



Hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencilerinde gelişimsel kalça displazisi konusundaki bilgi ve tutumun değerlendirilmesi

Knowledge and attitude of nursing and midwifery college students on developmental dysplasia of the hip

Murat ÜZEL,¹ Ufuk Güney Özer ERGÜN,² Mustafa ÇELİK,² Hasan EKERBİÇER,³
Ercan ÇETİNUS,¹ Ahmet KARAOĞUZ¹

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, ²Aile Hekimliği Anabilim Dalı, ³Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç: Gelişimsel kalça displazisinin (GKD) önlenmesi ve erken tanısında, ailenin ve aile ile yakın ve sık ilişki içinde olan sağlık ekibinin, özellikle ebe ve hemşirelerin eğitimi önemlidir. Bu çalışmada, üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Ebelik ve Hemşirelik Bölümü öğrencileri arasında GKD ile ilgili bilgi ve tutumun değerlendirilmesi amaçlandı.

Çalışma planı: Öğrencilere GKD konusunda genel bilgiler içeren bir eğitim verilmesi planlanarak, GKD ile ilgili tıbbi, uygulamaya dayalı ve geleneksel bilgi ve tutum içeren 28 ifadeden oluşan bir form hazırlandı. Bu form, gönüllü 232 öğrenciye, bir ortopedi uzmanı tarafından verilen 60 dakikalık eğitim öncesinde ve sonrasında uygulandı. Çalışmadan önce, 3. ve 4. sınıf öğrencileri GKD konusunda teorik ve uygulama dersleri almışlardı; 1. ve 2. sınıf öğrencileri ise konuyla ilgili ders görmemişti.

Sonuçlar: Öğrencilerin GKD konusunda risk faktörleri ve önleme stratejileri ile ilgili bilgileri orta düzeydeydi; yanlış geleneksel uygulamalar konusunda bilinmesi gereken temel bilgi ve kavramlara sahip olmadıkları görüldü. Birinci testteki ortalama puan 51.52 ± 13.90 iken, eğitimden sonra ikinci test puanı 87.86 ± 5.90 idi ($p=0.000$). Birinci testte 1. sınıf öğrencilerinin puanı 3. ve 4. sınıflardan anlamlı farklılık gösterirken ($p=0.00$), ikinci test puanlarında sınıflara göre anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Çıkarımlar: Ebe ve hemşirelerin lisans eğitimi sırasında özellikle geleneksel tutumlar konusunda gerekli bilgiler eğitim programında yer almalıdır. Yeterli bilgi ve uygulama yeteneğine sahip hemşire ve ebeler ülkemizde GKD'nin önlenmesinde önemli rol oynayabilirler.

Anahtar sözcükler: Sağlık personelinin tutumu; kültür; eğitim; kalça çıkığı, doğuştan/önleme ve kontrol; bebek, yenidoğan; ebelik; hemşire; fizik muayene; anket.

Objectives: It is of special importance to educate families and health care providers, in particular midwives and nurses who are in close and frequent contact with families, for the prevention and early diagnosis of developmental dysplasia of the hip (DDH). A knowledge and attitude study was conducted concerning DDH among students of Nursing and Midwifery College of Kahramanmaraş Sütçü İmam University.

Methods: A structured form was prepared consisting of 28 statements about medical and practical knowledge and traditional attitudes with regard to DDH and was administered to 232 voluntary students before and after an educational session of 60 minutes by a specialist in orthopedics. Prior to the study, the students of grade I and II had not received any theoretical or practical lectures about DDH, which were included in the curriculum of grades III and IV.

Results: The knowledge of the students about risk factors and prevention strategies for DDH was of a moderate level. They were not sufficiently furnished with information about traditional attitudes and applications that predispose infants to DDH. The mean test scores before and after training were 51.52 ± 13.90 and 87.86 ± 5.90 , respectively ($p=0.000$). Compared to grade III and IV students, grade I students performed significantly less in the former test ($p=0.00$); however, the scores of the latter test did not differ significantly between the grades ($p>0.05$).

Conclusion: The curriculum during the license education of midwives and nurses should include essential information on traditional attitudes. With sufficient knowledge and application skills, midwives and nurses may play an important role in the primary and secondary prevention of DDH in our country.

Key words: Attitude of health personnel; culture; education; hip dislocation, congenital/prevention & control; infant, newborn; midwifery; nurses; physical examination; questionnaires.

Yazışma adresi: Dr. Murat Üzel, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Yörük Selim Mah., Hastane Cad., No: 32, 46050 Kahramanmaraş.

Tel: 0344 - 221 23 37 Faks: 0344 - 221 23 71 e-posta: drmuratuzel@hotmail.com

Başvuru tarihi: 15.12.2005 **Kabul tarihi:** 22.08.2006

Gelişimsel kalça displazisi (GKD) önlenabilir bir hastalıktır. Bu ortopedik hastalık ülkemizde sosyo-kültürel ve ekonomik uzantıları olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kalçanın normal gelişimini sağlayan bilgi ve tutuma sahip olmak, kalça gelişimi üzerine olumsuz etkisi olabilecek ve kalça çıkığına yol açabilecek uygulamalardan uzak durmak birincil basamak önlemenin esasını oluşturur.^[1-3] Önleme, erken tanı ve tedavi, aile ve sağlık ekibinin birlikte çalışması ile mümkündür. Bu noktada aile ve onunla en yakın ve en sık ilişkide bulunan, ülke çapında her bireye kolayca ulaşılabilen ebe ve hemşirelerin eğitimi çok önemli hale gelmektedir.^[4-6]

Bu çalışmada, üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Ebelik ve Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin GKD konusundaki bilgi ve tutumlarının ve aldıkları eğitimin bilgileri üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem

Çalışma grubu

Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü'ne bir ziyaret yapılarak amaç açıklandı ve öğretmenlerin işbirliği ile ders saatleri programlandı. Hemşirelik ve ebelik bölümündeki bütün öğrenciler (n=278) çalışmaya davet edildi. Bunların içinden, çalışmaya katılmaya istekli olan 232 öğrenci (%83.5) çalışma grubunu oluşturdu. Çalışmamızdan önce 3. ve 4. sınıf öğrencileri GKD konusunda teorik ve uygulama dersleri almışlardı; 1. ve 2. sınıf öğrencilerine ise bu konuyla ilgili ders verilmemişti.

Uygulama ve veri toplama

Eğitmciler tarafından GKD ile ilgili tıbbi, uygulamaya dayalı ve geleneksel bilgi ve tutum içeren 28 ifadeden oluşan bir form hazırlandı. Bu formun ilk bölümü (1-20 arasındaki ifadeler) GKD'nin tanımı, risk faktörleri, erken tanısı ve tedavisiyle ilgili tıbbi bilgilerden oluşmaktaydı. Beşi (21, 22, 23, 26 ve 28. ifadeler) bebeklerin tarama ve muayene uygulamalarıyla ilgili tutum ve uygulamaya dayalı bilgi içermekteydi (örneğin, doğum sonrası bebek nasıl tutulmalı; bebeklerin kalça, diz ve bacaklarının normal pozisyonu; bebeklerin boyu nasıl ölçülmeli; onları temizler, besler ve taşırken en uygun pozisyon nedir, vb.). Üçü de (24, 25 ve 27. ifadeler) kundak, masaj ve egzersiz sırasında kalça ve bacakları ekstansiyona zorlamak, banyo sonrasında bebeği ayak bileklerinden

tutarak baş aşağı sarkıtmak gibi geleneksel tutumlarla ilgiliydi.

İlk aşamada, 28 ifadeden oluşan form birinci test olarak öğrencilere verildi ve onlardan 20 dakika içinde "yanlış", "doğru" veya "fikrim yok" şeklindeki ifadelerden oluşan yanıtları seçmeleri istendi. Kağıtlar toplandıktan sonra, bir ortopedi uzmanı tarafından ifadelerle ilgili bilgiyi içeren 60 dakikalık bir eğitim verildi. Eğitimden sonra aynı form ikinci test olarak öğrencilere dağıtıldı ve formu aynı şekilde yanıtlamaları istendi. Yanıtlar değerlendirildi.

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizde, bağımsız örnekler için t-testi, eşleştirilmiş örnekler için t-testi ve Pearson kare testi kullanıldı. P<0.05 değeri istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirildi.

Sonuçlar

Çalışmaya katılan 232 öğrencinin (ort. yaş 21±2; dağılım 17-32) 153'ü hemşirelik, 79'u ebelik bölümlerindeydi. Eğitimden önce (birinci test) ve sonra (ikinci test) yapılan test yanıtlarının ortalama değerleri Tablo 1'de verildi. Birinci ve ikinci testler arasında doğru yanıtlar, yanlış yanıtlar ve "fikrim yok" yanıtları açısından anlamlı farklılık vardı (p=0.000; Tablo 1).

Birinci testteki ortalama puan 51.52±13.90 (dağılım 17.86 - 92.86) iken, ikinci test puanı 87.86±5.90 (dağılım 35.71 - 96.43) idi (p=0.000). Öğrencilerin bölümlerine göre birinci ve ikinci test puanlarının

Tablo 1. Bütün öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrası test yanıtlarının ortalama değerleri

Yanıtlar	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası	p*
Doğru	14.43±3.89	24±1.65	0.000
Yanlış	5.53±2.29	3.15±1.30	0.000
Fikrim yok	8.03±4.53	0.23±0.76	0.000

*Eşleştirilmiş örnekler için t-testi.

Tablo 2. Eğitim öncesi ve sonrası ortalama test puanlarının bölümlere göre karşılaştırılması

	Ebelik	Hemşirelik	p*
Birinci test doğru	14.07±4.11	14.61±3.77	>0.05
Birinci test puanı	50.27±14.58	52.19±13.48	>0.05
İkinci test doğru	24.62±1.34	24.59±1.79	>0.05
İkinci test puanı	87.92±4.79	87.83±6.41	>0.05

*Bağımsız örnekler için t-testi.

Tablo 3. Sınıflara göre birinci ve ikinci test puanlarının ortalama değerleri

	Sınıf 1 (n=60)	Sınıf 2 (n=52)	Sınıf 3 (n=71)	Sınıf 4 (n=49)
Birinci test doğru	12.61±3.80	13.94±3.81	15.50±3.66	15.61±16.00
Birinci test puanı	45.05±13.60	49.79±13.63	55.38±13.07	55.75±12.68
İkinci test doğru	24.70±1.19	24.63±1.41	24.53±2.24	24.55±1.47
İkinci test puanı	88.21±3.96	87.98±5.05	87.62±8.00	87.68±5.26

ortalama değerleri Tablo 2’de verildi. Her bir bölüm için birinci ve ikinci test puanlarının ortalama değerleri arasında fark yoktu ($p>0.05$). Bölümler birleştirilerek birinci ve ikinci test puanlarının sınıflara göre yapılan karşılaştırması Tablo 3’te verildi. Bu açıdan, 1 ve 3. sınıf öğrencileri ile 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin birinci test puanları arasında anlamlı farklılık vardı ($p=0.00$). Sınıflara göre ikinci test puanları arasında ise anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Formdaki 21, 22, 23, 26 ve 28 no’lu ifadelerin en az birine yanlış yanıt veren ve beş ifadenin tamamına doğru yanıt veren öğrenci sayıları belirlendi. Beş ifadeden biri için verilen doğru dışındaki herhangi bir yanıt yanlış olarak kabul edildi. Beş ifadenin hepsi doğru olarak işaretlendiğinde yanıt doğru olarak kabul edildi. Bu ifadelere verilen birinci ve ikin-

ci test yanıtlarının sınıflara göre dağılımı Tablo 4’te sunuldu.

Benzer şekilde, geleneksel tutumlarla ilgili 24, 25 ve 27 no’lu ifadelerin en az birine yanlış yanıt veren öğrenci sayısı ile, bu üç ifadenin tamamına doğru yanıt veren öğrenci sayısı araştırıldı (Tablo 5). Eğitimden önce bu ifadelerden en az birine 213 öğrenci yanlış yanıt verirken, eğitimden sonra bu sayı 7’ye düştü.

Tartışma

Gelişimsel kalça displazisinin etyolojisinde çok sayıda etkenin rolü vardır. Bunlar genetik, hormonal, pozisyonel ve çevresel etkenler olarak sıralanabilir. Bildirilen risk faktörleri arasında kız olma, makat pozisyon, pozitif aile öyküsü, ilk doğum, oligohidramniyoz, çoklu doğum, yüksek doğum

Tablo 4. Formda 21, 22, 23, 26, 28 no’lu ifadelere verilen birinci ve ikinci test yanıtlarının sınıflara göre dağılımı

	Sınıf 1 (n=60)		Sınıf 2 (n=52)		Sınıf 3 (n=71)		Sınıf 4 (n=49)		p*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Birinci test yanıtları									
Yanlış	57	95.0	48	92.3	59	83.1	42	85.7	0.10
Doğru	3	5.0	4	7.7	12	16.9	7	14.3	
İkinci test yanıtları									
Yanlış	4	6.7	3	5.8	8	11.3	11	22.4	0.04
Doğru	56	93.3	49	94.2	63	88.7	38	77.6	

*Pearson ki-kare testi.

Tablo 5. Formda 24, 25, 27 no’lu ifadelere verilen birinci ve ikinci test yanıtlarının sınıflara göre dağılımı

	Sınıf 1 (n=60)		Sınıf 2 (n=52)		Sınıf 3 (n=71)		Sınıf 4 (n=49)		p*
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Birinci test yanıtları									
Yanlış	59	98.3	49	94.2	66	93.0	45	91.8	0.32**
Doğru	1	1.7	3	5.8	5	7.0	4	8.2	
İkinci test yanıtları									
Yanlış	3	5.0	4	7.7	3	4.2	3	6.1	0.86**
Doğru	57	95.0	48	92.3	68	95.8	46	93.9	

*Pearson ki-kare testi. **Sınıf 1, 2 ve 3, 4 istatistiksel analiz için birleştirilmiştir.

ağırlığı (4000 gr ve üstü), postmatürite (42 hafta ve üstü), eşlik eden anomaliler (tortikolis ve metatarsus adduktus) ve kundak yapma bulunmaktadır. Gelişimsel kalça displazisinin yaygınlığında coğrafik ve ırksal farklılıklar görülmektedir. Bu farklılıklar genetik yatkınlıktan ziyade çevresel etkenlerden kaynaklanabilir.^[7-10] Ishida^[11] doğum öncesi etkenlere bağlı kalça çıkığı oranının %0.5 olduğunu, olumsuz doğumsal ve doğum sonrası etkenler ile bu oranın %5'e yükselebildiğini ve Japonya'da bazı önleyici tedbirlerle bu oranın %0.05'e düşürüldüğünü bildirmiştir.

Kalça eklemine normal gelişimini sağlayacak pozisyon fleksör ağırlıklı pozisyonudur. Bu pozisyonda kalçalar fleksiyon ve abduksiyonda, dizler fleksiyonudur. Hormonal etkenlere bağlı olarak, kalça eklemine en instabil olduğu dönem perinatal dönemdir. Hem morfolojik hem de çevresel etkenlere karşı duyarlılık söz konusudur. Gelişimsel kalça displazisine yol açan en etkili durum hamstringlerin ve iliopsoasın aynı anda gerilmesidir.^[1,2,11] Yamamuro,^[3] fetus ve yenidoğanların iliopsoas ve hamstring kaslarının sürekli olarak gergin durmayacakları, kalça ve diz eklemlerini serbestçe fleksiyon ve ekstansiyona getirebilecekleri bir ortamda kalmaları sağlanacak olursa GKD'nin önlenilebileceğini bildirmiştir.

Doğumdan hemen sonra, yenidoğanı, amniyotik sıvısının solunum sisteminden dışarı çıkmasını sağlamak ve ağlatmak için baş aşağı sarkıtma uygulaması artık tamamen terk edilmelidir. Muayene sırasında bebeğin boyunu ölçmek için kalça ve dizler tam ekstansiyona getirilmemelidir. Bebeği beslerken, bakarken ve taşırken kalçaların fleksiyon, abduksiyon, dizlerin fleksiyon pozisyonu korunmalıdır. Bebeğe normal duruşunu kısıtlayan elbiseler giydirilmemelidir.^[2]

Gelişimsel kalça displazisi olan bebeklerin büyük çoğunluğu erken dönemde kendiliğinden iyileşmektedir. Barlow^[12] her 60 çocuktan birinin bir veya iki kalçasında instabilite olduğunu bildirmiştir. Instabil kalçaların %60'ı ilk hafta içinde, %88'i ise ilk iki ay içinde düzelmekte; geri kalan %12'si, tedavi edilmezse devam edip gerçek kalça çıkıklarını oluşturmakta, bu da binde 1.55'lik bir insidansa karşılık gelmektedir.^[12] Bialik ve ark.^[13] yaptıkları klinik ve ultrasonografik taramada, GKD'li kalçaların %90.4'ünün herhangi bir tedaviye gerek kalmadan normal hale geldiğini bildirmişlerdir.

Gelişimsel kalça displazisi için koruyucu hekimlik erken tanı ve tedavi değildir. Birinci basamak önlemenin temel prensibi, doğru yöntemlerle yenidoğan bakımı ve kalça eklemine normal gelişimine olumsuz etkileri olabilen davranışlardan kaçınmaktır.^[3] Bu açıdan, ailelerin ve sağlık hizmeti sunularının eğitilmesi GKD'nin önlenmesinde son derece önemlidir.^[2,4]

Erken tanı için, her yenidoğanın gelişimi ilk yıl içinde ardışık muayenelerle yakından gözlenmelidir. Bu ikinci basamak önleme yöntemidir.^[2,14-17] Klinik muayene ile GKD'nin tanısı kolay değildir. Yenidoğanın genellikle ağrısı yoktur. İlk iki ay içinde kalça eklemi Ortolani ve Barlow testleri ile dikkatle değerlendirilmelidir. Jones,^[18] en iyi ellerde Ortolani ve Barlow testlerinde duyarlılığın sadece %60, özgüllüğün yaklaşık %100 olduğunu ve bunların tarama testi olmaktan çok klinik muayene/takip testleri olduğunu bildirmiştir. İkinci aydan sonra yapılan muayenelerde, kalça abduksiyonunda azalma olup olmadığı, asimetrik gluteal veya uyluk cilt kıvrımları, uyluğun kısa görünüşü, büyük trokanterin daha yukarıda duruşu araştırılmalıdır.^[8,9] Her yenidoğan rutin olarak muayene edilemediğinde, bebekteki anormallik yürümeye başladığında fark edilmekte, bu dönemden sonra ise genellikle cerrahi tedavi gerekmektedir.

Gelişmiş ülkelerde GKD'nin erken tanısı için çeşitli tarama programları uygulanmaktadır. Erken tanıda klinik olarak en etkili, güvenli ve ekonomik yöntemin hangisi olduğu tartışılmaktadır.^[19] Bildirilen tarama teknikleri arasında ardışık klinik muayene, tüm bebeklerin ultrasonla taranması, riskte olan yenidoğanların seçici ultrasonu, yüksek riskteki asemptomatik bebeklerin 3-5 ay arasında direkt radyografi ile değerlendirilmesi seçenekleri bulunmaktadır.^[20-24] Bu amaca yönelik olarak, klinik ve/veya ultrasonla muayene etkili olarak kullanılabilir. ^[2,8,20,25] Klinik tarama, eğitim almış çeşitli sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Bunlar arasında ebe, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireleri, fizik tedavi teknisyenleri, hekimler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, aile hekimleri ile ortopedi ve travmatoloji uzmanları bulunmaktadır.^[26,27] İngiltere'de GKD konusunda eğitilmiş ebeler ve hemşireler anne ve çocuk sağlık merkezlerinde ve ilk basamak sağlık hizmetlerinde çalışmakta, yenidoğanların öykülerini almakta, GKD riski taşıyanları belirleyerek basit kalça muayenelerini başarıyla yapmakta

ve GKD öntanısı ile bebekleri ortopedi uzmanına veya ultrasonla muayeneye yönlendirmektedirler.^[26,28-31] Bu yaklaşım önemli bir tarama programı olarak kabul görmektedir. Biz de Türkiye gibi büyük, kalabalık ve gelişmekte olan ülkelerde yürütülecek tarama programlarının GKD eğitimi almış çok sayıdaki ilgili sağlık çalışanlarının katılımıyla gerçekleştirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Gelişimsel kalça displazisinde başarılı sonuçlar erken tanı ve tedavi ile alınır. Ucuz ve etkili bir yol olan konservatif tedavi veya küçük cerrahi uygulamalar bebeklerin çoğunda yeterli olabilir.^[8]

Kas iskelet sistemi hastalıkları ile ilgili birtakım yanlış geleneksel uygulamalar ülkemizin bazı kırsal kesimlerinde devam etmektedir. Akraba evlilikleri pek çok hastalığın nedenidir ve özellikle kırsal kesimde yaygın olarak görülmektedir. Kundaklama ülkemizde GKD için doğum sonrası en önemli risk faktörüdür. Kundaklama yenidoğanın fizyolojik fleksiyon duruşunu hemen değiştirmekte ve alt ekstremiteleri sürekli olarak tam ekstansiyona zorlamaktadır.^[2,32] Başka bir geleneksel uygulama yenidoğana sık banyo yaptırma alışkanlığıdır. İlk kırık gün içinde büyükanneler yenidoğanlara sık sık banyo yaptırmakta ve banyo sonrasında “ciğerlerindeki kirli sular çıksın” ve “boyları daha uzun olsun” diye bebekleri ayak bileklerinden tutarak baş aşağı sarkıtmaktadırlar.^[6] Bir başka geleneksel uygulama bölgemizdeki egzersiz alışkanlığıdır. Bazı kırsal bölgelerimizde büyükler, bebekler yüzükoyun yatarlarken, çapraz alt ve üst ekstremitelerin el ve ayaklarını arkada birbirlerine değdirerek hiperekstansiyon egzersizi yaptırmaktadırlar. Bebeklere kalça ve dizleri ekstansiyona zorlayan, hareket genişliğini artırmaya yönelik egzersizler yaptırılmamalıdır.

Gelişimsel kalça displazisi kas iskelet sisteminin önemli sorunlarından biridir. Bacak uzunluk eşitsizlikleri, yürüme anormallikleri, kronik ağrı ve osteoartrit uzun dönem sakatlıklar olarak gözlenebilmekte, pahalı cerrahi tedavi ve işgücü kaybı nedeniyle ülke için ekonomik bir sorun haline gelebilmektedir. Bu açıdan GKD’de birincil ve ikincil basamak önleme çok önemlidir. Gelişimsel kalça displazisi konusunda oluşturulacak bir ulusal politika ile birlikte, aile ve sağlık çalışanlarının eğitimi ile ülke çapında bir önleme ve tarama programı gerçekleştirilecek bir çalışma grubunun oluşturulmasına ihtiyaç olduğu açıktır.

Sağlık Bakanlığı’nın demografik verilerine göre, Aralık 2004’te Türkiye’nin nüfusu 52,984,450’dir ve bunun 876,830’unu bir yaş ve altındaki çocuklar oluşturmaktadır. Aynı yıl içinde, binde 26.5 olarak belirlenen kaba doğum hızı ile 584,076 canlı doğum görülmüştür.^[33] Aktif olarak çalışan ortopedi ve travmatoloji uzmanı sayısının yaklaşık olarak 2000 olduğu düşünüldüğünde, ülke çapında uzman başına 292 yenidoğan düşmektedir. Aralık 2004’te nüfusu 947,666 olan şehrimizin bir yaş ve altındaki çocuk sayısı 19,139, kaba doğum hızı binde 15, canlı doğum sayısı ise 14,250 idi. Şehrimizde 15 ortopedi ve travmatoloji uzmanı çalışmakta ve uzman başına 950 yenidoğan düşmekteydi.^[33] Ülkemizde GKD insidansı binde 15 olarak kabul edilmektedir.^[2,34] Bu durumda 2004’te doğan bebekler içinde ülke genelinde 8,761, Kahramanmaraş’ta ise 214 GKD’li olgu olduğunu düşünebiliriz. İlimiz sınırları içinde, ortopedi ve travmatoloji uzmanları dışında GKD ile ilgilenen sağlık çalışanlarının dağılımı ise şöyleydi: 35 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 2 aile hekimi, 430 pratisyen hekim, 887 hemşire, 648 ebe.^[33] Taranması gereken kişi sayısı ile birlikte Türkiye gibi büyük bir ülkede bebeklerin tamamına ulaşacak bir temel sağlık kurumu olarak Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastaneler ve sağlık ocakları göz önüne alındığında, GKD’ye karşı sorumluluğun sadece ortopedi cerrahlarına ait olmadığı, diğer ilgili dal uzmanları yanında ebe ve hemşirelerin dahi sorumluluk almaları gerektiği açıktır. Bebekler ve aileleri ile yakın ve sık ilişkide olan hemşireler ve özellikle ebeler GKD’nin önlenmesi yönündeki çabalarda ülkemizin önemli bir gücünü oluşturmaktadır. Bu açıdan, ebe ve hemşirelerin GKD konusundaki bilgi düzeylerinin bilinmesi ve bu alana yönelik eğitilmeleri çok önemli hale gelmektedir.

Çalışmamızda, üniversitemizdeki Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin GKD ile ilgili tutumunu, bilgi düzeyini belirledik ve GKD konusunda eğitim vermenin etkisini değerlendirdik. Öğrencilerin eğitim öncesi test puanlarının ortalaması 51.52±13.90 idi. Risk faktörleri, yanlış geleneksel tutumlar, birincil basamak önleme ve GKD’nin meydana geliş hakkındaki bilgiler öğrencilerde orta düzeydeydi. Ebe ve hemşirelerin birinci test puanları arasında anlamlı fark olmamasına karşın, sınıfların birinci test puanları arasında anlamlı fark görüldü. Son iki sınıf öğrencilerinin eğitim öncesi test puanları 1. sınıf öğrencilerinin puanlarından daha yüksekti. Bunun ne-

deni, bu sınıfların çocuk sağlığı ve hastalıkları stajında GKD konusunda gördükleri teorik ve pratik derslerdi. Gelişimsel kalça displazisinin önlenabilir risk faktörleri olan kundak, egzersiz yaptırma, banyo uygulaması gibi geleneksel tutumlarla ilgili soruları 232 öğrencinin sadece yedisi doğru yanıtladı. Bu nedenle, öğrencilerin yanlış geleneksel uygulamalar konusunda bilinmesi gereken temel bilgi ve kavramlara sahip olmadıkları düşünüldü.

Eğitim sonrası test puanlarının ortalaması 87.86 ± 5.90 idi ve birinci test ile ikinci test puanlarının ortalamaları arasında anlamlı fark vardı. Eğitimden sonra 10 soruya daha doğru yanıt verildi; böylece, eğitim sonrası öğrencilerin sonuçlarında 36 puanlık ve buna karşılık gelen %39'luk bir artış oldu. Gelişimsel kalça displazisiyle ilgili eğitimin sonucu başarılı idi. Ebeler ve hemşirelerin lisans eğitimi sırasında gördükleri dersler, halk sağlığı sorunlarına yol açan hastalıklara karşı birincil ve ikincil basamak önlemede her zaman başarılı sonuç vermeyebilmektedir. Bu nedenle, sürekli eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Teorik ve uygulama bilgilerine ek olarak, geleneksel tutumlar hakkında bilgiler de eğitim programında yer almalıdır. Birinci testlerin sonuçları bu konudaki eksikliği ortaya koymaktadır. Biyopsikososyal yaklaşım kültürel bakışı da içermelidir ve bu konuda uygulamaların artması gerekmektedir.

Geleneksel ve mesleki tutum konusundaki bilgi ve uygulamaların ebe ve hemşirelerin eğitiminde temel bir yeri vardır. Gençlere yanlış geleneksel davranışlar hakkında bilgi verilmeli ve bu bilgilendirme sağlık çalışanlarının eğitiminde ve mezuniyet sonrası eğitim programlarında sürdürülmelidir. Yeterli bilgi ve uygulama yeteneğine sahip ebe ve hemşireler ülkemizde GKD'nin birincil ve ikincil basamak önlenmesinde hekimler ile birlikte önemli bir role sahip olabilirler.

Kaynaklar

- Ishida K. Prevention of the development of the typical dislocation of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 1977;(126):167-9.
- Tümer Y, Ömeroğlu H. Türkiye'de gelişimsel kalça displazisinin önlenmesi. *Acta Orthop Traumatol Turc* 1997;31:176-81.
- Yamamuro T. CDH or DDH? *J Orthop Surg* 2005;13:111-2.
- Egemen A. Doğuştan kalça çıkığının önlenmesi. In: XIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı; 15-19 Mayıs 1993; Nevşehir, Türkiye. İnternet erişimi: <http://www.totbid.org/EskiKongreler/19702000/detail.php?k=13&no=4>.
- Göksan SB, Lök V. Japonya'da uygulanan doğuştan kalça çıkığını önleme modelinin tanıtılması ve Türkiye'de uygulanabilirliği. In: Ege R, editör. XIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı; 15-19 Mayıs 1993; Nevşehir, Türkiye. Ankara: THK Basımevi; 1993. s. 328-30.
- Bursalı A, Gülman B, Aktaş Ş. Gelişimsel kalça displazisi (GKD) ve yeni tanımlanan bir risk faktörü. In: Alpaslan MA, editör. XVII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongre Kitabı; 24-29 Ekim 2001; Antalya, Türkiye. İstanbul: Turgut Yayıncılık; 2001. s. 285-6.
- Chan A, McCaul KA, Cundy PJ, Haan EA, Byron-Scott R. Perinatal risk factors for developmental dysplasia of the hip. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 1997;76:94-100.
- Developmental dysplasia of the hip. In: Herring JA, editor. *Tachdjian's pediatric orthopaedics*. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 2002. p. 513-654.
- Erol B, Dormans JP. Hip disorders. In: Dormans JP, editor. *Pediatric orthopaedics: core knowledge in orthopaedics*. Philadelphia: Mosby; 2005. p. 224-37.
- McCarthy JJ, Scoles PV, MacEwen GD. Developmental dysplasia of the hip (DDH). *Curr Orthop* 2005;19: 223-30.
- Yamamuro T, Ishida K. Recent advances in the prevention, early diagnosis, and treatment of congenital dislocation of the hip in Japan. *Clin Orthop Relat Res* 1984;(184):34-40.
- Barlow TG. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg [Br]* 1962;44:292-301.
- Bialik V, Bialik GM, Wiener F. Prevention of overtreatment of neonatal hip dysplasia by the use of ultrasonography. *J Pediatr Orthop B* 1998;7:39-42.
- Hiertonn T, James U. Congenital dislocation of the hip. Experiences of early diagnosis and treatment. *J Bone Joint Surg [Br]* 1968;50:542-5.
- MacKenzie IG, Wilson JG. Problems encountered in the early diagnosis and management of congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg [Br]* 1981;63:38-42.
- Cunningham KT, Moulton A, Beningfield SA, Maddock CR. A clicking hip in a newborn baby should never be ignored. *Lancet* 1984;1:668-70.
- Godward S, Dezateux C. Surgery for congenital dislocation of the hip in the UK as a measure of outcome of screening. MRC Working Party on Congenital Dislocation of the Hip. Medical Research Council. *Lancet* 1998;351:1149-52.
- Jones D. An assessment of the value of examination of the hip in the newborn. *J Bone Joint Surg [Br]* 1977;59:318-22.
- Feldman DS. How to avoid missing congenital dislocation of the hip. *Lancet* 1999;354:1490-1.
- Patel H; Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. *CMAJ* 2001;164:1669-77.
- Garvey M, Donoghue VB, Gorman WA, O'Brien N, Murphy JF. Radiographic screening at four months of infants at risk for congenital hip dislocation. *J Bone Joint Surg [Br]* 1992; 74:704-7.
- Avci S, Sayli U. Screening for developmental dysplasia of the hip by physical examination during the neonatal period: Follow-up with hip ultrasonography. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 1999;33:110-2.
- Demirhan M, Sar C, Aydinok HC, Cakmak M, Coban A. Ultrasonography in the diagnosis of congenital dislocation of the hip. Is newborn screening necessary?. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 1994;28:8-14.
- Omeroglu H, Koparal S, Bicimoglu A, Karademir A. The rela-

- tionship between risk factors, clinical findings and ultrasonographic findings in developmental hip dysplasia. [Article in Turkish] *Acta Orthop Traumatol Turc* 1999;33:30-4.
25. Dezateux C, Godward S. A national survey of screening for congenital dislocation of the hip. *Arch Dis Child* 1996;74:445-8.
26. Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 1):896-905.
27. Bloomfield L, Townsend J, Rogers C. A qualitative study exploring junior paediatricians', midwives', GPs' and mothers' experiences and views of the examination of the newborn baby. *Midwifery* 2003;19:37-45.
28. Bloomfield L, Rogers C, Townsend J, Wolke D, Quist-Therson E. The quality of routine examinations of the newborn performed by midwives and SHOs: an evaluation using video recordings. *J Med Screen* 2003;10:176-80.
29. Townsend J, Wolke D, Hayes J, Dave S, Rogers C, Bloomfield L, et al. Routine examination of the newborn: the EMREN study. Evaluation of an extension of the midwife role including a randomised controlled trial of appropriately trained midwives and paediatric senior house officers. *Health Technol Assess* 2004;8:iii-iv, ix-xi, 1-100.
30. Hayes J, Dave S, Rogers C, Quist-Therson E, Townsend J. A national survey in England of the routine examination of the newborn baby. *Midwifery* 2003;19:277-84.
31. Lee TW, Skelton RE, Skene C. Routine neonatal examination: effectiveness of trainee paediatrician compared with advanced neonatal nurse practitioner. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2001;85:200-5.
32. Kutlu A, Memik R, Mutlu M, Kutlu R, Arslan A. Congenital dislocation of the hip and its relation to swaddling used in Turkey. *J Pediatr Orthop* 1992;12:598-602.
33. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. İnternet erişimi: www.saglik.gov.tr.
34. Bayındır Ş, Tanış Z. Boş batın filmlerinde tesadüfen karşılaşılan doğuştan kalça çıkığı ve diğer kalça patolojileri. *Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni* 1970;3:220-31.