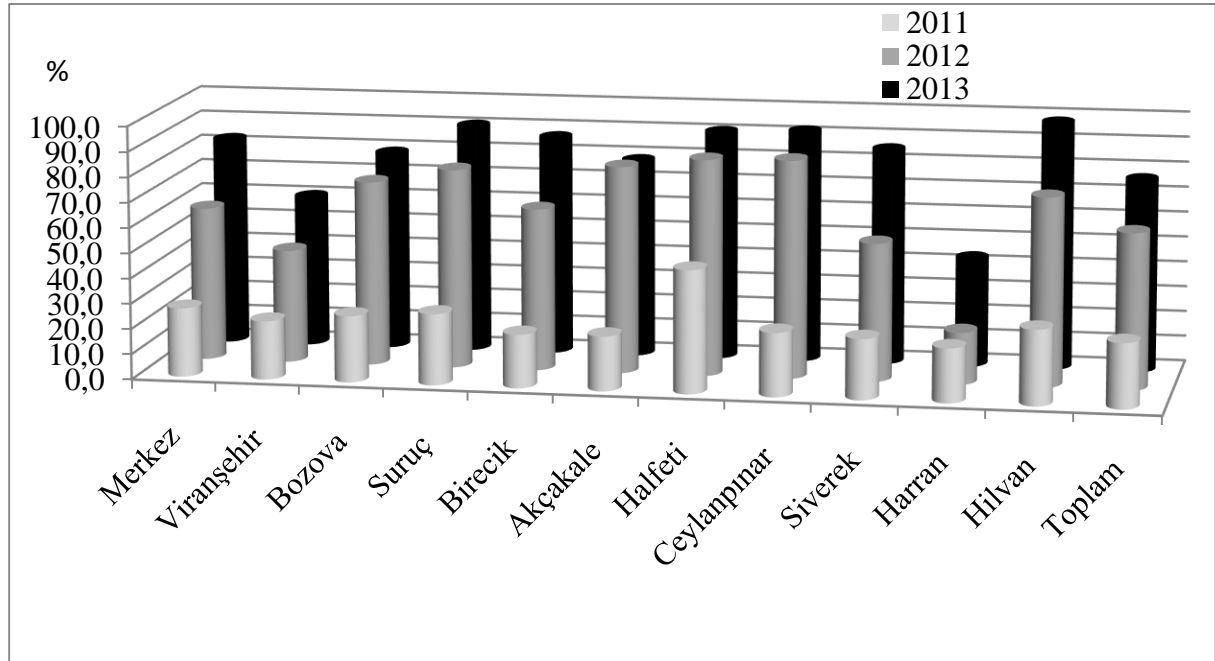
İlçelerde HBsAg tarama testi yaptırma oranı 2011 yılında %21.2 ile %48.7 arasında, 2012 yılında %20.6 ile %86.3 arasında, 2013 yılında %43.0 ile %98.0 arasında saptanmıştır. 2013 yılında hedeflenen %80 düzeyini 11 ilçeden yedisi aşabilmiştir (Grafik 1).

**Tablo 1.** Şanlıurfa'da bildirilen gebe sayısı, gebelere HBsAg testi yapılma ve HBsAg pozitifliği durumunun 2011-2012-2013 yıllarına göre dağılımı

	Yıllar					
	2011		2012		2013	
	n	%	n	%	n	%
Tespit Edilen Gebe Sayısı	15064		51822		41766	
HBsAg Durumu						
Pozitif	97	2.5	429	1.3	459	1.4
HBsAg Tetkiki						
Yapılanlar	3888	25.8	32001	61.8	32536	77.9
Ki kare			6061.8		2816.8	
<b>p</b>			<b>&lt;0.001*</b>		<b>&lt;0.001**</b>	

\* Analiz 2011 ve 2012 yılları arasında yapılmıştır

\*\*Analiz 2012 ve 2013 yılları arasında yapılmıştır

**Grafik 1.** 2011-2012-2013 yıllarında gebelere yapılan HBsAg testi uygulamasının ilçeler düzeyindeki değişimi

İlçeler düzeyinde yapılan eğitime katılım %25.0 ile %100.0 arasında değişmektedir (Tablo 2). İlçelere göre eğitime katılım yüzdesi ile tarama yüzdesi arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim alma düzeyi ile 2011 yılı tarama düzeyi arasında ( $r=0.52$   $p=0.95$ ) ve 2013 yılı tarama düzeyi arasında ( $r=0.42$   $p=0.19$ ) bir korelasyon saptanmamış iken 2012 yılı tarama düzeyi

arasında ( $r=0.67$   $p=0.02$ ) iyi düzeyde anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır.

Tablo 3'de hedefe ulaşamayan ilçelerdeki aile hekimlerinin sorunun olası nedenlerine ait görüşlerinin dağılımı verilmiştir. Tabloya göre aile hekimleri gerekçe olarak en çok gebelerin bilinç düzeyinin düşük olmasını (%41.2), laboratuvar sorunlarını (%23.8) ve sağlık

kurumları arasında veri paylaşım sorunlarını (%21.3) ifade etmişlerdir.

Hedefi yakalayamayan ilçelerdeki aile hekimlerinin ilçede çalışma süresi ortancası 23 (en küçük üç - en büyük 260) ay, buldukları ASM'de çalışma ortancası 15 (en küçük 1- en büyük 180) aydır. Bu hekimlerin %96.7'si gebelerde HBsAg taraması yapılması gerektiğini bildiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 2.** İlçe düzeyinde eğitime katılım yüzdeleri

İlçeler	Eğitime katılım %'si
Merkez	48.4
Viranşehir	54.3
Bozova	47.0
Suruç	38.4
Birecik	48.1
Akçakale	73.9
Halfeti	100.0
Ceylanpınar	100.0
Siverek	43.1
Harran	25.0
Hilvan	45.4

## Tartışma

Şanlıurfa'daki birinci basamak kurumlarında 2011'den 2013 yılına gelindiğinde gebelerde HBsAg tarama düzeyi %25.8'den %77.9'a yükselmiştir. Özellikle Halk Sağlığı Müdürlüğü yöneticilerinin kararlı tutum sayesinde eğitim toplantıları gerçekleştirilmiş ve ilgili taraflar harekete geçirilebilmiştir. Nitekim, eğitime katılım düzeyinin yüksek olduğu ilçelerde tarama testi yaptırma düzeyi de yüksek olarak gözlenmiştir. Bu başarılı sonuçta, yapılan eğitim çalışmalarının yanı sıra afiş, hatırlatma yazıları, akademisyenlerin ve Halk Sağlığı Müdürlüğü yöneticilerinin işbirliğinin etkisi büyüktür. Nitekim 2013 yılı tarama düzeyleri daha da yükselmesine rağmen eğitime katılma düzeyinin bu

sonuçlara etkisinin gösterilememesi tüm çalışmaların kümülatif olarak katkısının olduğuna işaret etmektedir. Gelişmiş ülkeler gebelere HBsAg tarama ve hepatit B taşıyıcı annenin yenidoğanlarına doğum sonrası aşı ve HBIG uygulamaları düzeyini oldukça yükseltebilmişlerdir. 2001 yılında İtalya'da bir hastane tarama düzeyini %90.5'e çıkarabilmişken, Yunanistan'da 2003 yılında özel, kamu ve üniversite hastanelerine başvuran tüm gebelerin %91.3'ü, Güney Kore'de bir üçüncü basamak hastanede 10 yıllık sürede doğum yapan 9281 gebenin tümü taranmıştır.<sup>13-15</sup> Türkiye'de hastanelerde kısmen olmakla birlikte birinci basamak kurumlarında gebe HBsAg tarama düzeyleri hakkında yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bununla birlikte Doğum Öncesi Bakım Protokolü ve Hepatit B Kontrol Programı gibi yasal düzenlemeler olmasına rağmen uygulamalarda önemli sorunlar yaşanabilmektedir. 2007 yılında Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğumevi'nde doğum yapan 18709 gebenin ancak %16.5'i HBsAg yönünden tarandığı belirtilmektedir. 2008 yılında aynı hastanede yapılan çalışmalarla tarama düzeyi %99.9'a yükseltilebilmiştir.<sup>12</sup> Özellikle, yasal düzenlemelerde doğrudan hekim sorumluluğuna işaret eden ifadelerin yer almaması yönündeki eksiklikler uygulamaları hekimin inisiyatifine bırakmaktadır. Bath ve arkadaşları<sup>16</sup>, gebelere yönelik HBsAg taraması ve yenidoğana yönelik aşı ve serum uygulaması yasal olarak düzenlenmişse hastanelerin bu düzenlemeler çerçevesinde kendi politikalarını oluşturduklarını ve söz konusu uygulamaları başarı ile yürüttüklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, yasal düzenlemeler olduğu halde tarama politikası olmayan hastaneler için farkındalık çalışmaları ve gerekirse sıkı yaptırımların uygulanması gerektiği de vurgulanmaktadır.

Toplam başarı artışına paralel olarak Şanlıurfa'nın tüm ilçelerinde tarama düzeyleri artmıştır. Ancak, ileride tam başarı sağlayabilmek için hedefleri tutturamayan ilçelerdeki aile hekimleri kendi bakış açıları ile sorunların nedenlerini ortaya koymuşlardır. Gebelerin bilinç düzeyinin düşük olması dolayısı ile Doğum Öncesi Bakım (DÖB) izlemlerine gelmemesi ve tarama testi yaptırmaması hekimler

tarafından en sık bildirilen gerekçedir. Benzer biçimde Hindistan'da ve Güneybatı Nijerya'da yapılan araştırmalarda da temel eğitim düzeyi düşük gebelerde HBsAg taraması yaptırma düzeyinin daha düşük olduğu ve HBsAg pozitifliğinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir.<sup>17,18</sup> Bu iki araştırmada düşük eğitim düzeyi bir başarısızlık nedeni olarak ortaya konulsa da, Güney Hindistan kırsalında yapılan bir çalışmada birinci basamak kurumların mobil sağlık ekiplerinin gebelerin %96.5'ine üç kez doğum öncesi bakım izlemi yaptıkları ve %93'üne HBsAg tarama testi uyguladıkları dolayısı ile nitelikli DÖB izlemi ile bu sorunların aşılabileceğine işaret edilmektedir.<sup>19</sup> Şanlıurfa'da bebek ve gebe izlemlerine bağlı aile hekimlerinin iş yoğunluğu, başka kurum ya da uzman hekimlerden hizmet alan gebelerin genellikle aile hekimleri tarafından yapılan izlemlere katılmak istememesi, öte yandan

aile sağlığı birimleri ve diğer kurumlar arasında uygun bir eşgüdüm sağlanmadığı için uzman hekimlerdeki veriye ulaşamaması da yaşanan sorunları büyütülmektedir.<sup>20</sup> CDC, özellikle çok merkezden sağlık hizmeti alanların takibi için merkezi bir veri tabanının kullanıldığı yoğun vaka yönetimi uygulamasını önermektedir.<sup>21,22</sup> Türkiye'de halihazırda kullanılan veri toplama sisteminin (AHBS) ortak veri kullanımını ve paylaşımını sağlayamıyor olması ise anlaşılabilir. Nitekim, bu araştırmanın veri toplaması sırasında da sistemdeki elektronik kayıtlar merkezi olarak değil doğrudan aile hekimlerinden toplanmak zorunda kalmıştır. Laboratuvar sorunları da önemli bir yer tutmakla birlikte daha çok profesyonel kişileri ilgilendirdiği ve daha teknik işler olduğu için çözülmesi daha kolay gözükmektedir.

**Tablo 3.** Hedefe ulaşamayan ilçelerdeki aile hekimlerinin sorunun olası nedenlerine ait görüşlerinin dağılımı

Gerekçeler*	n	%
Gebelerin bilinç düzeyinin düşük olması(izlemlere gelmeme ve test yaptırmama)	33	41.2
Laboratuvar sorunları(kit yokluğu, numune azlığı, sonuç bildirmeme)	19	23.8
Sağlık kurumları arasında veri paylaşım sorunları(2. ve 3. Basamakta yapılan tetkik sonuçlarına ulaşamama)	17	21.3
Sağlık personelinin bilgi eksikliği	15	18.8
Özel hastane/uzman hekimden hizmet almaktan kaynaklı sorunlar	13	16.2
İş yükü fazlalığına bağlı ihmaller	6	7.5
Gebelerin ASM'lere ulaşım güçlüğü	1	1.2
Sağlık personelinin toplumu tanımaması	1	1.2

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Bu sorulara 80 aile hekimi cevap vermiştir.

Şanlıurfa'da yapılan daha önceki çalışmalar dikkate alındığında istatistiksel bir çözümleme yapılamamış olmakla birlikte HBsAg pozitiflik düzeyinin de %4.7'lerden 2012 ve 2013 yıllarında %1.3-1.4 sınırlarına gerilediği görülmektedir.<sup>9,12,23</sup> Aslında bu sonuçlar yıllardır toplumsal düzeyde ve birinci basamak sağlık kurumlarında yürütülmekte olan doğum öncesi bakım programı, hepatit B kontrol programı ve genişletilmiş bağışıklama programlarının tam olarak uygulandığında ortaya çıkacak toplam etkisine işaret etmektedir.<sup>13,17</sup>

### Sonuç ve öneriler

Eğitim çalışmaları başta olmak üzere kararlılıkla yürütülen pek çok faaliyetin etkisi sonucunda gebelerde HBsAg tetkiki istemi önemli düzeyde arttırılmıştır. Tüm yapılanlara rağmen başarısız olan bölgelerde yerel sorunlar tespit edilmeli ve bir sonraki aşamada çalışmalar bu noktalar üzerinde yoğunlaştırılmalıdır.

Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü MERNİS veritabanından elde edilen Şanlıurfa doğum sayılarının 2011'de 56.668, 2012'de 58.933 ve 2013'te 59.494 ile aile hekimlerinin bildirdiği gebe sayılarından daha yüksek olduğu görülmektedir.<sup>24</sup> Benzer uyumsuzluk eski AHBS arşivi ile Sağlık Net kayıtları arasında da görülmektedir. Bu durumun 2012 yılında eski AHBS arşivinden Sağlık Net'te geçiş sırasında muhtemel bir veri kaybına bağlı olabileceği gibi gebelerin tespiti ile ilgili sorunlardan ya da aile hekiminin olmaması, ulaşamaması, yer değiştirmesi gibi nedenlere bağlı veri toplanması esnasında ortaya çıkan sorunlardan da kaynaklanmış olabileceği de düşünülmektedir. Değerlendirmelerde tüm gebelere ulaşamamanın neden olduğu bu sınırlılık dikkate alınmalıdır. Ayrıca, verilerin aile hekimi düzeyinde istenmesine karşın ASM ya da TSM düzeyinde birleştirilerek gönderilmesi aile hekimi düzeyinde müdahale sonrasında eğitimin etkisinin değerlendirilmesi konularında da sınırlılıklara neden olmuştur.

### Kaynaklar

1. European Association for the study of the liver. EASL clinical practice guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection. *Journal of hepatology* 2012;57(1):167-185.
2. Dienstag JL. Chronic viral hepatitis. In: Mandell G, Bennet J, Dolin R, editors. Principles and practice of infectious diseases. 7th Ed. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2005:1441-64.
3. Alter MJ. Epidemiology of hepatitis B in Europe and worldwide. *Journal of hepatology* 2003;39(Suppl 1):64-69.
4. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). Hepatitis B virus: a comprehensive strategy for eliminating transmission in the United States through universal childhood vaccination. *MMWR* 1991;40(RR-13):1-25.
5. Mast EE, Margolis HS, Fiore AE, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) part 1: immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR* 2005;54(RR-16):1-31.
6. TC Sağlık Bakanlığı. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi 2014 [Online].Erişim yeri: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>. Erişim tarihi: 9 Kasım 2015.
7. TC Sağlık Bakanlığı. Genişletilmiş bağışıklama programı genelgesi 2009. Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3929/genisletilmis-bagisiklama-programi-genelgesi.html>. Erişim tarihi: 9 Kasım 2015.
8. Koruk ST, Koruk I, Gürsoy B, et al. Hepatitis B and Hepatitis C Seroprevalence in the Center of Şanlıurfa Province From Southeastern Anatolia Region and Related Risk Factors. *Balkan Medical Journal* 2010;27(4):367-372.



9. Koruk İ, Koruk ST, Demir C, Şeyhanoğlu AS, Kara B. Şanlıurfa'da mevsimlik tarım işçilerinin yoğun olarak yaşadıkları bir aile sağlığı merkezi bölgesinde gebelerde HbsAg pozitifliği düzeyi ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Public Health* 2013;11(3):149-159.
10. Koruk İ, Tekin Koruk S, Gürsoy B. Şanlıurfa il merkezinde berber ve kuaförlerde hepatit B ve C seroprevalansı ve risk faktörleri. *Viral Hepatit Dergisi* 2008;13:97-102.
11. Tekin-Koruk S, Koruk İ, Şahin M, Duygu F. Şanlıurfa'da ağız ve diş sağlığı çalışanlarında HBsAg, Anti-HBs ve Anti-HCV pozitifliği ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Klimik Dergisi* 2009;22(2):55-61.
12. Koruk I, Koruk ST, Çopur AÇ, Simsek Z. An intervention study to improve HBsAg testing and preventive practices for hepatitis B in an obstetrics hospital. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011;10(3):287-92.
13. Kim JH, Kim JS, Lee JJ, et al. Survey of perinatal hepatitis B virus transmission after Korean National Prevention Program in a tertiary hospital. *The Korean journal of internal medicine* 2014;29(3):307-314.
14. Masia G, Minerba L, Aresu C, et al. Adherence to the screening program for HBV infection in pregnant women and application of the immunoprophylaxis protocol in babies born to HBV carrier women. *Igiene e Sanita Pubblica* 2003;59(6):373-382. [Article in Italian]
15. Papaevangelou V, Hadjichristodoulou C, Cassimos D, Theodoridou M. Adherence to the screening program for HBV infection in pregnant women delivering in Greece. *BMC Infect Dis* 2006;6:84. doi:10.1186/1471-2334-6-84
16. Bath SK, Singleton JA, Strikas RA, Stevenson JM, McDonald LL, Williams WW. Performance of US hospitals on recommended screening and immunization practices for pregnant and postpartum women. *Am J Infect Control* 2000;28(5):327-332.
17. Narayanswamy K. Hepatitis B and pregnancy: challenges in India. *Journal of the Indian Medical Association* 2011;109(10):766-767.
18. Anaedobe CG, Fowotade A, Omoruyi CE, Bakare RA. Prevalence, sociodemographic features and risk factors of Hepatitis B virus infection among pregnant women in Southwestern Nigeria. *Pan Afr Med J* 2015;20:406. DOI:10.11604/pamj.2015.20.406.6206
19. Alexander AM, Prasad JH, Abraham P, Fletcher J, Muliylil J, Balraj V. Evaluation of a programme for prevention of vertical transmission of hepatitis B in a rural block in southern India. *The Indian journal of medical research* 2013;137(2):356-362.
20. Koruk İ, Bakar C, Kurt AÖ, et al. Bazı İllerde Aile Sağlığı Merkezi Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 1295, Edirne, 2014.
21. Centers for Disease Control, Prevention. Program to prevent perinatal hepatitis B virus transmission in a health-maintenance organization--Northern California, 1990-1995. *MMWR* 1997;46(17):378-380.
22. Centers for Disease C, Prevention. Prevention of perinatal hepatitis B through enhanced case management--Connecticut, 1994-95, and the United States, 1994. *MMWR* 1996;45(27):584-587.
23. Aslan G, Ulukanlıgil M, Harma M, Seyrek A, Taşçı S. Şanlıurfa'da gebelerde HBV seroprevalansı. *Viral Hepatit Dergisi* 2001;7(2):324-326.
24. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistik Tablolar ve Dinamik Sorgulama, Doğum İstatistikleri[Online]. Erişim yeri: [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1060](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1060). Erişim tarihi: 30 Ekim 2015.